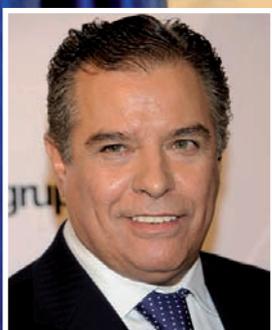




# Médicos de Badajoz

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ - MARZO 2012 - Nº 25



8 de junio de 2012.  
Día de la Profesión Médica:  
Dr. Bartolomé Beltrán  
Felipe Campuzano (pianista)  
Página 22

**II CERTAMEN  
CASOS CLÍNICOS  
DEL icomBA**

- Dirigido a Médicos Residentes colegiados en el territorio.
- Fecha de presentación: 16 de abril de 2012
- Consultar las bases en: [www.icomba.com](http://www.icomba.com)
- Los 25 mejores casos se publicarán en un libro editado por el icomBA.
- Los 10 casos finalistas se exhibirán en una jornada a celebrar el 21 de mayo de 2012.

**• Premios:**

- 1º premio: 1.500 euros.
- 2º premio: 1.000 euros.
- 3º premio: 600 euros.

• A los autores principales de los diez casos finalistas, se otorga un premio de 10 días en los apartamentos colegiados de Residencia (Cádiz) o La Antilla (Buenos Aires) a disfrutar antes del 15 de marzo de 2013, hasta el período estival.

• Los premios se entregarán el Día de la Profesión Médica, el 8 de junio de 2012.

II Certamen icomBA  
de Casos Clínicos  
Página 21

**Dr. Francisco Javier Fernández Perianes.**  
Consejero de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura

“Defendemos la colegiación profesional universal, porque entendemos que es una garantía para el ciudadano”

Páginas 24 a 26

# SEGURO MULTIRRIESGO DEL HOGAR

porque lo  
importante  
es su seguridad



# 25%

de descuento al contratar  
su póliza del 1 de enero  
al 30 de marzo de 2012

## Ventajas

- protección jurídica
- daños estéticos al continente en cualquier garantía
- bonificaciones
- asistencia 24 horas
- presupuestos personalizados
- averías de electrodomésticos
- A.I.R. Asistencia Informática Remota

En A.M.A. nos preocupamos por su seguridad y la de los suyos, por ello ponemos a su disposición una gama de garantías optativas, para que elija usted las que más le interesan.

### SERVICIO DE GARANTÍA BÁSICA

Disfrute de los servicios de:

- Teleasistencia
- Copia de seguridad
- Asistencia in situ
- Recuperación de datos



- A.M.A. Badajoz 924 24 32 54
- Avda. Ramón y Cajal, 15; 1ª, puerta 3 C.P. 06001
- badajoz@amaseguros.com

**Página 10**

**Junta Directiva  
Suspensión en  
desburocratización  
de las consultas de AP**  
Documento de  
evaluación del COMEXAP

**Página 21**

**II Certamen icomBa  
de Casos Clínicos  
para Médicos Residentes**

**Página 22**

**Día de la  
Profesión Médica 2012**  
Avance del Programa

**Página 23**

**Dr. Bartolomé Beltrán**  
"El alma de los Médicos"

**Páginas 24 a 26**

**En Portada**  
**Dr. Francisco Javier  
Fernández Perianes**  
Consejero de Salud y Política  
Social del Gobierno  
de Extremadura

**Página 35**

**Asociaciones  
de Pacientes  
Down Extremadura**

**Páginas 36 y 37**

**Opinión a Pie de Consulta**  
**"¿Qué puntos  
de ineficiencia  
observas en nuestro  
sistema sanitario?"**

**Página 38**

**Biblioteca del icomBA**  
**Las Reales Academias  
de Medicina**

**Y además...**

Carta del Presidente (pág. 5). Junta Directiva (págs. 6 a 14). Colegiación Diciembre-Febrero (pág. 15). Agenda de Formación (pág. 16). Actividades Colegiales Destacadas (págs. 18, 19 y 20). Comisión Deontológica La ética médica de Agapito (págs. 28 y 29). Asesoría Jurídica (págs. 30 y 31). Actualidad Médica Docente (pág. 27). Tribuna de Opinión (págs. 32, 33 y 34).

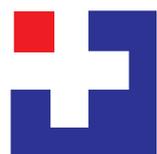
**BUZÓN DE INICIATIVAS COLEGIALES**

*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](mailto:medicosdebadajoz@hotmail.com)

Calidad y **E**xperiencia  
en el **D**iagnóstico  
por **I**imagen

- **RESONANCIA MAGNÉTICA ALTO CAMPO**
- **RESONANCIA ABIERTA ALTO CAMPO**
- **T. A. C.**



**CENTROS SAN MIGUEL EN**

• **BADAJOS** • **CÁCERES** • **MÉRIDA** • **ALMENDRALEJO** • **ZAFRA** • **DON BENITO** • **NAVALMORAL** • **CORIA**

**[www.clinicassanmiguel.com](http://www.clinicassanmiguel.com)**



**Dr. Pedro Hidalgo Fernández**

Presidente del icomBA

presidente@colegiomedicobadajoz.org

# De la calidad a la sostenibilidad

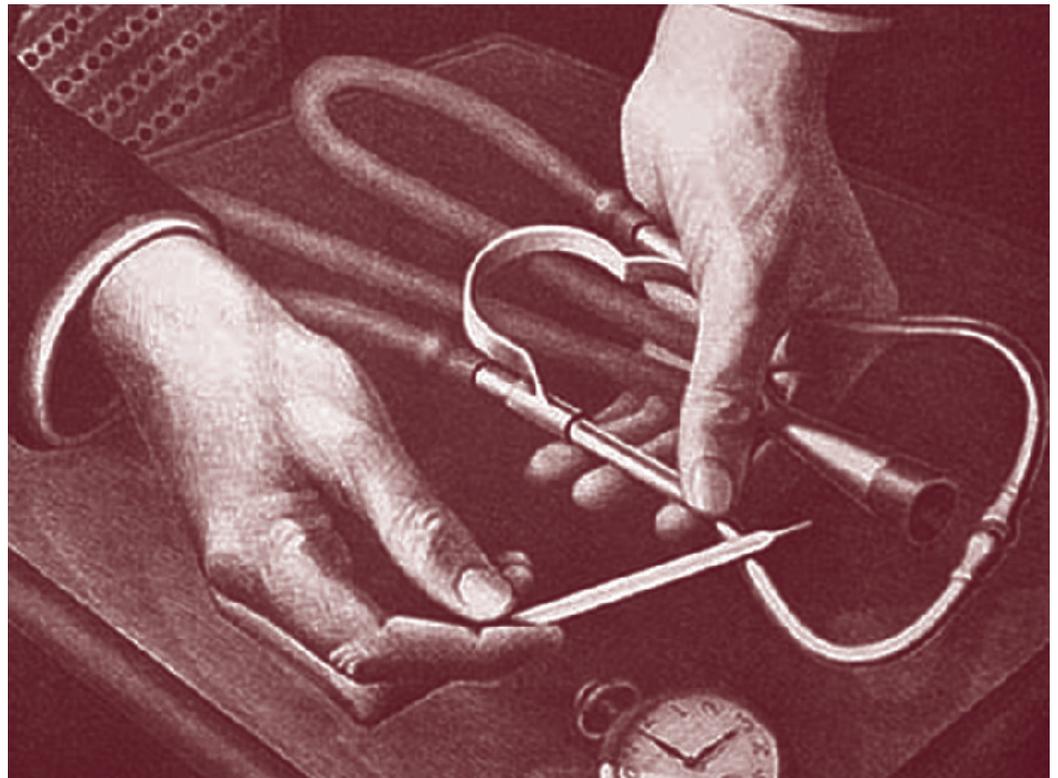
**V**a a hacer treinta años que iniciamos la reforma sanitaria, todavía resuena el lema de la conferencia de Alma-Ata: "Salud para todos en el año 2000". Iniciamos la reforma de la atención primaria, que tenía que haberse revisado con la ApXXI, y se dio desde la especialización en medicina familiar un gigantesco paso a la atención integral de la comunidad. Cambiamos consultorios y ambulatorios por Centros de Salud, nuevos en cuanto a su estructura y novedosos respecto de su organización. E incluso las transferencias sanitarias (asimétricas) modificaron el mapa asistencial, creando nuevos hospitales y buscando en la alta resolución un método que controlase y aliviase la lista de espera: No llegábamos a entender como no era directamente proporcional la inversión en salud con los resultados obtenidos.

Nadie puede negar la mejora que supusieron las transferencias sanitarias tanto para nivel asistencial como para el profesional. Y a Extremadura, posiblemente, más que a otras comunidades.

Empezamos por acuñar términos que nos orientaban hacia la mejora de nuestro sistema sanitario. Y no sólo, pasamos a hablar en términos de calidad sino que llegamos a proponernos la excelencia.

Y ha bastado una crisis financiera para que nos planteemos, hoy mismo, el mantenimiento del sistema nacional de salud. Es decir, hemos pasado en dos años de la calidad a la sostenibilidad.

Los más expertos -¿dónde estaban para avisar de este desastre?-, los que "saben de la cosa" -o al menos cobran por eso y para eso- sacan las tijeras de los recortes y tienen como único objetivo que les cuadren las cuentas: el balance. Creo que no miran hacia lo que significa la salud, en su más amplio sentido, como la base de nuestro estado de bienestar.



Los médicos, a través de sus Corporaciones Colegiales sacamos el pasado día catorce de febrero un manifiesto con el que, bajo el lema de "LOS MÉDICOS NOS REBELAMOS FRENTE A LOS RECOR-

vorecidos e indefensos. La profesión médica ha reclamado reiteradamente un pacto por la sanidad que defina claramente la financiación del Sistema Nacional de Salud y tenga en el Consejo Interterritorial un órgano, no sólo asesor, sino cuyas decisiones sean vinculantes a través del Ministerio para toda España, evitando el "independentismo de cada autonomía" respecto a sus carteras y compromisos asistenciales (a recordar los dos grandes pilares del SNS: equidad y cohesión).

La Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dña. Ana Mato, en su discurso de investidura (22 de diciembre de 2011) dijo: "Hay compromisos que se derivan de la Constitución, y uno de ellos es garantizar una sanidad universal para todos los españoles".

Creo que no me equivoco si, como sentir de toda la profesión médica, añado:

"... y de calidad". ■

*Y ha bastado una crisis financiera para que nos planteemos, hoy mismo, el mantenimiento del sistema nacional de salud. Es decir, hemos pasado en dos años de la calidad a la sostenibilidad.*

TES", conveníamos que la profesión médica no debe aceptar recortes en la financiación sanitaria que provoquen pérdidas de calidad en la asistencia a sus pacientes, especialmente cuando sus efectos recaen en los más pobres, débiles, ancianos, desfa-

**Dr. D. José Alberto Becerra Becerra**Secretario General del icomBA  
y Coordinador Nacional del Observatorio de Agresiones a Médicos de la OMC  
[secretario@colegiomedicobadajoz.org](mailto:secretario@colegiomedicobadajoz.org)

## Día 22 de marzo, Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario

**“Si has sido agredido, denuncia; Si lo haces, los agresores recibirán sanciones ejemplarizantes y con ello estarás evitando que otros sean agredidos; Denuncia, tienes a tu Colegio para defenderte”**

Sobre este severo lema, esta Junta Directiva quiere corroborar el compromiso que adquirió durante esta legislatura, compromiso que se ha consolidado como ejemplo de actuación, y que tras su desarrollo está siendo ejemplo a seguir por muchos colegios de médicos del territorio nacional, como metodología de eficacia y eficiencia ante las Agresiones de sus colegiados.

Desde esta Secretaría General y comenzando en nuestro icomBA, tras la labor desarrollada en el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, donde desde unas líneas de actuación bien definidas y en desarrollo para toda España (que se detallan al final de este artículo) se está intentando defender y potenciar la implementación de una concienciación social sobre la figura del médico como autoridad en el desarrollo de su labor profesional, y para ello está siendo primordial mantener impactos mediáticos persistentes y secuenciados sobre esta importante lacra social, mantener el pertinaz lema de Agresiones a médicos, tolerancia cero, como base de la defensa absoluta de los Colegios de Médicos para con sus colegiados, y la más que necesaria implicación de las Administraciones Sanitarias en la defensa de sus empleados, para que entre todos seamos capaces de prevenir este fenómeno de violencia injustificada que afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria, y por tanto atenta contra uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar.

El Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos sigue desarrollando su labor de recogida en el Registro Nacional de Datos, en esta ocasión con los datos enviados desde todos los Colegios Provinciales de Médicos, un exitoso 100% de colegios recogidos, lo que inicialmente indica que están todas las agresiones registradas, que tras su tabulación, el 22 de marzo, Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario se procedió a su presentación, que tuvo lugar en la sede central de la Organización Médica Colegial, donde se realizó una concurrida rueda de prensa, donde se expusieron los datos del pasado año.

El detallado estudio, fue presentado a muchos medios de comunicación, televisiones, radio y prensa escrita de ámbito nacional, también a aquellos que operan en el entorno digital, así como a las redes sociales, con un gran

impacto mediático, gracias a la inestimable colaboración del magnífico equipo del Gabinete de comunicación de la Organización Médica Colegial, al frente del cual aparece como Directora de Comunicación, la prestigiosa periodista Teresa Perez Alfageme.

Este estudio, con todos sus datos se puede consultar en el siguiente link:

[http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/presentacion\\_estudios\\_agresiones\\_2011.pdf](http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/presentacion_estudios_agresiones_2011.pdf)

se presentó, por expreso deseo del colegiado agredido.

Este revelador dato, nos permite afirmar que el protocolo de Agresiones a Médicos del icomBA se está desarrollando en su totalidad, y con especial intensidad, gracias a la diligencia y presteza con la que nuestros colegiados cuando son agredidos, son atendidos por parte del magnífico equipo que constituye nuestra Asesoría Jurídica, lo que denotar que nuestros colegiados se sienten cada más respaldados y



De los datos presentados del año 2011 cabe reseñar como el más significativo, que las Agresiones a Médicos han aumentado un 9.2 por ciento en toda España, lo que es un dato altamente preocupante en sí mismo, y cabe reseñar que en la distribución por comunidades dentro del mapa nacional, un 7% del total de agresiones se han producido en Extremadura.

Nuestra provincia mantiene el segundo lugar, en agresiones por mil colegiados, lo que expuesto así podría ser preocupante, este dato que en números absolutos indica que se registraron en nuestro icomBA un total de 25 agresiones durante el año 2011, tiene una lectura asociada y que clarifica ese esencial dato cuantitativo, ya que lleva aparejado otros de especial importancia, de las 25 agresiones registradas, 24 llevaron asociadas sus correspondientes denuncias, presentadas por el icomBA en los juzgados, y únicamente una no

más protegidos por su Colegio de Médicos.

Otros datos cuantitativos, nos indican que se mantiene la tendencia de un mayor número de agresiones en Atención Primaria, lo que refuerza la idea de que los pacientes y sus familiares, consideran la mesa del médico de Atención Primaria, como la oficina de reclamación del sistema, hecho este que desde el Observatorio Nacional se reseña con profusión en los medios para que los pacientes y sus familiares utilicen las vías específicas y asignadas para tal fin por el propio sistema sanitario, y esta reiteración en la apreciación se hace en la idea de generar un mecanismo de evitación de conflictos y discusiones que pueden derivar a posteriori en una agresión verbal e incluso física.

Otros datos reveladores, y de especial relevancia es que han aumentado las agresiones en el ámbito privado, dato a reseñar, por dos motivos, ambos especialmente preocupantes, en primer



lugar porque denota una pérdida básica de la relación médico-paciente que es de especial incidencia en el espacio de la asistencia privada, y en segundo lugar porque la doctrinas emitidas desde la Fiscalía del Estado persisten en la idea básica de que no se considere autoridad al médico que en el desarrollo de su labor profesional en el ámbito privado, por lo que sí es agredido, se genera un agravio comparativo de difícil justificación, lo que ha suscitado por parte de la OMC una especial defensa de esta situación agravante, y ha sido defendida con especial virulencia desde todos los ámbitos, pero con especial énfasis por el Dr. Sendin, presidente de la OMC ante los medios de comunicación. Esta defensa específica del sector privado y la defensa global del médico como autoridad en el ejercicio de su labor profesional se les expuso personalmente, por parte de los responsables del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos y de la Comisión Permanente de la OMC al Presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso, Sr. Mario Mingo y a la Dra. M<sup>a</sup> Carmen Aragón, Presidenta de la Comisión de Sanidad del Senado, a los que tras sendas reuniones se les hizo la presentación y entrega de los datos del año 2011 y del Manifiesto contra la Agresiones en el Ámbito Sanitario leído por la mañana en la sede de la OMC.

Se mantienen registros similares al año anterior de que, "Tres de cada diez son por discrepancias en la atención médica que se le presta al paciente", y sorprende que casi la mitad de las agresiones sean por causas que nada tienen que ver con el médico y su actividad asistencial.

Tenemos un perfil del médico agredido, algo más en hombres, que pertenece a Atención Primaria y significativamente importante son los agredidos del grupo etario entre 45 y 56 años, que son casi la mitad, donde además se reseña que han aumentado las lesiones produ-

cidas por la agresión, hasta llegar a un significativo 22 % de médicos agredidos con alguna lesión física, aunque sorprende que no aparezca un aumento del porcentaje de denuncias presentadas en España.

Las líneas de actuación definidas y en desarrollo para toda España, se resumen en cinco, que se complementan con una serie de actividades determinadas a desarrollar que se han diseñado en el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos desde la Organización Médica Colegial, y que se resumen en:

1<sup>a</sup> línea de Actuación: Sobre el Registro Nacional de Agresiones, ya en primera instancia se ha realizado una revisión y mejora del cuadernillo de recogida de datos, pero se hace necesario una actualización del Registro Nacional de datos de Agresiones a Médicos, con la implementación de apartados específicos en el e-Colegio, que permitan en un futuro más o menos inmediato la recogida instantánea de los datos de la agresión. Sobre esta primera línea de actuación se ha priorizado la idea de unificar todos los datos de los diferentes registros existentes en un registro único, y con los mismos ítems.

2<sup>a</sup> línea de Actuación: Con la inclusión en las páginas web de todos los Colegios de Médicos provinciales, muy visibles y en página de inicio de la pestaña específica, "Agresiones a Médicos, Tolerancia Cero", implantación de un teléfono específico de contacto, tipo PAIME con los responsable específicos del Programa y/o con las Asesorías Jurídicas.

Sobre esta segunda línea de actuación se ha priorizado la implementación durante el año 2012, de estos tres apartados el cien por cien de la paginas oficiales y que se complementará con la inclusión en la web oficial del Consejo General de Colegios de Médicos de un apartado específico del Observatorio, con contenidos específicos a desarrollar.

3<sup>a</sup> línea de Actuación: Desde la base de potenciar la campaña de comunicación y aumentar la concienciación social sobre el problema, y donde se ha priorizado la implementación de la idea de "Un médico, es una autoridad durante el ejercicio de su labor profesional", y apoyado en la publicación reiterada en todos los medios las sentencias condenatorias de los agresores a médicos, como medida coercitiva.

4<sup>a</sup> línea de actuación: Esta importante línea de actuación que se realizará sobre el marco legal donde se encuadran y desarrollan las agresiones, necesitará de un análisis de jurisprudencia, análisis de las doctrinas de las Audiencias Provinciales, y la revisión del estado de los diferentes convenios firmados con las fiscalías correspondientes.

En esta línea se ha priorizado la realización de reuniones específicas de los Órganos de Gobierno de los Colegios Autonómicos y de la propia OMC con Administraciones Sanitarias, con Fiscalías y Órganos del Poder Judicial, sobre la base inicial de evitar dudas sociales al respecto, pero sobre todo dudas jurisprudenciales, pero en la idea concluyente de generar una corriente necesaria que lleve a una intervención legislativa de carácter finalista.

5<sup>a</sup> línea de actuación: Sobre esta línea se ha priorizado un macro estudio específico sobre Agresiones, a partir de la creación por el Observatorio de un grupo de trabajo multidisciplinar que analice los datos cuantitativos y cualitativos, con un análisis etiológico de las causas de estas y desde los datos y su conocimiento se generen actividades de carácter preventivo de las agresiones.

Entre las actividades a desarrollar, debemos reseñar los actos celebrados en la sede de la OMC durante el Día Nacional contra la Agresiones en el Ámbito Sanitario, el 22 de marzo, se celebró una mesa que bajo el título "Visiones ante un problema creciente", reunió a todos los agentes implicados, con la OMC al frente, enfermeros, sindicatos médicos, pacientes e instituciones, la Fiscalía General del Estado y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, debatieron en profundidad sobre el tema, para posteriormente proceder a la lectura del Manifiesto que apoyaron y firmaron un importante número de asociaciones, entidades e instituciones, todos bajo el lazo dorado que presidieron los actos y que quiere simbolizar la necesidad de mantener intacto ese nexo de unión fundamental que es la relación médico-paciente, prioridad principal del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos. ■



## Junta Directiva



**Dr. Leopoldo Gil Correa**  
Vicepresidente Primero del icomBA  
vicepresidenteprimero@colegiomedicobadajoz.org

# Resultados del examen MIR 2012

**U**n año más y van siete. Este año han sido 83 los médicos que han preparado su examen de acceso a la formación médica especializada, el MIR, en nuestra Escuela (un buen número de ellos hijos de colegiados). Y ya tenemos otros 80, todavía estudiantes de 6º curso, que están realizando el pre-mir, simultaneándolo con el último año de carrera, esperando para empezar en Julio nada más terminar de licenciarse, el curso intensivo que como cada año se inicia en Olivenza, organizado por nuestro Colegio en colaboración con la Consejería de Salud y Política Social y el Ayuntamiento de Olivenza.

Los resultados del último examen celebrado en Enero, arrojan como hasta ahora unos datos satisfactorios, aunque de los últimos años quizás éste haya sido el más irregular, posiblemente porque el número de aspirantes vuelve a ser de nuevo como antaño, muy superior al número de plazas ofertadas.

Así y con todo, el 50 % de nuestros alumnos podrán con toda seguridad elegir la especialidad esperada, aunque no todos puedan elegir también el Hospital o la ciudad donde desearían formarse.

*El 50 % de nuestros alumnos podrán con toda seguridad elegir la especialidad esperada, aunque no todos puedan elegir también el Hospital o la ciudad donde desearían formarse.*

Los resultados definitivos han sido los siguientes:

Entre el	1 y el 1000	8 alumnos
Entre el	1001 y el 2000	14 alumnos
Entre el	2001 y el 3000	9 alumnos
Entre el	3001 y el 4000	4 alumnos



Entre el	4001 y el 5000	6 alumnos
Entre el	5001 y el 6000	10 alumnos
Entre el	6001 y el 7000	7 alumnos
Entre el	7001 y el 8000	8 alumnos
Entre el	8001 y el 9000	6 alumnos
Entre el	9001 y el 10000	6 alumnos
Entre el	10001 y el 11000	1 alumno
Por encima del	11000	4 alumnos

Todo ello sobre un total de 15.000 aspirantes aproximadamente.

En fin, no está mal, aunque podría haber sido mejor.

Enhorabuena a los que elegirán conforme a sus deseos y ánimo a los que tendrán que contentarse con la segunda opción.

### **Convenio de colaboración con el Colegio Extremeño de Licenciados en Educación Física y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**

El pasado día 11 de Febrero, en los salones del HOTEL AC BADAJOZ, tuvo lugar la firma de un Convenio de Colaboración entre el Colegio Oficial de Médicos de Badajoz y el Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, de Extremadura.

Por parte del Colegio de Médicos de Badajoz, asistió a la firma el Vicepresi-

dente Primero, Dr. D. Leopoldo Gil Correa, y por parte del COLEF y CAFD su Presidente D. Juan María Montero Domínguez y el Vicepresidente D. Domingo López Redondo.

Ambos colectivos, manifiestan mediante este convenio, el interés por desarrollar actuaciones conjuntas conducentes al cuidado y fomento de la Salud dentro de la población extremeña, así como la administración de una actividad física de calidad por parte de los profesionales que la imparten.

El convenio se centra en el interés mutuo por cooperar, organizar e informar sobre actividades formativas en el ámbito de la Actividad Física y la Salud, ayuda e intercambio en el uso de instalaciones y materiales bibliográficos, apoyar el trabajo de los Licenciados en Educación Física y el fomento del mismo dentro del programa "Extremadura en Forma" (antes denominado "El ejercicio te cuida"), así como colaborar en la organización de las distintas actividades y eventos que pudieran surgir en materias relacionadas con la salud y el ejercicio.

Este hecho, debe suponer un gran paso en la vinculación entre dos colectivos que trabajan para mantener y mejorar la salud de los ciudadanos, reforzando con su apoyo y presencia, cada uno los objetivos del otro. ■



**Dr. Jose Antonio Márquez Sánchez**

Tesorero del icomBA  
tesorero@colegiomedicobadajoz.org

# Asamblea de liquidación del presupuesto

Como todos los años, cumpliendo el mandato de los Estatutos colegiales -concretamente de su artículo 57- en este mes de marzo someteremos a la consideración de la Asamblea General la liquidación del Presupuesto del ejercicio precedente (2011). Será el día 29 de este mes, previa convocatoria de todos colegiales por los conductos habituales.

El documento provisional fue elevado al Pleno de la Junta Directiva celebrado en Zafra, el pasado día 25 de febrero, a fin de proceder a su deliberación y aprobación con carácter de documento previo, así como para la puesta a disposición de los documentos que integran la liquidación en el plazo del mes previo a la celebración de la Asamblea en la que han de someterse a la aprobación.

En la liquidación provisional consta un resultado de funcionamiento (ingresos menos gastos de funcionamiento) que asciende a unos 58 m€, cuantía que revierte a las operaciones de fondos (ingresos menos gastos de inversiones y otras operaciones de fondos), como es norma habitual de una entidad sin ánimo de lucro.

Más concretamente, en la liquidación del presupuesto damos cuenta de las in-



restantes 53 m€ responden a la devolución del préstamo a largo plazo suscrito en 2007 para la ejecución de las obras de reforma integral de la sede colegial, operación que se está amortizando, financiera y presupuestariamente, dentro de las previsiones que en su día se realizaron.

que se destinarán a las inversiones previstas en 280,0 m€.

En la anterior edición de nuestro boletín hablábamos de cifras provisionales, pero que, como puede apreciarse, presentan escasas variaciones respecto de las definitivas. Se mantiene la previsión de efectuar inversiones en un aula de formación, necesaria por la cantidad de eventos formativos en los que participa el Colegio o su Fundación, y las de mejora de los apartamentos de Valdelagrana. En ambos casos, el coste de las inversiones podrá ser recuperado con ingresos futuros procedentes de ambos elementos que, de hecho, vienen generando rentas de naturaleza patrimonial.

En definitiva, expresar que el presupuesto de nuestra institución continúa un crecimiento acompasado en los ingresos que nos permite seguir creciendo en inversiones para los colegiados, en actividades formativas, en diversificación de la actividad y en servicios prestados.

Coincidiendo la emisión del presente boletín del icomBA con la Semana Santa, deseamos que disfrutéis de unos merecidos días de descanso en compañía de la familia. Un abrazo. ■

*Expresar que el presupuesto de nuestra institución continúa un crecimiento acompasado en los ingresos que nos permite seguir creciendo en inversiones para los colegiados, en actividades formativas, en diversificación de la actividad y en servicios prestados.*

versiones desarrolladas durante el ejercicio 2011 en la ventanilla única, web colegial y programa de gestión, mobiliario y equipamiento informático, reloj digital, equipamiento de biblioteca, entre otros, con una inversión global de 15 m€. Los

Indicar, asimismo y por lo que respecta al presupuesto de 2012, que el montante de ingresos de funcionamiento previstos para el ejercicio actual ascendería a 1.885,5 m€ y los gastos a 1.774,5 m€, con un diferencial positivo de 111,0 m€

## Junta Directiva

**Dr. Tomás Pérez Torralba**

Vicesecretario del icomBA. Secretario del Consejo Médico Extremeño de AP  
vicesecretario@colegiomedicobadajoz.org



# Suspensio en desburocratización de las consultas de AP

**S**e cumplen tres años desde que el SES editó el documento: “Plan de Desburocratización de las Consultas en AP”, al cual el Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP) hizo numerosas consideraciones y aportaciones por el interés prioritario de mejorar este aspecto de calidad en la Atención Primaria de Salud de Extremadura, aquejada de altos índices de presión asistencial e hiperfrecuentación. Desde el COMEXAP percibíamos que el grado de implantación de las medidas de desburocratización era insatisfactorio y por esto deseamos evaluar el cumplimiento de las mismas en las diferentes Áreas de Salud de Extremadura. No pretendimos hacer un estudio científico, sino una aproximación a la realidad obtenida de una muestra no representativa (no es aleatoria) de los profesionales de AP, que nos oriente de forma lo más fidedigna posible a la situación de la Comunidad.



*Se recogieron un total de 314 encuestas correspondientes a las 8 Áreas de Salud, con una distribución bastante representativa de las distintas Áreas.*

Hemos presentado el estudio a la Consejería de Salud del nuevo gobierno autonómico. La burocracia injustificada es un aspecto de ineficiencia de nuestro primer nivel de salud que no se puede obviar. La comunicación y el entendimiento con los compañeros de segundo nivel es básica para mejorar la atención integral que prestamos a los ciudadanos extremeños, aunando esfuerzos por lograr un sistema sanitario público que elimine actos médicos y molestias innecesarias

a los pacientes. Y la Administración debe hacer cumplir sus planes, evaluar sus fallos de implantación y avanzar en su mejora. Con ese ánimo hemos hecho la evaluación que presentamos ahora a nuestros colegiados en esta revista. Cuentan con nosotros para alcanzar los objetivos mencionados, pues son mejoras que redundan en una mayor eficiencia y en una medicina de mayor satisfacción para médicos y pacientes. Agradecemos a los más de 300 médicos de familia extremeños que colaboraron en el estudio.

### Objetivos de la encuesta

Evaluar el grado de implantación de las medidas propugnadas en el documento de desburocratización de las consultas de Atención Primaria (AP) del Servicio Extremeño de Salud (SES) en nuestra Comunidad Autónoma.

Realizar un mapa autonómico del grado de cumplimiento de estas medidas en las diferentes Áreas de Salud.

Trasladar a la Dirección Gerencia del SES y a la Consejería de Sanidad y Dependencia los resultados de nuestra evalua-

ción, para consolidar los aspectos de desburocratización alcanzados y mejorar las deficiencias observadas.

### Método

Realizamos una encuesta dirigida a médicos de familia que desarrollan de forma habitual su trabajo en un Equipo de Atención Primaria del SES. La encuesta fue difundida a través de los Colegios Oficiales de Médicos de Cáceres y Badajoz, directamente a cada colegiado vía *email*. Se rellenaron mediante una plataforma “on-line” de acceso directo y recogida de datos en tiempo real. Se advierte a los profesionales en la necesidad de rellenar la encuesta una sola vez, en que era anónima y la única información personal recogida del encuestado fue el área de salud donde desarrollaba su trabajo habitualmente. La encuesta incluía 10 cuestiones sobre la **aplicación del Plan de Desburocratización publicado por el SES** (disponible en el Gestor Documental de JARA): 8 ítems con tres posibles opciones (nunca o rara vez / a veces / siempre o casi siempre), una novena pre-

gunta con cuatro opciones y una décima pregunta de texto libre. Consideramos resultados satisfactorios aquellos ítems cuyo porcentaje de respuestas contestadas como "siempre o casi siempre" supera el 75%.

### Resultados

Se recogieron un total de 314 encuestas correspondientes a las 8 Áreas de Salud, con una distribución bastante representativa de las distintas Áreas: Badajoz 75 (24%); Cáceres 63 (20%); Mérida 46 (15%); Don Benito 33 (10%); Navalmoral 29 (9%); Plasencia 29 (9%); Llerena-Zafra 26 (8%) y Coria 13 (4%).

**Pregunta 1: ¿Realizan en tu Hospital de referencia los Documentos de Incapacidad Laboral (Bajas y Confirmaciones) de los pacientes ingresados?** Los datos globales son bastante insatisfactorios: el 82% contesta que los documentos de IT de pacientes ingresados se realiza NUNCA O RARA VEZ.

**Pregunta 2: ¿Realizan en tu Hospital de referencia las analíticas y otras pruebas complementarias para posteriores revisiones de los pacientes?** Los datos obtenidos indican que SOLAMENTE la mitad de los hospitales (47%) realizan A VECES las analíticas y pruebas complementarias, un 27% no lo hace nunca y otro 26%, habitualmente sí. De nuevo la consecución de este objetivo es totalmente insatisfactoria según la definición utilizada.

**Pregunta 3: ¿Cumplimentan en tu Hospital de referencia las solicitudes de transporte en ambulancia para posteriores revisiones de los pacientes?** El 77% contesta NUNCA O CASI NUNCA

Por áreas, la que más incumple este ítem es Coria, siendo anecdóticos los datos respondidos SIEMPRE O CASI SIEMPRE (4%).

**Pregunta 4: Sobre la petición de justificantes: ¿Te siguen solicitando justificantes de consultas a menores de**

**edad para entregar en los colegios?** El 63% de los pacientes siguen solicitando al médico justificante de asistencia a consulta para menores de edad, ausencia al centro docente del menor que corresponde justificar por ley a sus padres o tutores legales.

**Pregunta 5: - ¿Salen los pacientes del Servicio de Urgencias con las recetas emitidas por el médico?**

En la mitad de los ocasiones, NUNCA O RARA VEZ. Solamente un 13% contesta SIEMPRE O CASI SIEMPRE. Por áreas, Llerena es el área que incumple más esta propuesta, seguida de Navalmoral y Badajoz.

**Pregunta 6: ¿Disponen los pacientes de las recetas necesarias una vez han sido dado de alta tras un ingreso hospitalario en tu Hospital de referencia?** Los datos son fiel reflejo de la pregunta anterior, no se realiza satisfactoriamente la entrega de recetas ni desde los servicios de Urgencia ni del resto de Servicios Hospitalarios tras un ingreso

*La burocracia injustificada es un aspecto de ineficiencia de nuestro primer nivel de salud que no se puede obviar.*

**Pregunta 7: Cuando desde una especialidad médica hospitalaria se deriva a otra especialidad de tu hospital de referencia ¿Le emiten el volante de interconsulta directamente para pedir cita sin necesidad de un volante en tu consulta?** Parece ser que solo se realiza en el 16% de los casos. El resto debe consumir otra consulta de AP para realizar el parte interconsulta de derivación.

**Pregunta 8: ¿Salen los pacientes con su informe y con su cita de revisión (en el caso de que la precise) tras la consulta especializada en tu Hospital de referencia?** Una cuarta parte refiere que NUNCA y en la mitad de las ocasiones A VECES.

**Pregunta 9: Por tu experiencia ¿qué Servicio/os incumple/n de forma reiterada este punto?** En datos absolutos: Los servicios de Ginecología, Oftalmología y Traumatología.

**Pregunta 10: ¿Cuánto crees que la herramienta JARA ha contribuido a desburocratizar y/o agilizar tu práctica clínica diaria?** Respecto a la valoración que hacen los médicos encuestados sobre que el programa JARA suponga una herramienta de clara desburocratización, solo el



23% opina que BASTANTE O MUCHO. Tres de cada cuatro médicos de Atención Primaria encuestados opinan que el sistema operativo JARA implantado por el SES para la gestión de las consultas, NO ha contribuido a desburocratizar y agilizar la práctica clínica diaria.

Sufrimos las consecuencias de un programa que adolece de falta de agilidad, falta de intuición y de una lentitud excesiva para la gestión de la consulta.

### Conclusiones

El documento de Desburocratización de consultas en AP presenta un grado de implantación muy bajo años después de su puesta en marcha.

Este bajo cumplimiento en los aspectos claves del Plan genera en los médicos de Atención Primaria participantes en la encuesta un significativo grado de insatisfacción.

El grado de incumplimiento en la aplicación de las medidas de desburocratización no difiere de forma importante en las ocho áreas de salud del SES.

El incumplimiento de los objetivos de desburocratización planificados hace tres años dificulta el avance del propio Plan y la incorporación de nuevas medidas de desburocratización, medidas necesarias para aumentar el nivel de resolutivez de la Atención Primaria, así como el grado de satisfacción de profesionales y usuarios. Ponemos en conocimiento de la Administración estos resultados para hacer una llamada de atención en los aspectos deficitarios observados. ■



## Junta Directiva



**Dra. Eloisa Rodríguez Torres**  
Vocal de Médicos en Formación del icomBA

# Spanishmirrevolution

Con este hashtag (término utilizado en Twitter, para hacer referencia de un tema que puede ser de interés general), nació la idea de varios residentes, de “luchar” en contra de los recortes sanitarios, no por el tema económico, sino porque afectan a su formación. Se ha hablado mucho, y se sigue haciendo, sobre cómo la crisis sanitaria, afecta a los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, pero, se está obviando, cómo ésta afectará a medio y largo plazo. En las reuniones que habitualmente mantenemos todos los vocales de formación, se hace patente, como se está deteriorando la formación de los residentes de hoy, que serán los médicos

*Sin querer pecar de catastrofismo, varios residentes de ámbito nacional, hemos creado un movimiento: “mirindignado”, con la única pretensión, de que el menoscabo que se realiza en la formación, en pro del ahorro, no conviene, ni al colectivo médico, ni a la sociedad.*

titulares de mañana. A los recortes de personal, que por otro lado parece sólo ser importante para los afectados, hay que sumar los cierres de plantas y quirófanos. ...

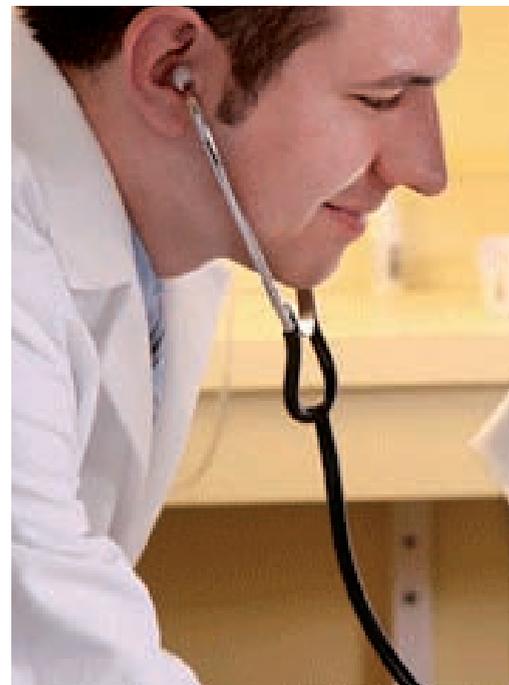
Esa, sólo es la punta de iceberg. Alardeamos mucho de tener a los mejores profesionales, con la mejor formación a nivel europeo, e incluso a nivel mundial, pero, ¿hasta cuándo?. La respuesta es simple, ya se están notando las deficiencias que se producen en la formación. Si a un residente de traumatología, aparte de suspender las peonadas, no se le permite entrar en quirófono, o bien porque no se programan intervenciones, o por cualquier otra razón burocrática en la que no entraremos, no se

favorecerá de la “formación especializada” a la que tiene derecho, esa formación de la que la sociedad se beneficiará en un tiempo. La crisis económico-sanitaria, nos afecta actualmente a muchos compañeros y profesionales, pero, no debemos olvidar, que también afecta, y mucho a los médicos del futuro. Con todo ello, surgen interrogantes muy importantes como: ¿Un residente de cualquier especialidad quirúrgica, que casi que no puede acceder al quirófono para formarse, estará preparado para enfrentarse como adjunto en unos años a intervenciones que ni siquiera ha practicado?, o ¿cómo un Médico de Familia, puede saber los criterios de derivación adecuados a un especialista hospitalario, sin haber tenido la oportunidad siquiera, de realizar su rotación obligatoria por ese servicio?

Sin querer pecar de catastrofismo, varios residentes de ámbito nacional, hemos creado un movimiento: “mirindignado”, con la única pretensión, de que el menoscabo que se realiza en la formación, en pro del ahorro, no conviene, ni al colectivo médico, ni a la sociedad. Se nos ha tachado, al utilizar este nombre, de demagogos, ya que nos servimos del tema “indignado”, remedando al 15 M, cuando lo único que se pretende, es utilizar la coyuntura del término, y, también, el colectivo médico está indignado por todo lo que estamos sufriendo, y cómo nos vemos afectados con los recortes.

En la última reunión de vocales, a nivel Nacional, se hizo patente, que la situación está rozando la insalubridad del residente, tanto laboral como económicamente. Olvidamos, que los médicos en formación, tienen un contrato de 4 o 5 años, máximo, ese es el tiempo de formación reglada y vigilada, del que se dispone, y siendo políticamente incorrecto, y hablando de dinero, se le están aplicando los mismos recortes que a un titular. En este sentido, nuestra Comunidad, no está ni mejor ni peor que muchas Comunidades, ya que hay algunas, donde la única duda que puede existir, después de conocer los informes, es por qué no renuncian en bloque.

La crisis, está claro, es un problema de todos, pero en nuestro caso, ese TODOS, es estar hablando de personas enfermas, que confían en los profesionales sanita-



rios, para paliar, curar o acompañar al paciente, y esto EXIGE personal bien formado, ya que enfrentarse a nuestra práctica habitual, requiere de un esfuerzo, físico, mental, y sobre todo un aprendizaje y formación continuos, y si, alguno de estos pilares básicos cojea, la Sanidad al completo, lo hará.

Existe pues, a día de hoy, una gran conciencia por parte de los residentes a nivel nacional, y gracias a las nuevas tecnológicas, se han creado varias plataformas cibernéticas. De hecho, un grupo creado en Facebook (una de las mayores redes sociales que existen), una semana después de la creación, contaba con 2500 miembros. La profesión médica, como sabemos, es poco unitaria (o como decía un compañero vía Twitter, si que es unitaria, si se refiere a la unidad), pero eso debe y está cambiando. Cuando la sociedad actúa en detrimento de los médicos, es difícil unirnos como colectivo, pero, cuando es esta sociedad, la que actúa en contra de los pacientes, como es el caso, sacamos garras y dientes.

En resumen, cualquier disminución en la calidad de formación, supone una pérdida de la calidad asistencial. Y, no me quiero olvidar de los contratos precarios que se nos ofrecen al terminar nuestra formación, que no sería admisibles en cualquier otra profesión, pero que, en nuestro caso, se abusa de nuestra deontología. ■



**Dr. Fernando Blas Tabla Hinojosa**

Vocal de Médicos de Administraciones Públicas  
[medadmpublicas@colegiomedicobadajoz.org](mailto:medadmpublicas@colegiomedicobadajoz.org)

# 117st Annual Meeting Amsus: Transformational Pathways To Global Healthcare

**F**undado en 1891, AMSUS, the Society of the Federal Health Agencies, es el primer recurso para la educación a militares y otros profesionales de asistencia médica federal. Al principio fue una organización de socios para cirujanos militares, ahora AMSUS representa los intereses de los profesionales de la salud a través del espectro del cuidado y paciente en la U.S. Army (Ejército de Tierra), U.S. Navy (Armada), U.S. Air Force (Ejército del Aire), U.S. Public Health Service (Servicio de Salud Pública), Department of Veterans Affairs (Departamento Veteranos), Army-Navy-Air Force Reserve (Reservistas de los tres ejércitos), Army National Guard (Guardia Nacional), Air National Guard (Guardia Nacional Aire), Coast Guard (Guardia Costera).

AMSUS está dedicado a la mejora en la efectividad y la eficiencia de entrega promoviendo un espíritu de cuerpo entre los servicios de asistencia médica federales, y creando un foro para la discusión de ideas y problemas en los niveles locales, nacionales, e internacionales.



Este año, el 117st Amsus Annual Meeting se celebró en la ciudad de San Antonio (Texas) del 6 al 9 de Noviembre de 2011. Allí se congregó un número importante de profesionales: directores de hospitales, médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, veterinarios, administradores médicos, optometristas, tecnologías de asistencia médica, técnicos y otros que sirven en aproximadamente 400 hospitales federales y clínicos. También hubo más de 300 expositores médicos en el recinto del congreso. Por parte española fue una representación integrada por médicos, farmacéuticos, psicólogos y enfermeros.

*AMSUS está dedicado a la mejora en la efectividad y la eficiencia de entrega promoviendo un espíritu de cuerpo entre los servicios de asistencia médica federales, y creando un foro para la discusión de ideas y problemas en los niveles locales, nacionales, e internacionales.*

El alma máter de toda esta macroorganización es el Coronel Médico Jim Fike, USAF, MC. Y persona enamorada de nuestro país.

Durante estos cuatro días, el horario de conferencias fue extremadamente denso, comenzando a las 8:00h de la mañana y finalizando la jornada a las 17:30h. En estas jornadas se presentaron multitud de temas: Yale New Haven Center for Emergency Preparedness and Disaster Response (YNH-CEDR), VA Center for Minority Veterans/Center for Women Veterans

Western Governors University, Veterans Affairs Office of Acquisition and Logistics, Vaccine Healthcare Centres Network and Military Vaccine Agency (MILVAX), U.S. Army Public Health Command, Defense and Veterans Brain Injury Center/HJF, CDHAM/USUHS-Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine y un largo etc. que hicieron interesantísimo los cuatro días de congreso. Además hubo un apartado para la exposición de poster, donde la representación española participó con dos exposiciones:

- Psicología Militar en el Ejército del Aire.
- Ototubaritis en pilotos de caza. (Estudio realizado en la Base Aérea de Talavera la Real y en el que participaron nuestra compañera la Dra. Tamara Keituqwa Yáñez y el preparador físico D. Miguel Ángel Moyano Galán. Mi agradecimiento a ambos por tanta paciencia y dedicación).

La participación de países fue muy extensa: China, Japón, El Salvador, Alemania, Francia, Canadá, Reino Unido, India, Brasil, Suiza, y un largo etcétera...

La atención que recibimos en todo momento fue exquisita, cuidando hasta el más mínimo detalle. El organizar un congreso a nivel internacional requiere de personas comprometidas y preparadas así como del apoyo institucional y de la población. En EE.UU el reconocimiento al personal que integra sus Fuerzas Armadas es altísimo. La colaboración entre instituciones civiles y militares es tal que todo converge en una mejora en la preparación y la atención a sus ciudadanos, ya estén en su país o se encuentren en misión internacional, ya sean civiles o militares.

No quisiera finalizar sin referirme al peso que tienen las organizaciones de veteranos en EE.UU que aglutinan una gran cantidad de recursos que posteriormente repercute sobre esas personas que trabajan por su país.

El 118th AMSUS, se celebrará en la ciudad de Phoenix (Arizona). La página donde se puede tener acceso: [www.amsus.org](http://www.amsus.org) ■

## Junta Directiva



**Dr. Francisco Carlos Carramiñana Barrera**

Vocalía de Atención Primaria Urbana del icomBA  
medapurbana@colegiomedicobadajoz.org

# Publicado el Informe SESPAS 2012 sobre la AP

**U**na verdad absoluta: “La Atención Primaria de Salud (AP) es el eje fundamental y puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS)”, así comienza el prólogo del informe SESPAS 2012. Rápidamente pone el punto sobre las ias: “la realidad es muy distinta: el centro de la actividad sanitaria se basa en el hospitalocentrismo, la alta tecnificación y la subespecialización de los profesionales en un sistema que, cada vez más, presta al ciudadano una atención sanitaria más fragmentada”. De qué manera tan magistral define la sanidad pública española, considerada como una de las mejores del mundo.

Las 44 estrategias para la AP que se definieron, en 1997, conjuntamente por el Ministerio de Sanidad con el Consejo Interterritorial de Salud, en el Marco Estratégico de las Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI, mayormente se han quedado en el tintero y podemos decir que la AP ha tomado otros derroteros sin poder ni saber del hospitalocentrismo que impera en el SNS.

Actualmente no podemos hablar de una AP potente. Nos seguimos mostrando incapaces frente a los retos subyacentes de la prevención y la promoción de la salud. Apenas se han desarrollado las actividades comunitarias. La tecnificación y los nuevos sistemas de información no llegan a todos por igual. Tampoco hemos logrado la autorresponsabilidad en la enfermedad, ni hemos dado respuestas a la epidemia de la cronicidad y al envejecimiento creciente de la población.

Dentro del SNS, la AP es el nivel de atención que mayor equidad y eficiencia del sistema puede aportar sin llegar a cumplir las expectativas de la OMS y que ahora, con la crisis económica, está aún más amenazada frente a la insostenibilidad del sistema.

En este informe aparecen nombre de compañeros de la sanidad extremeña como Luis Palomo, Félix Suarez, Enrique Gavilán, Dolores Corrales Nevado y M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Lozano, que ponen su firma junto a autores tan acreditados en AP como Bárbara Starfield, Juan Gervas,

Rafael Bravo, Julio Bonis, Carlos Brotons,... Vaya la más sincera enhorabuena desde este icomBA y de esta Vocalía de AP urbana.

Este informe técnico debería abrir un debate/reflexión y ser un punto de partida hacia cambios que propicien el avance, el dinamismo y la innovación necesarios en la AP del siglo XXI. Es muy recomendable su lectura

<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/volumen-26/numero-supl1>

### Los recortes y las últimas instrucciones de RRHH del SES

Los recortes son ya una realidad en la AP extremeña. No me parece válido que amparándose en la crisis económica se emitan circulares desde los servicios de Recursos Humanos (RRHH) -por cierto, los recursos más importantes y valiosos del SNS- recortando o mermando el disfrute de derechos de los trabajadores conseguidos tras una larga lucha, como son las libranzas de guardia u otros, tan importantes para una sanidad de calidad, como la formación continuada.

No es de recibo que en una circular se pueda atentar contra derechos como las vacaciones reglamentarias. De un plumazo quedan resueltos los salientes de guardia de los médicos, desautorizando las suplencias y acumulando al resto del equipo. Preocupa leer en esta circular de RRHH:

- Que no se sustituya al médico ausente en caso de “*absentismo por traslado de domicilio, consulta médica, enfermedad o fallecimiento de familiares, liberación sindical y deberes inexcusables, excepto en CS y consultorios de una única UBA*”.
- La no sustitución en caso de baja por enfermedad hasta un 20% de absentismo en el EAP -*en mi centro puede corresponder a 3 médicos/pediatras*-.
- Permanecer sin médico entre 7 y 15 días por baja de larga duración del titular, sustituido por el equipo -que ya está saturado con cupos también de 1.800 personas-, hasta un 20 y 35% de absentismo del equipo. Es decir,

en mi equipo si nos ponemos enfermos -y ya tenemos unas edades propicias a ello- entre 3 y 5 médicos/pediatras el resto (entre 12 y 8) tienen que acumular las demás demandas de consulta, se entiende que sin menoscabo de la asistencia sanitaria y, por supuesto, sin entrar a considerar para nada las necesidades asistenciales, que en estos casos ni se nombran.

Por otro lado, no parece de recibo pretender ahora que todo el personal de EAP sustituyamos al personal médico de Atención Continuada, a los que se les niega la

*Este informe técnico debería abrir un debate/reflexión y ser un punto de partida hacia cambios que propicien el avance.*

suplencia por ausencia reglamentaria debida a “*permisos, licencias y /o incapacidad temporal*”, cuando esta pretensión ya creó bastantes problemas laborales y legales hace tiempo. Señalar la tibieza con que, para otras cosas más importantes, se considera que estos compañeros no son miembros del EAP. Por ejemplo, me refiero a lo ocurrido recientemente en unas votaciones a Coordinador Médico del EAP de Castuera, donde se han anulado los resultados de la votación, argumentando que “*habían votado los miembros de Atención Continuada*” y que éstos “*pertenecen a Unidades de Apoyo y no son miembros del EAP*”.

Por último, recordar que tenemos bastantes compañeros con contratos precarios y en paro a los que esta circular pone su futuro laboral bastante negro, cuando no olvidemos que son el futuro del SES. Busquemos su fidelidad haciéndolos partícipes del sistema, con contratos de trabajo que contribuyan a mantener la calidad de la sanidad extremeña, bastante mermada con la nuevas instrucciones establecidas desde RRHH para el año en curso. ■

# Colegiación (Diciembre 2011 - Febrero 2012)

## ALTAS DICIEMBRE 2011

GIRALDO VÉLEZ JULIANA | 06/06/06568  
 BOLAÑO PIÑA ALEJANDRO | 06/11/08964  
 CAMACHO SOLANO DENNIS M. | 06/06/06569  
 CAÑADA GALLEGO CARMEN | 06/06/06570  
 MARTÍNEZ ZAMORA ALFREDO | 06/06/05316  
 MORCILLO ASTILLERO MIGUEL A. | 06/06/05007

## BAJAS DICIEMBRE 2011

TORRES TORRES MARÍA • TRASLADO A PORTUGAL  
 CANO LLITERAS PILAR • CESE EJERCICIO  
 FERRO FRANCESCO • CESE EJERCICIO  
 GARCÍA GÓMEZ-CORONADO CONSUELO • NO EJERCER PROFESIÓN  
 ANGELONI MARIO HENRIQUE • TRASLADO A PORTUGAL  
 MASEGOSA ORTEGO MIGUEL A. • CESE EJERCICIO  
 RIVERA MERCADO ÁNGELA V. • TRASLADO A ALMERÍA



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

## ALTAS ENERO 2012

GÓMEZ BRIZUELA GAUDY M. | 06/40/02969  
 MANZANARES VIECO BEATRÍZ | 06/28/57093  
 URQUIOLA MARTÍNEZ DE L. MARGARITA | 06/06/05274  
 GALÁN JIMÉNEZ JESÚS F. | 06/06/06571  
 GUTIÉRREZ MÉNDEZ JOSÉ LUIS | 06/10/02904  
 DOMÍNGUEZ TRISTANCHO DANIEL | 06/06/00961

## BAJAS ENERO 2012

GONZÁLEZ CRUZ MANUEL ALBERTO • TRASLADO A MÁLAGA  
 GUELVENZU DEL GUERCIO RUBÉN GERARDO • TRASLADO A SEVILLA  
 MARTÍNEZ MARTÍNEZ CÉSAR RAFAEL • TRASLADO A PAMPLONA  
 ARBIZU CRESPO LEANDRO • TRASLADO AL EXTRANJERO  
 CABALLERO PAREJO JOSÉ CARLOS • TRASLADO AL EXTRANJERO  
 VILLALOBOS PÉREZ GABRIEL JOAQUÍN • TRASLADO A SU PAÍS  
 ZAMBRANO CASTAÑO DAVID • TRASLADO A CÁCERES

## FALLECIMIENTOS ENERO 2012

PLAZA MORENO MANUEL  
 PALOMO DE O. GUTIÉRREZ CAROLINA

## ALTAS FEBRERO 2012

MALCA BALCÁZAR HEBERT H. | 06/06/06572  
 GONZÁLEZ LÓPEZ CARMEN | 06/41/15331  
 HERNÁNDEZ AMATE ALICIA | 06/18/09814

## BAJAS FEBRERO 2012

RODRÍGUEZ SAAVEDRA CAROLINA • TRASLADO A VALLADOLID  
 ROMERO GARCÍA ANA • TRASLADO A SEVILLA  
 LIMA DE QUEIROZ ANA PAULA • CESE EJERCICIO  
 MARCHESI M<sup>a</sup> TERESA • TRASLADO A MÁLAGA

Para estar en contacto permanente con tu Colegio,  
 envíanos tu dirección email a [info@colegiomedicobadajoz.org](mailto:info@colegiomedicobadajoz.org)

SÍGUENOS TAMBIÉN EN



Indugrafic, no solo papel...

INNOVA CON **INDUGRAFIC** ARTES GRAFICAS



e-books



impresión/grabación  
 CD/DVD



videos



pendrive



webs

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

[www.indugrafic.com](http://www.indugrafic.com)





# 4,5%\*

## de interés técnico anual garantizado



MutualMédica

De médico a médico

### CON EL MUTUALISMO TODOS GANAMOS

Mutual Médica se ha consolidado como referente de los médicos en su previsión social. Ahora también en la de sus familiares y compañeros de profesión, por eso ofrecemos el SEGURO DE JUBILACIÓN COMPROMISO, para que todos se beneficien de pertenecer a la mutualidad de previsión social de los médicos. Disfrute ahora:

- Un 4,5% de interés técnico garantizado\* el primer año y un 2,5% a partir del segundo año hasta su jubilación.
- Aumento del capital garantizado por la participación anual en beneficios a partir del segundo año.
- Posibilidad de cobrar en forma de capital o renta, creciente anualmente.

Y además con una desgravación fiscal de hasta el 100% en el IRPF

\*Interés técnico garantizado el primer año, sin participación en beneficios y hasta agotar la emisión.

## Actividades Colegiales Destacadas

### XIII JORNADAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES EN EXTREMADURA



D. Ramón López Tercero Presidente de ACCU, nuestro presidente Dr. Hidalgo y el Dr. Eduardo Laguna, Director General de asistencia Sanitaria del SES.

El pasado 17 de diciembre de 2011 en el salón de actos de la sede central del icomBA se celebró las XIII Jornadas de Enfermedades Inflammatorias Intestinales en Extremadura organizada por ACCU Extremadura.

### ENTREGA DE LOS PREMIOS DEL CONCURSO DE TARJETAS DE NAVIDAD 2011



El presidente del icomBa hace entrega de los premios a los niños Rafael Gil Castelao (1º) y Alberto Vázquez Campillejo (2º).

El día 29 de diciembre coincidiendo con la Asamblea General de colegiados se procedió a la entrega de los premios del concurso de Tarjetas de Navidad 2011.

El primer premio fue para la tarjeta titulada "Luz de Navidad" presentada por el niño Rafael Gil Castelao (9 años) hijo de la Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Castelao Caldera (Colegiada n<sup>o</sup>: 06/06/05277).

El segundo premio fue para la tarjeta titulada "Navidad para todos" presentada por el niño Alberto Vázquez Campillejo (5 años), hijo del Dr. Fernando Vázquez Fuentes (Colegiado n<sup>o</sup>: 06/06/05588).

El tercer premio fue para la niña Claudia Morales Martínez (5 años) hija de la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Martínez Rey (colegiada 06/06/04910) por la tarjeta titulada "Esperando a los Reyes".

### FIESTA DE LOS REYES MAGOS



SS.MM. los Reyes Magos con miembros de la Junta Directiva y funcionarios del IcomBa que participaron en la organización de la fiesta.

El día 4 de Enero en el Palacio de Congresos "Manuel Rojas" de Badajoz se realizó la tradicional fiesta de Reyes Magos para los hijos y nietos de nuestros colegiados. Con un gran éxito de participación (más de 300 niños) y arropados por sus familiares, SS.MM de oriente les entregaron unos obsequios que hicieron las delicias de todos ellos. La jornada completó la actuación de "Emilio el mago" que una vez más supo entretener a pequeños y mayores, completando una jornada inolvidable para todos.



Llegada de los reyes al Palacio de Congresos.



Aspecto del Palacio de Congresos abarrotado de niños con sus padres y familiares.

### JORNADAS JUBILACIÓN Y PENSIÓN DEL MÉDICO



Mesa presidencial del evento de izquierda a derecha el Dr. Rioja, La Dra. Hidalgo, el presidente del IcomBa Dr. Hidalgo, Dr. Cordero, Dr. Matas y la Dra. González.

El 27 de febrero, con gran éxito de público, celebramos en el Salón de Actos de nuestro colegio unas jornadas sobre Jubilación y Pensión del Médico. Moderó la jornada D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Jesús Hidalgo Valverde, Vicepresidenta de la CEMS. La Dra. D<sup>a</sup>. Carmen González Uceda, Médico de Familia en Málaga habló sobre "Peculiaridades del médico como trabajador del SNS". Posteriormente el Dr. D. Vicente Matas Aguilera del Centro de Estudios SIMEG habló sobre "Cotizaciones en el Régimen General de la Seguridad Social".



Presidencia del acto de toma de posesión del Consejo de Colegios Médicos Profesionales de Extremadura: Dr. Evelio Torres secretario del COMECA, Dr. Pedro Hidalgo, presidente del IcomBa, D<sup>a</sup> Consuelo Rodríguez, Vicepresidenta 1<sup>a</sup> de la Asamblea de Extremadura, Dra. Jerónima Sayagués, consejera de Sanidad, Carlos Arjona, presidente del COMECA y Dr. Alberto Becerra, Secretario del IcomBa.

El 25 de Enero, en la Asamblea de Extremadura, se celebró el acto de toma de posesión del Consejo de Colegios Médicos Profesionales de Extremadura. Presidido por la Vicepresidenta 1<sup>a</sup> de la Asamblea, D<sup>ña</sup>. Consuelo Rodríguez Píriz y con la presencia de la Consejera de Salud y Política Social, D<sup>ña</sup>. Jerónima Sayagués, prestó juramento la junta directiva entrante, presidida por D. Pedro Hidalgo Fernández que recibió el testigo del anterior presidente D. Carlos Arjona Mateos. Le acompañaron el vicepresidente D. Leopoldo Gil Correa y el secretario D. José Alberto Becerra. El acto contó con la presencia de la práctica totalidad de los representantes de la sanidad extremeña, encabezados por el gerente del SES D. Albino Navarro y números miembros directivos del SES, autoridades de la Sanidad Militar, presidentes de los Colegios de Farmacéuticos, Veterinarios, Enfermería, Fisioterapeutas, Podólogos... Tras el acto de toma de posesión se cerró el evento con un café en el Hotel Mérida Palace.



Vista de los asistentes al acto con los representantes de los partidos políticos de la Asamblea de Extremadura en primer plano.



Juramento del cargo de Presidente del CCPMEX Dr. Hidalgo Fernández en presencia del presidente saliente (Dr. Arjona) y la Consejera de Sanidad (Dra. Sayagués)

FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN CON EL COLEGIO DE DE LICENCIADOS EN EDUCACIÓN FÍSICA DE EXTREMADURA



Presidente del Colegio de Licenciados de Educación Física de Extremadura, D. Juan María Montero Domínguez; Vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Badajoz, Dr. D. Leopoldo Gil Correa; Vicepresidente del Colegio de Licenciados en Educación Física de Extremadura, D. Domingo López Redondo.

El pasado día 11 de Febrero, en los salones del HOTEL AC BADAJOZ, tuvo lugar la firma de un convenio entre el Colegio Oficial de Médicos de Badajoz y el Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física de Extremadura.

Por parte del Colegio de Médicos de Badajoz, asistió a la firma por orden, el Vicepresidente Primero, Dr. D. Leopoldo Gil Correa, así como el Presidente D. Juan María Montero Domínguez y el Vicepresidente D. Domingo López Redondo por parte del Colegio de Licenciados en Educación Física.

Ambos colectivos, manifiestan el interés por desarrollar actuaciones conjuntas conducentes al cuidado y fomento de la Salud dentro de la población extremeña, así como la administración actividad física de calidad por parte de los profesionales que la imparten.

PRESENTACIÓN DEL LIBRO "PRETÉRITO MÁS IMPERFECTO"



El Dr. Crisóstomo con D. Miguel Celadrán, alcalde de Badajoz y nuestro secretario el Dr. Becerra.



Mesa presidencial del acto.



El Dr. Crisóstomo.



El Alcalde D. Miguel Celadrán con el Dr. Hidalgo y su hija Laura Hidalgo.

El viernes día 10 de febrero de 2012 en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz se realizó el acto de presentación del libro del Dr. D. Ricardo Crisóstomo Pizarro titulado "Pretérito más imperfecto". Con la presencia del alcalde de Badajoz, D. Miguel Celadrán Matute, del presidente del IcomBa Dr. Hidalgo, el vicepresidente 2<sup>o</sup> del IcomBa Dr. Bas Santacruz y el Dr. Ordás, el dr. Crisóstomo hizo una brillante presentación de su libro. El acto se cerró con un vino de honor en el propio hall del salón de actos.

## Actividades Colegiales Destacadas

### COLOQUIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE ZAFRA 2012



Dr. Hidalgo, Dr. García Sancho, Dña. Gloria Pons (alcaldesa de Zafra), Dr. Fernández Perianes (Consejero de Sanidad), Dra. Boraita y el Dr. Becerra.



El consejero de Sanidad con el presidente y el secretario del IcomBa.



Los Doctores García Sancho y Boraita, protagonistas este año de los Coloquios Médico-Quirúrgicos de Zafra.

Con la presencia de más de 125 asistentes, el sábado 25 de febrero se celebró en el Hotel Huerta Honda de Zafra la XXXIIIª edición de los Coloquios Médico-Quirúrgicos. Presidió el acto inaugural el Consejero de Salud y Política Social, D. Francisco Javier Fernández Perianes. Tras el acto inaugural se desarrollaron dos ponencias de gran interés para todos. La Dra. Araceli Boraita Pérez (Jefe de Servicio de Cardiología del Centro de Medicina Deportiva Consejo Superior de Deportes de Madrid) habló de "Ejercicio y deporte, piedra angular en la prevención cardiovascular". Posteriormente el Dr. Luis García-Sancho Martín (Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. Sillón nº 21. Cirugía General) disertó sobre "Logro de un reto: el Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina". El acto se cerró con un vino español en las mismas instalaciones hoteleras.

### XII CONGRESO NACIONAL DE NEURORAQUIS



Mesa inaugural del Congreso con el Dr. Otero Vich (presidente de la Sociedad de NeuroRaquis), el Dr. Cabezudo Artero (Jefe de neurocirugía del HIC), D. Miguel Celdrán Matute (alcalde de Badajoz), Dr. Laguna Álvarez (Director general de asistencia Sanitaria del SES) y nuestro presidente Dr. Hidalgo.

Los días 8 y 9 de marzo se ha celebrado en Badajoz el XII congreso nacional de Neurotrauma. Durante estas jornadas se han debatido todo tipo de ponencias sobre la patología de la columna vertebral y su tratamiento quirúrgico, centrándose en los últimos avances sobre patología oncológica vertebral y los traumatismos raquímedulares.

### CLAUSURA DEL CICLO DE CONFERENCIAS DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA



El Dr. Hidalgo junto al Dr. Muñoz Sanz y el Dr. López Vega, protagonistas de las conferencias dedicadas a "El Doctor Don Gregorio Marañón, médico e intelectual".

Con motivo del XXV Aniversario de la Unidad de Patología Infecciosa del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz, se han celebrado una serie de conferencias sobre patología infecciosa entre diciembre de 2011 y marzo de 2012. El viernes día 16 de marzo se celebró en el Salón de Actos nuestro Colegio la conferencia de clausura de este ciclo de conferencias con la dedicada a: "El Doctor Don Gregorio Marañón, médico e intelectual". Impartió la primera ponencia el Prof. Dr. D. Antonio López Vega, Profesor de Historia Contemporánea de la Universidad Complutense de Madrid sobre: "Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal". Cerró el ciclo el Prof. Dr. Agustín Muñoz Sanz, Jefe de la Unidad de Patología Infecciosa del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, con la ponencia "Marañón, pionero de la Patología Infecciosa".

### CELEBRACIÓN DEL 25 ANIVERSARIO DE LA IX PROMOCIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA (1981/87)



Asistentes a la celebración posando ante la fachada de la Facultad en el mismo lugar que 25 años antes.

En la mañana del día 17 de marzo se celebró en la Facultad de Medicina un acto institucional para conmemorar el 25 aniversario de la finalización de los estudios de la IX promoción de la Facultad de Medicina de Badajoz. En el mismo día la bienvenida a los asistentes el Decano de la Facultad, Dr. Bureo. A continuación el Dr. Vinagre y el Dr. Vaz deleitaron con sendas conferencias llenas de recuerdos y momentos divertidos vividos en aquella época. El Dr. Fernández de Alarcón puso la nota histórica con un puñado de fotos y recortes de prensa sobre la IX promoción y aquellos años vividos en la Facultad. Cerró el acto el presidente del IcomBa, Dr. Hidalgo. A continuación se celebró un almuerzo en un conocido hotel de Badajoz, animado por la Tuna de Medicina de Badajoz.

### I JORNADAS MÉDICO-LEGALES DEONTOLÓGICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS



El Dr. Becerra durante su intervención en las jornadas.

Los días 16 y 17 de marzo se han celebrado en la ciudad de Cuenca estas jornadas organizadas por el Colegio de Médicos de Cuenca y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Participó en representación de nuestro colegio el secretario Dr. Becerra y el Dr. Casado, presidente de nuestra Comisión Deontológica.

# II CERTAMEN icomBA de CASOS CLÍNICOS PARA MÉDICOS RESIDENTES



**II CERTAMEN CASOS CLÍNICOS DEL icomBA**

- Dirigido a Médicos Residentes colegiados en el icomBA.
- **Plazo de presentación:** 16 de abril de 2012
- Consultar las bases en: [www.combadajoz.com](http://www.combadajoz.com)
- Los **25 mejores** casos se publicarán en un libro editado por el icomBA.
- Los **10 casos** finalistas se exhibirán en una jornada a celebrar el 31 de mayo de 2012.
- **Premios:**
  - 1º premio: 1.500 euros.
  - 2º premio: 1.000 euros.
  - 3º premio: 600 euros.
- A los autores principales de los diez casos finalistas, estancia gratuita de 10 días en los apartamentos colegiales de Valdelagrana (Cádiz) o en La Antilla (Huelva) a disfrutar antes del 15 de marzo de 2013, fuera del periodo estival.
- Los premios se entregarán el Día de la Profesión Médica, el 8 de junio de 2012.



El Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz (icomBA) convoca el **II Certamen icomBA de Casos Clínicos para Médicos Residentes**. Presentamos a los médicos en formación una herramienta de actualización basada en los elementos docentes que pueden extraerse de la práctica diaria.

Entre todos los casos clínicos presentados y aceptados se seleccionarán los **diez mejores** por el Comité Científico designado por la Junta Directiva del icomBA como jurado. Estos casos clínicos seleccionados se exhibirán en el Salón de Actos en una sesión de la que se elegirán los **tres premiados**, los cuales se darán a conocer y se entregarán en el Día de la Profesión Médica del 8 de junio de 2012.

Los premios estarán dotados con:

- **Primer premio:** 1.500 euros.
- **Segundo premio:** 1.000 euros.
- **Tercer premio:** 600 euros.

Además de la cuantía económica, sometida a las retenciones correspondientes, se premia a cada autor principal de los diez casos finalistas con una **estancia gratuita de diez días en los apartamentos colegiales** en la playa de Valdelagrana (Cádiz) o en playa de La Antilla (Huelva) en periodo no estival, a disfrutar antes de 15 de marzo de 2013.

De entre todos los casos clínicos presentados en este certamen, se seleccionarán los **veinticinco mejores** para su publicación en un libro editado para tal fin por el icomBA.

## BASES DE PRESENTACIÓN DE CASOS CLINICOS

1. La presentación de un caso clínico implica la aceptación íntegra de las presentes ba-

- ses y el consentimiento expreso de **cesión de sus derechos** de reproducción, publicación y distribución por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz (icomBA)
2. Podrán participar en este certamen todos los médicos internos residentes de la provincia de Badajoz que estén **colegiados** en este icomBA y ser médicos en formación MIR a la fecha de finalización del plazo de entrega de los casos clínicos.
  3. El número de médicos firmantes por cada caso clínico presentado no será superior a **cuatro autores**, considerando al primer firmante como autor principal. Todos ellos deben estar colegiados.
  4. Cada autor principal podrá enviar un único caso clínico.
  5. Se aceptarán aquellos trabajos que expongan contenidos de interés de la especialidad de los autores del caso.
  6. El autor principal garantiza que el caso es **original**, en el sentido de que no haya sido publicado previamente y que se adapte a las siguientes normas editoriales:

## NORMAS EDITORIALES

- 6.1. Los casos clínicos constarán de los siguientes **APARTADOS**:
  - ✓ PORTADA (página 1):
    - Título del caso clínico (insertar como pie de página en todas las páginas)
    - Autor principal (nombre, especialidad y datos de contacto: teléfono, email, centro de trabajo) y otros autores (nombres, especialidad y centros de trabajo), hasta un máximo de cuatro.
    - Resumen Del Caso. Palabras Clave
  - ✓ Anamnesis
  - ✓ Exploración Física
  - ✓ Pruebas Complementarias
  - ✓ Diagnóstico
  - ✓ Tratamiento y Evolución
  - ✓ Discusión
- 6.2. La **extensión máxima** del texto será de **4 páginas DIN-A4**, usando tipografía Times New Roman con tamaño 12, interlineado sencillo, páginas numeradas. Se admitirán un máximo de 3 figuras y 2 tablas, con buena calidad para su publicación. Las tablas y figuras deberán estar numeradas y tener título o pie de figura.
- 6.3. En los artículos se incluirá un **resumen** que será de un máximo de 150 palabras y al menos tres palabras clave obtenidas de Medline (*disponible en* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>)
- 6.4. Se citarán hasta un máximo de **seis referencias bibliográficas** (*normas de Vancouver 2008*) que aparecerán en el texto con número correlativos, entre paréntesis y estarán recogidas al final del texto por orden de aparición en el mismo

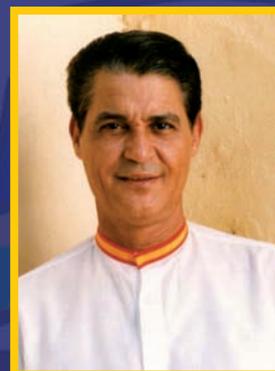
- 6.5. En el caso de que se presenten imágenes de pacientes que puedan ser identificables, los autores deberán adjuntar obligatoriamente un consentimiento firmado por el paciente o tutor legal. No obstante, se debe omitir toda referencia a datos personales identificativos de los pacientes.
- 6.6. Respecto a los tratamientos farmacológicos, se debe indicar principios activos y no marcas comerciales
7. Este Comité Científico lo componen cuatro médicos colegiados designados para tal fin por la Junta Directiva del icomBA, actuando como Presidente y con voto de calidad quien sea nombrado por esta misma Directiva.
8. Para la valoración de los artículos por parte del mencionado Comité se tendrán en cuenta los siguientes criterios:
  - Interés didáctico-formativo para el médico residente
  - Calidad científico-técnica
  - Aportaciones originales o novedosas
  - Presentación
9. Los casos clínicos se pueden presentar dentro del plazo aprobado: a) por envío **email** al correo electrónico del icomBA: [info@colegiomedicobadajoz.org](mailto:info@colegiomedicobadajoz.org), poniendo en asunto: Certamen de Casos Clínicos; b) por **correo postal** a la dirección: Colegio de Médicos de Badajoz Av. Colón nº 21 06010 BADAJOZ, poniendo en el sobre "Certamen de Casos Clínicos" o c) **en físico** directamente en la sede, en sobre cerrado con doble plica. En todos los casos se le dará un número de registro de entrada como garantía de su recepción.
10. La fecha límite de recepción de los casos será el **16 de abril de 2012**, a las 15 horas.
11. Los comunicados de los diez casos seleccionados para la exposición se realizará con la suficiente antelación a los autores principales y a través de [www.combadajoz.com](http://www.combadajoz.com)
12. El Comité Científico seleccionará y decidirá, tras su exposición pública en el Salón de Actos del icomBA a celebrar el **jueves 31 de mayo de 2012**, los tres casos premiados de entre los diez finalistas. El ponente dispondrá de un tiempo de diez minutos, contestando alguna posible pregunta de los presentes. Se tendrá en cuenta la valoración que hagan los colegiados asistentes a tal jornada para la concesión de los premios, colegiados asistentes que darán su puntuación personal a los ponentes.
13. La entrega de los tres premios a los autores premiados se hará dentro de los actos del Día de Profesión Médica, el **viernes 8 de junio de 2012**.
14. La organización se reserva la posibilidad de introducir algún cambio en estas bases por motivos justificados.

# DÍA DE LA PROFESIÓN MÉDICA 2012

VIERNES 8 de junio de 2012, 19:00 horas  
TEATRO LÓPEZ DE AYALA

## AVANCE DEL PROGRAMA DE ACTOS

- Apertura. Himnos de España y de Extremadura
- Discursos Instucionales:
  - Dr. D. Pedro Hidalgo Fernández**  
*Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz*
  - Dr. D. Juan Jose Rodríguez Sendín**  
*Presidente del Consejo General de Colegio de Médicos de España (CGCOM)*
  - Dr. D. Francisco Javier Fernández Perianes**  
*Consejero de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura*
- Entrega de Medallas a los galardonados 2012  
Medalla de Oro del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz:
  - Dr. D. Juan José Rodríguez Sendín**  
*Presidente del CGCOM*Medalla al Mérito Colegial del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
  - Dr. D. José Antonio Fernández Lázaro**  
*Exsecretario del icomBA. Médico Cirujano*
- Entrega de insignias de oro del icomBA a los colegiados honoríficos
- Entrega de insignia de plata del icomBA a los nuevos colegiados
- Distinción a la mejor calificación MIR de los alumnos de la Escuela mirAR.
- Lectura del Fallo del II Certamen de Casos Clínicos del icomBA.  
Entrega de premios a los tres autores finalistas
- Conferencia del divulgador científico  
**Dr. D. Bartolomé Beltrán:** "En buenas manos"
- Actuación del prestigioso pianista  
**Felipe Campuzano**
- Buffet amenizado con Orquesta en la Terraza del Teatro





Por el Dr. Bartolomé Beltrán

## EL ALMA DE LOS MÉDICOS

*(Dedicado a mi amigo el doctor Pedro Hidalgo)*

*A* cudo con fervor, e ilusiones renovadas a estas páginas colegiales ante la petición de mi gran amigo el doctor Pedro Hidalgo. El insigne presidente del Ilustre Colegio de Badajoz y yo no hemos tenido tiempo en el devenir de nuestra historia particular de compartir momentos emocionales en esta "tierra de los extremos". En la primera ocasión porque la trepidancia de quienes confundimos en alguna ocasión lo importante con lo urgente y en otras porque, en efecto, esta tierra pertenece al territorio de los extremos, nuestra Extremadura, y claro está, se encuentra más allá de las Castillas lo que te obliga a pasar por el realismo de la distancia cosa que se olvida en cuanto uno permanece algo de tiempo en esta parte del solar patrio pues en ese caso cuesta también abandonarla.

Esta vez, a la tercera va la vencida y en consecuencia pido disculpas públicas a la vez que ruego presten atención para que el día de la Profesión Médica podamos concelebrar todo aquello que nos une y erradicar para siempre las distancias terrenales cosa fácil puesto que las del alma no existen entre don Pedro y el que suscribe, asunto fácil de entender, conociéndonos a ambos.

Soñamos porque el alma no conoce el reposo, y lo hacemos así los médicos porque eso ocurre en nuestra profesión cuando se vive como corresponde a alguien entregado siempre en la búsqueda de la solución, en el engranaje íntimo del juicio clínico y en las inquietudes y temores que nos asaltan cuando no conseguimos dictaminar el diagnóstico certero y la terapéutica adecuada. Gran dilema de nuestra vida que persigue siempre encontrar el camino de la curación en la que el paciente nos ve con esperanza y nosotros no debemos caer ni en la angustia ni en la desesperación.

Hoy los pacientes son inteligentes porque saben más y están mejor informados y eso nos debe llevar a nosotros juntos a la perseverancia, la solidaridad y la capacidad de estar unidos para conseguir el reto diario de nuestra vida. Así que no hagamos un drama de algo tan sublime como ser médico, porque no hay nada más grande que vivir en esa responsabilidad, en ese egoísmo como proyecto personal y en el altruismo de hacer siempre algo por los demás.

Así pues, espero querido doctor Pedro Hidalgo estar a la altura del bien que me ofreces tú y el Colegio que representas. Porque al verte yo no dudaría que estoy ante un médico. El día de la Profesión espero que todos tus colegiados vean lo mismo en mi persona. Seguro.



## Francisco Javier Fernández Perianes, Consejero de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura

El Presidente del icomBA, Pedro Hidalgo, con el Consejero de Salud, Perianes, y el Director Gerente del SES, Albino Navarro, en una reciente reunión de trabajo.

**F**rancisco Javier Fernández Perianes nació en Gerona, aunque reside en Extremadura desde los 17 años. El actual consejero de Salud y Política Social es Licenciado y Doctor *Cum Laudem* en Medicina y Cirugía por la Universidad de Extremadura (1984) y especialista en Oftalmología y Patología Mamaria por la Universidad de Barcelona. Ha realizado máster en Gestión Sanitaria, en la Universidad Autónoma de Madrid, donde también realizó máster en Documentación Clínica. Asimismo, obtuvo máster en Senología, en la Universidad de Barcelona; en Dirección de Centros Sociosanitarios, y en Riesgos Laborales, ambos en la Universidad de Extremadura.

Tiene las diplomaturas de Salud Pública, por la Universidad de Canarias, y de Radiología, por la Universidad de Murcia, también es diplomado en la Escuela Europea de Alta Di-

*“En el marco del Consejo Interterritorial del SNS, Extremadura está siendo una firme defensora de las medidas de cohesión”.*

rección Hospitalaria. Ha sido profesor de Trabajo Social, Salud Pública, Legislación Sanitaria y Toxicología en el Centro Cultural Santa Ana de la Universidad de Extremadura.

Ha ocupado diferentes puestos de responsabilidad en el ámbito sanitario, siendo director-gerente de Insalud-Atención Primaria en Badajoz, en el año 1998, y subdirector del Hospital de Mérida en 1997. También ocupó el puesto de jefe de Servicio de Admisión en los años 1996 y 2001, y coordinador médico de Equipo de Atención Primaria de 1992 a 1996. Ha sido médico de Sanidad Militar con destinos en el Hospital Militar de Badajoz y en el Hospital Central de la Defensa de Madrid.

En el sector privado pone en marcha la *Clínica Dr. Fdez. Perianes*, y ha trabajado en el centro médico *Clideba-Capio* en Badajoz.

Fue alcalde de Almendralejo de 1999 a 2000 y diputado provincial del PP de Badajoz de 1999 a 2003. En el año 2003 fue candidato al Senado por Badajoz. También ha sido vicepresidente provincial del PP de Badajoz y presidente local del partido en Almendralejo. En la actualidad es responsable del Comité Ejecutivo de Política Social y Sanitaria del PP de Extremadura.

**Nacido en Cataluña, pero extremeño de adopción desde su juventud ¿Qué es lo que más le enorgullece de nuestra tierra?**

El nacer en Cataluña o en Extremadura, nunca fue una decisión personal, mi vida se ha desarrollado en esta tierra extremeña que es la de mis padres y mi familia, me siento orgulloso de ella porque aquí trabajo, han nacido mis hijos, he formado mi familia y, por supuesto, no reniego a mi nacimiento en otra parte de España.

**Son frecuentes los casos destacados de médicos que hacen carrera política en nuestro país y en nuestra comunidad. ¿Acaso estudiar Medicina ayuda al ejercicio de la Política?**

Estudiar medicina, como especializarse en otros estudios o profesiones, se hace por vocación. Yo estudié y he ejercido la medicina por vocación. Además el estar en polí-

*“Tenemos que rediseñar fórmulas que garanticen la sostenibilidad y universalidad del sistema”.*

tica no es una cuestión que dependa exclusivamente de las preferencias de uno mismo, sino que requiere de la confianza que otros depositen en ti.

No obstante, los responsables públicos de nuestra región y los del resto de España responden a un perfil multidisciplinar, encontrando profesionales de áreas muy diversas.

**¿Qué papel juega Extremadura y su Consejero de Salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS)? En este contexto, medidas pioneras como las decididas por el gobierno catalán de nuevas tasas sanitarias ¿Rompen la cohesión de este SNS?**

En el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), Extre-

madura está siendo una firme defensora de las medidas de cohesión que garanticen la permanencia de la sanidad pública, procurando la mayor equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos españoles, independientemente de la región donde residan.

La cooperación mixta entre la Medicina pública y la Medicina privada, como se está potenciando en otras comunidades autónomas ¿Es una fórmula estratégica interesante para Extremadura en la actual coyuntura?

*“Las compras centralizadas representan un ahorro muy importante en el gasto sanitario”.*

*“En el primer trimestre de 2012 la prescripción por principio activo ascendió a un 70%, duplicando las cifras del año anterior”.*

*“Somos consciente de que el problema de la hiperfrecuentación no ha contado nunca con una atención suficiente, por lo que trabajamos en medidas de mejora”.*

Nuestros esfuerzos deben centrarse en garantizar la mejor calidad asistencial a todos los ciudadanos. Para conseguir este objetivo tenemos que rediseñar fórmulas que garanticen la sostenibilidad y universalidad del sistema. Es por ello que, entre todos, debemos explorar las medidas más eficientes con la que logremos estos objetivos.

Un 22% de los españoles tiene contratado un seguro de salud privado ¿Recomendaría a los extremeños contratar un seguro de salud privado? ¿Estarían dispuestos en su gobierno a aplicar incentivos fiscales para las mismas?

Como consejero de Salud y Política Social, mi responsabilidad es la de garantizar la asistencia sanitaria pública, universal y de calidad a todos los extremeños.

Rechaza hablar de “recortes” y prefiere hablar de “reajustes”, los cuales anuncian que deben venir en buena parte del control del gasto. Después de la reducción de altos cargos acometida en el gobierno autonómico sanitario, con la fusión de Área de Salud ¿Qué medidas concretas de ajustes puede adelantarnos?

La racionalidad del gasto, la eficiencia en la gestión y la austeridad, son los pilares básicos sobre los que se sustenta la acción del Gobierno regional y la de mi departamento en particular. Sobre estos pilares elaboramos medidas y herramientas para hacer realidad la premisa de nuestro Presidente: “hacer más con menos”.

Un ejemplo de esto son las compras centralizadas. Este mecanismo, novedoso en la

región, va a representar un ahorro muy importante en el gasto sanitario, estimado en un 10% por concurso, sin merma de la calidad a los ciudadanos.

Son periódicas las campañas de concienciación de consumo de medicamentos dirigidas a la población. ¿Son verdaderamente eficaces? ¿Se están estudiando otro tipo de medidas moderadoras del abuso en el consumo de los recursos por parte de los usuarios?

En mi comparecencia en el Parlamento Extremeño, avancé cifras y datos que evidencian la eficacia de éstas y otras medidas encaminadas a racionalizar el gasto farmacéutico. En el primer trimestre de 2012 la prescripción por principio activo ascendió a un 70%, duplicando las cifras del año anterior; del mismo modo, la gestión de la receta electrónica está siendo cada vez más eficaz, como también el programa de polimedcados.

La hiperfrecuentación de los pacientes extremeños es de las más elevadas del país, siendo un factor agravante de las listas de espera y lastre para la resoluntividad de la Atención Primaria y Hospitalaria. ¿Se va a mejorar esta masificación?



Los datos de frecuentación de los que disponemos, aun siendo elevados, no son los peores del país. No obstante, somos conscientes de que este problema no ha contado nunca con una atención suficiente, por lo que trabajamos en la definición de medidas encaminadas a mejorar estos datos.

El Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP) presentaba en fechas recientes a su antecesora en el cargo, un documento de Balance al Plan de Desburocratización del SES de las consultas. Los resultados daban un generalizado suspenso. Importante decepción resulta de las expectativas que la herramienta JARA había generado para la gestión clínica de las consultas, pese al alto coste invertido en ella. ¿Se va a revisar este tema para mejorar la eficacia en el trabajo de estos médicos? ¿Van a contar con la opinión de los profesionales que padecen estas deficiencias en su día a día para su mejora?

No creo que se pueda calificar de fracaso un plan que ha reducido las consultas administrativas (expedición de recetas para enfermos crónicos, certificados médicos y





otros asuntos burocráticos). La herramienta Jara ha aportado a la sanidad extremeña avances incuestionables. Es cierto que Jara es una herramienta mejorable. En este sentido, trabajamos en la fase III de mantenimiento, resolviendo problemas e incorpo-

*“Es cierto que JARA es una herramienta mejorable. Incorporamos mejoras con la colaboración de médicos en informáticos”.*

*“Defendemos la colegiación profesional universal, porque entendemos que es una garantía para el ciudadano”.*

rando mejoras, todo ello con la colaboración de un grupo de trabajo integrado por médicos e informáticos, profesionales del sistema sanitario extremeño y, por ende, buenos conocedores de las posibilidades y necesidades del mismo.

Ocupó el puesto de Coordinador Médico de un centro de salud de Atención Primaria durante varios años (1992-1996) ¿Opina que se debe actualizar y redefinir este puesto de res-

ponsabilidad para mejorar la gestión? ¿Y el de los tutores de docencia MIR?

Es absolutamente necesaria la existencia de un coordinador en los centros de salud, así como de los tutores de docencia para médicos internos residentes. Sin coordinación ni dirección es complicado que un barco llegue a buen puerto.

El registro de profesionales sanitarios es demandado por la sociedad y por los Colegios profesionales, como instituciones encargadas de esta misión garantista contra el fraude social, como marca la Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias (2003). ¿Qué noticias puede avanzarnos al respecto de esta medida tan importante para la planificación de los recursos sanitarios?

Defendemos la colegiación profesional universal, y como tal, trabajaremos para que haya una regulación estatal de la misma, y en su defecto, buscaremos fórmulas legales que permitan su aplicación en Extremadura, porque entendemos que es una garantía para el ciudadano.

El Director Gerente del SES reconocía públicamente, a finales del ejercicio del pasado año 2011, los altos índices en las listas de espera de atención especializada, causa principal de reclamaciones por parte de los usuarios del sistema sanitario público ¿Qué medidas tienen previstas poner o ha puesto ya en marcha para equilibrar esta circunstancia?

Desde que asumimos responsabilidades en materia sanitaria a nivel regional, estamos trabajando para tratar de paliar las listas de espera. En este sentido, hemos incrementado la actividad ordinaria en Atención Especializada, hemos procedido a la programación de tarde en aquellas especialidades y centros hospitalarios que así lo requieren, y se ha incrementado la actividad quirúrgica de manera adicional.

Asimismo, otra medida puesta en marcha ha sido la derivación de pacientes a clínicas privadas en estos mismos supuestos.

A muchos médicos con empleo precario (desempleados, eventuales) o interinos, les preocupa la estabilidad de su futuro laboral, con la oportunidad que les ofrecen los procesos selectivos convocados por el SES. ¿Qué calendario tienen previsto cumplir para los médicos? ¿Mantiene el compromiso de convocatoria bianual de concurso de traslados y OPE para todas las especialidades médicas?

A pesar de la complejidad de la Oferta Pública de Empleo (OPE) del Sistema Extremeño de Salud -cabe recordar que se han registrado cerca de 90.000 solicitudes-

*“Después de superar el actual bache, tendremos un sistema sanitario público más reforzado”.*

nuestro compromiso es el de mantener y acelerar, en la medida de nuestras posibilidades, el proceso. Nuestro propósito pasa por resolver la mitad de las categorías antes de final de año.

En esta institución oficial colegial creemos que nuestra labor de gobierno será sólida e independiente con una colegiación universal, punto incluido en el programa electoral de su partido. En algunas pocas comunidades autónomas donde también era voluntaria, sus nuevos gobiernos ya han dado los pasos para retomar la situación previa. En la gran mayoría del país se mantiene como un deber en el ejercicio médico. ¿Para cuándo una solución definitiva en Extremadura?

Como he comentado anteriormente, trabajaremos para promover la colegiación profesional universal, tanto a nivel nacional como regional.

¿Algún último mensaje para los médicos de nuestra provincia de Badajoz, lectores de nuestra revista?

Quiero aprovechar la oportunidad que se me brinda para trasladar un mensaje de esperanza. La situación económica nos obliga a buscar oportunidades de optimización, y entendemos que podemos mejorar en eficacia y eficiencia preservando la calidad, por lo que después de superar este bache, tendremos un sistema sanitario público más reforzado. ■

Muchas gracias por atender a este medio de comunicación del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz con todos sus médicos colegiados, entre los que tenemos el placer y el honor de contar con usted.



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

# Elegir formarse como especialista en Extremadura

*Tres cambios trascendentales y una cuestión pendiente*

**E**n este mes de Marzo, los médicos que finalizaron los estudios de grado en 2011, conocen su número de orden en la elección de plaza MIR y meditan la decisión que tomarán en Abril al elegir especialidad y hospital. Para acertar en la elección de especialidad sigue siendo válida la anónima recomendación "Conócete a ti mismo" inscrita hace milenios en la sede del oráculo de Delfos. Aristóteles también puede ayudarnos con su afirmación de que "las que determinan la felicidad son las actividades". A veces la actividad que se realiza en una determinada especialidad puede ser muy distinta del contenido teórico en el que se fundamenta. Por eso siempre aconsejo antes de tomar la decisión, acercarse al trabajo diario del oncólogo, el neurocirujano, el radiólogo o el médico de familia para saber si ese es realmente nuestro sitio.

La otra parte de la decisión es la referente al hospital o área de salud donde hacer la especialidad. En los últimos años se han producido tres cambios que han modificado la relación directa que existía entre el prestigio de un centro y su capacidad para formar buenos especialistas. El *primer cambio* se ha derivado del proceso de transferencias sanitarias. La planificación descentralizada ha hecho que los grandes centros que eran referencia para varios millones de habitantes en las patologías complejas, pierdan esa posición y ya sean excepcionales los problemas de salud que requieren para su resolución recurrir a centros de referencia nacionales. En los centros periféricos se atienden con garantías problemas complejos y los profesionales que se forman en ellos adquieren las habilidades necesarias para resolverlos.

El *segundo cambio* es el originado por la aceleración del proceso de innovación



tecnológica. Si hace unos años la calidad venía definida por la velocidad con que se incorporaban nuevos fármacos, nuevos procedimientos diagnósticos o nuevas técnicas quirúrgicas y nuestra comunidad presentaba un marcado retraso en este proceso, en la actualidad la eficiencia está definida por la incorporación de aquellas innovaciones que aporten ventajas reales sobre las existentes. Y estas innovaciones llegan simultáneamente a todas las comunidades.

*El desarrollo de la investigación clínica constituye un cambio cultural para el que era imprescindible que antes se produjeran los cambios estructurales de los últimos años. Ahora sí es posible, y es el reto al que se enfrentan las nuevas generaciones de residentes.*

El acceso a la información derivado de las bibliotecas virtuales ha supuesto el *tercer cambio* que nos ha acercado a los centros de referencia en los que antes se concentraban las mejores bibliotecas. Los médicos somos los principales usuarios de investigación. Tener la capacidad de analizar críticamente la can-

tidad de información que recibimos nos permite incorporar a nuestra práctica aquella que es realmente útil para nuestros pacientes.

La producción científica es nuestro *asunto pendiente*. La nueva realidad de la sociedad virtual permite la organización de la ciencia en campos de investigación específicos, estructurados en redes que interactúan a través de publicaciones, conferencias, seminarios y asociaciones académicas. Y en este aspecto es en el que mantenemos un retraso objetivo. Si los residentes que nos incorporamos hace más de 30 años hemos asistido al cambio asistencial y formativo que se ha apoyado en la simultaneidad de acceso a la innovación y la información, los residentes que ahora se incorporan pueden protagonizar el cuarto cambio que necesita nuestro sistema sanitario para situarse en el mismo plano que otras comunidades. El desarrollo de la investigación clínica constituye un cambio cultural para el que era imprescindible que antes se produjeran los cambios estructurales de los últimos años. Ahora sí es posible, y es el reto al que se enfrentan las nuevas generaciones de residentes. Participar en esa transformación puede ser para muchos un atractivo más que una desventaja. ■

**Dr. Mariano Casado Blanco**

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

## La ética médica de Agapito

**D**e sobra es conocido el refrán de “si quieres conocer a Agapito, dale un puestito” y claramente sabemos cuál es su significado. A buen seguro que muchos de los que lean estas letras estarán conmigo en **cómo cambian las personas y particularmente los médicos cuando acceden a posiciones de mayor poder**. Algunos se transforman totalmente y muestran comportamientos diametralmente opuestos, en lo que a valores se refiere, a los que tenían mientras el supuesto poder no les había sido otorgado y a veces parece como si el de “arriba” hubiera dejado de ser de los “nuestros”.

Esto puede servir de inicio para *plantear el tema de las “relaciones de los médicos entre sí, cuando uno de ellos ostenta un cargo de gestión”,* cuestión a la que se hace referencia en el actual Código de Deontología Médica, y concretamente en su artículo 42.1 recuerda a estos que “están obligados a promover el interés común de la profesión médica. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder” y además establece la obligación de mantener conductas tan conocidas como confraternidad, trato deferente, respeto, lealtad, defensa del colega.

Creo que se trata de algo interesante para aquellos que ejercen una gestión médica, con independencia del tipo y del ámbito que sea. **Por definición, todos los gestores médicos**, ya se trate de consejeros, directores, subdirectores, administradores, coordinadores, gerentes, jefes de servicio..., tienen poder y consecuentemente **han de tomar decisiones, que presentan importantes facetas que afectan al orden ético.**

La ética, como algún autor afirmó, sirve “para regular la convivencia y versa sobre lo bueno y lo malo, suele conjugar valores e intereses, y no se puede hablar de ética sin un claro sentido del yo, es decir, sin autoconciencia”. El ejercicio de una responsabilidad médica es una función eminentemente social que implica aspectos éticos muy estrechamente relacionados con la honestidad, transparencia, integridad y servicio.



Aunque muchos sostienen que a los médicos gestores hay que juzgarlos por los resultados, creo que resulta imposible o al menos muy difícil que haya buenos resultados si la acción que estos ejercen no está motivada por principios éticos.

El gestor médico que desempeña su actividad fundamentada en acaparar poder, para beneficiarse o para fines puramente

chas cuestiones, enlazadas con el mundo de los valores que, en nuestro entorno profesional, pueden actuar motivando o desmotivando.

Ante esta situación en muchas ocasiones me planteo varias dudas o cuestiones, de carácter ético, que incluyen tanto al propio médico “designado” o “nombrado” como al “superior o designador que otorga o concede el cargo”: ¿debe designarse/aceptarse o tomarse un puesto directivo en la responsabilidad médica si no se cuenta con la preparación idónea?, ¿resulta ético designar u ocupar un puesto jerárquico en los servicios médicos sin disponer de la preparación y formación administrativa?, ¿tiene conciencia el “designador” / “designado” de que una de sus principales funciones administrativas es la toma de decisiones?. En relación con todo lo anterior llego a la conclusión de que la gestión sanitaria es un servicio basado en el conocimiento y por tanto no resulta ético el designar o el aceptar una gestión sin estar en posesión de conocimientos, experiencias y habilidades, pues el tomar decisiones conllevan riesgos, que se incrementan sobre

*“Todo médico gestor tiene que tener muy presente tres referencias éticas: la personal, la profesional y la ética de las instituciones o administraciones para la cual es designado”.*

egoístas, es evidente que no puede servir al resto de compañeros médicos.

La práctica de la medicina no consiste únicamente en la toma de decisiones técnicas, sino que obliga a adoptar decisiones basadas en valores morales que son los que hacen incrementar la corrección y calidad del ejercicio como médicos. Hay mu-



todo si no se captan o no se conocen todos los datos referidos al problema o situación que es preciso resolver o incluso se parten de suposiciones o probabilidades de diferentes tipos, en muchas ocasiones determinadas por el entorno, es decir que en ocasiones el gestor manda pero no cuenta con los de "abajo".

Las respuestas no resultan sencillas, pero lo que si es meridianamente cierto es que todo médico gestor tiene que tener muy presente tres referencias éticas: la personal, la profesional y la ética de las instituciones o administraciones para la cual es designado.

La personal o individual, es la que tiene cualquier persona con independencia de su posición y que debe estar basada en los derechos y la justicia como valores, los cuales deben ponerse en acción en el día a día, basándose en su propia autoconciencia, honestidad, rectitud, benevolencia, tolerancia e integridad.

En cuanto a la ética profesional, quienes cumplen labores en la sociedad, requieren para el ejercicio eficaz de sus actividades igualmente un comportamiento ético marcados por el respeto, la nobleza, la consideración y la justicia y no por motivaciones personales o políticas. El gestor no puede transformarse en una especie de "autista" que se encierra en su propia organización, sino que por el contrario debe saber implicar e involucrar, es decir dando confianza, integridad y por supuesto coherencia.

Y la tercera, no puede ser sino consecuencia de las dos anteriores y es la que se basa en la propia administración o institución, la cual también tiene que

funcionar con sentido ético, es lo que se ha dado en denominar "ética de las organizaciones". Actualmente la protección de la salud pasa a ser una responsabilidad pública que exige un conjunto de organizaciones estructuradas en distintos niveles.

La administración sanitaria reúne en la actualidad los intereses de los médicos y de los pacientes en igualdad, pero también los de políticos, gestores, trabajadores sociales, juristas, así como el interés general de la población. Todos ellos se dan cita en contextos organizativos que son ya inseparables del desarrollo de la medicina. Las organizaciones son agentes morales y, al igual que los individuos, pueden ser moralmente responsables, aunque no sean idénticas a los agentes morales individuales.

Con todo lo anterior podemos establecer diferentes tipos de gestores médicos:

1.- **Médicos gestores éticos;** son aquellos que presentan una actitud empática, con una visión crítica objetiva de su cargo, son reflexivos, analizan las acciones, intereses y valores de sus compañeros, tratan de resolver los problemas, buscan puntos de encuentro y valoran a sus compañeros sabiendo que el éxito de estos es su éxito. Para conseguir

esto precisan tener en cuenta la entrega, la comunicación, la educación y la capacitación. En lenguaje llano serían los políticamente incorrectos y profesionalmente correctos ¿...?.

2.- **Médicos gestores apáticos o abúlicos;** son los que no tienen presente la ética, no tienen suficiente preparación ni energías para desempeñar sus responsabilidades. No son autocríticos, siempre ponen por delante la justificación legal. La consecuencia es que no haya gestión ni dirección, se evidencia una clara indiferencia ante los problemas que aparecen. No existe el diálogo. Todo ello lleva a la situación del pasotismo, lo cual hace que sus compañeros adopten la misma posición, lo que sin duda genera desorganización. Es decir políticamente correctos y profesionalmente incorrectos.

3.- Y el tercer tipo de gestor es aquel que incluso es **antiético**, se suele caracterizar porque aparte de no conocer o no aplicar los principios éticos, pone por delante su propio puesto, estatus, imagen y poder, de esta forma obtienen beneficios o servicios de una forma indebida. Lo que resulta ni política ni profesionalmente correcto.

Como conclusión creo que pueden ejercitarse poniendo nombre a Agapito. ■

*"Cómo cambian  
las personas,  
particularmente  
los médicos, cuando  
acceden a posiciones  
de mayor poder".*

**D. Héctor A. Galache Andújar**  
Asesor Jurídico del icomBA

# IVE, Objeción de Conciencia y Atención Primaria

**E**l Código de Deontología Médica de la OMC aprobado en la Asamblea General de 9 de julio de 2011 dedica sus artículos 32 a 36 a la Objeción de Conciencia (O.C). El artículo 32, proclama que: “Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia.”

La O.C es un derecho fundamental reconocido en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (art. 18), con la triple limitación reconocida en el art. 29 del citado texto y mencionado asimismo dentro de la **Constitución de 1978**.

En relación con la IVE, el art. 19.2 de la **Ley 2/2010 de 3 de Marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo** reconoce expresamente ese derecho: “Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo”.

La alusión dentro de la Ley a los profesionales sanitarios “directamente” implicados en el proceso arrojaba ciertas dudas en torno al alcance subjetivo del Derecho, pues la misma Ley, en su artículo 17 citaba que: “1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trá-



mites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente...”

El art. 55.2 del **Código de Deontología Médica (CDM)** antes citado, en relación con la reproducción humana, en su art. 55.2 citaba que: “El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear...”. En nuestro ámbito autonómico, la mujer interesada puede recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo en los **Centros de Atención Primaria de Salud del Servicio Extremeño de Salud** (incluidos los Centros de Orientación Familiar y las Unidades de Salud Mental), en los centros del Instituto de la Mujer de Extremadura y en aquellas Organizaciones no Gubernamentales con actividades de atención específica sobre la IVE.

Este es el planteamiento normativo general. Sin embargo, a partir de aquí, especialmente en (o desde) Castilla la Mancha y Andalucía, se han promovido iniciativas jurisdiccionales impugnando la aparente limitación del derecho a la O.C en Atención Primaria. Vamos a repasar los más

importantes, toda vez que los meses de febrero y marzo de este año han sido prolíficos en cuanto a resoluciones judiciales.

En octubre de 2010 y en **Castilla-La Mancha**, el Tribunal Superior de Justicia (TSJ):

- Suspendió cautelarmente la efectividad de la orden que permitía el Derecho de OC únicamente a determinados profesionales (*ginecólogos y obstetras, especialistas en anestesiología y reanimación, enfermeros y matronas*) por entender que eran los únicos sanitarios “directamente” involucrados en la IVE.
- Paralizó igualmente la efectividad de la Circular que impedía objetar al deber de informar y que afectaba a los médicos de Atención Primaria.
- Desestimó la suspensión de la normativa que impulsaba la creación de un registro de objetores.

Estamos hablando de *medidas cautelares*, es decir, meras suspensiones adoptadas durante la tramitación de un procedimiento para que en el caso de prosperar la reclamación, el éxito conserve sentido práctico (*Ejemplo sencillo: ¿de qué sirve recurrir una pena de cárcel si cuando se gana el recurso el reo ha cumplido la condena?*). Aún así, no puede desconocerse que para que una medida cautelar se adopte, la petición principal debe de tener lo que se denomina *apariencia de buen derecho*.

En cualquier caso, desde principios de marzo p.pdo, sobre estos procesos ya hay Sentencia: El Colegio de Médicos recurrente ha visto prosperar sus pretensiones pero con una serie de importantes matizaciones jurídicas: después de entablado el litigio, la propia Administración recurrida dictó Órdenes que permitían a cualquier profesional sanitario declararse objetor presentando una declaración al respecto. Este es el argumento empleado por el TSJ para resolver la cuestión: **la ulterior normativa deroga de hecho y tácitamente la preexistente**. Carece de sentido mantener vigente una regulación inútil. Por ello, el Tribunal decide anularla expresamente.

Sin embargo, la creación del fichero de objetores dependiente del Ministerio de Sanidad seguirá adelante al desestimarse definitivamente los recursos interpuestos al respecto. Para cerrar este apartado, hay que señalar igualmente, que el Colegio de Abogados de Toledo recurrió ante el TSJ de Madrid los artículos 55.1 y 2 del Código Deontológico de la OMC. La Corporación pidió nuevamente con carácter cautelar su suspensión, pero esta vez sin éxito. Además no hay Sentencia todavía sobre el fondo del asunto.

En **Andalucía** la situación es ciertamente confusa y contradictoria: Una resolución de la Gerencia del área sanitaria Norte de Málaga impidió a un médico de AP declararse objetor frente al proceso de información y derivación encuadrado en la IVE. Pidió además la suspensión cautelar de las directrices de la Gerencia mientras se sustanciaba el procedimiento. El Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 3 de Málaga denegó la suspensión en un Auto publicado en abril de 2011, adelantando además que cuando tuviera que resolver el asunto *"con mucha probabilidad negaría el derecho a objetar"*. Pero el médico de Atención Primaria no se conformó con esta negativa a la suspensión y recurrió ante el TSJ de Andalucía. En febrero, este Tribunal le dio la razón en torno a la suspensión: Pero quedaba esperar a la Sentencia que analizase el fondo del asunto, es decir, el derecho del médico a objetar. Esta Sentencia se acaba de dictar, pero como en esta exposición estamos siguiendo un orden cronológico hay otros hitos que deben de ser citados preferentemente.

El 9 de Marzo de este año, teníamos acceso a una Sentencia del Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 1 de Málaga que **entra en el fondo del asunto** (*ya no estamos hablando de una simple medida cautelar*) y fallaba a favor de otro médico de Atención Primaria que se negaba por motivos exclusivamente deontológicos a implicarse directamente en cualquier acto en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, tanto en la fase consultiva como en la preparatoria. El argumento empleado por el Juez es ciertamente interesante: *"Las labores de información no son*

*un trámite formal previo al proceso (del aborto) sino el inicio del propio proceso y de la prestación sanitaria que regula la ley (del aborto) a prestar por los profesionales sanitarios y, además, de carácter preceptivo, necesario y punible su omisión, por lo que no cabe duda de que los profesionales que las han de prestar, incluidos los médicos de atención primaria, (...) han de ser considerados profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo y que por lo tanto tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia en los términos reconocidos en el artículo 19.2 de la Ley 2/2012 (del aborto)"*.

La sentencia concluye que la Administración vulneró el derecho fundamental a la objeción de conciencia de la facultativa reconocido en la propia Ley 2/2012. Pero

### *Los colegiados pueden y deben de acudir a los Colegios de Médicos en caso de duda pues por imperativo deontológico (art. 33.3 del CDM) estas corporaciones deben de prestar ayuda y asesoramiento a sus colegiados en la materia.*

apenas unos días después, nos encontramos con que el Juzgado de lo Contencioso nº3 ya ha dictado Sentencia, como habíamos adelantado. Y como el mismo Magistrado vaticinaba, su pronunciamiento es antinómico con el que acabamos de glossar: los médicos de familia no pueden objetar a sus tareas de información sobre el aborto.

Muy sintéticamente, los argumentos de este Magistrado han sido los siguientes:

- Ofrecer información e iniciar gestiones para la derivación de la usuaria no implica directamente al profesional en el aborto. Tal es así que con la anterior ley de supuestos se castigaba al médico que practicaba el aborto pero no al médico que informaba sobre el aborto.
- El Tribunal Europeo de los Derechos Humanos falló en contra del gobierno irlandés que prohibió informar a las mujeres gestantes de las posibilidades que tenían de interrumpir su gestación en el extranjero por estimar que con ello se transgredía la libertad de los médicos; los derechos de las mujeres y con ello, el art. 10 del Convenio.

- La Constitución sólo admite la objeción de conciencia para el servicio militar; es la propia Ley Orgánica 2/2010 la que amplía este derecho al campo de la IVE pero solo para los sanitarios directamente implicados.
- El art. 12 de la Ley obliga a interpretar la misma del modo más favorable para la mujer que insta la intervención.

Hay que decir que no consta que ninguna de estas dos resoluciones de los Juzgados de Málaga sean firmes. Podrían ambas ser apeladas ante el TSJ de Andalucía. Y hay que recordar que este Tribunal consideró que la petición del médico de AP de ser considerado objetor tenía apariencia de buen derecho.

#### **Capítulo final:**

- I.- A falta de un pronunciamiento de los Tribunales con carácter doctrinal, **no existe una línea que dilucide definitivamente si los médicos de AP pueden objetar ante la IVE**. Si en principio y en atención a lo dispuesto en la propia Ley 2/2010 (e incluso en el art. 55 del CDM) este Derecho estaría vedado en las fases informativas y derivativas, lo cierto es que existen precedentes judiciales y argumentos lógicos y jurídicos para entender lo contrario.
- II.- Es más, como se ha sostenido desde la Presidencia de la Comisión Deontológica del icomBa, frente al derecho de autonomía de la gestante se alza en un mismo nivel y con igual valor ético, el Derecho a la Objeción de Conciencia del médico. Pero precisamente por todo ello, el profesional que plantea la objeción tiene que tener muy claro que debe de objetar cuando el hecho específico que le es exigido le genera una verdadera colisión entre el derecho jurídico y el derecho moral. La decisión adoptada debe razonarse suficientemente, pues en caso contrario estaríamos ante una presumible falsa objeción. La O.C. se debe hacer ante actos médicos aunque no todos tengan la misma implicación moral.
- III.- Los colegiados pueden y deben de acudir a los Colegios de Médicos en caso de duda pues por imperativo deontológico (art. 33.3 del CDM) estas corporaciones deben de prestar ayuda y asesoramiento a sus colegiados en la materia.
- IV.- Gran parte de este debate puede quedar superado y obsoleto en atención a la evolución legislativa que experimente la IVE.
- V.- Sería aconsejable y necesaria una Ley específica sobre Objeción de Conciencia en el ámbito sanitario y sobre la forma de ejercitar la misma. ■

**Dr. Francisco Javier Hernández Arbeiza**

Presidente de la Sociedad de Alergología  
e Inmunología Clínica de Extremadura (SAICEX)

# La Alergia a alimentos en Extremadura

La alergia a alimentos es una patología cada vez más frecuente en nuestro medio, siendo hasta ahora, la evitación del alimento el único tratamiento establecido. En la población infantil, el huevo y la leche de vaca son los alimentos más frecuentemente implicados. La alergia a huevo es la causa de casi el 50% de las sensibilizaciones alimentarias en niños menores de 5 años, con una prevalencia entre el 0.5%-2.7% de la población infantil. La alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca corresponde al 25% de los niños con alergia a alimentos, con una incidencia entre en 2%-3%.

La persistencia de la alergia (que puede suponer un 55% de los casos de alergia al huevo y alrededor de un 15% para los casos de alergia a la leche de vaca, a los cuatro años de edad) puede conducir a un estado nutricional deficitario por la evitación tanto del propio alimento como de los productos manufacturados que puedan contenerlo. Además la evitación del alimento no esta exenta de riesgos desencadenados por la ingesta accidental ó inadvertida del alimento que provoca una considerable limitación de la socialización del paciente en colegios, reuniones sociales y viajes, con la consiguiente pérdida de calidad de vida tanto del propio paciente como de sus familiares.

Desde hace una década se ha optado por actitudes intervencionistas que conducen a inducir la tolerancia, basándose en aumentos progresivos de la cantidad del alimento introducido; proceso monitorizado y controlado por especialistas en lugares equipados para el tratamiento de posibles reacciones alérgicas graves. Con esto se consigue incorporar el alimento a la dieta diaria del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación.

En el último Congreso de la Sociedad Española de Inmunolo-

gía Clínica y Alergología Pediátrica y en el Simposium Internacional de Alergia a Alimentos celebrado el pasado mes de noviembre del 2011 en Barcelona, los expertos resaltaron los avances en el tratamiento para la curación de la alergia a leche de vaca y al huevo en la población infantil. Existen numerosos estudios realizados en hospitales españoles, con excelentes resultados apareciendo así "una espe-

logía alérgica cuya prevalencia se ha disparado y sobre las necesidades que deben cubrirse para estos pacientes y sus familiares, tanto asistenciales como de otra índole, tanto actuales como en el futuro inmediato.

En Extremadura existen Unidades Asistenciales de Alergología que realizan tratamiento integral de la alergia a alimentos incluyendo tratamientos de desensibilización ó Inducción de Tole-

que "En Extremadura no se está aplicando todavía" y "en el caso de Extremadura, deberían remitir a los pacientes a un centro de la sanidad pública de fuera de la región, o recurrir a clínicas privadas, con el inconveniente del desplazamiento" (Entrevista al Dr. D. Pedro Ojeda Fernández, Alergólogo. Diario Hoy, Badajoz, 17 de diciembre de 2011), suponen transmitir datos erróneos o al menos incompletos y no se ajustan a una realidad asistencial que aunque por desgracia no completamente implantada, si es rigurosa en cuanto a su ejecución clínica por parte de los Alergólogos implicados en su realización.

Desde la Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Extremadura (SAICEX) comunicamos por tanto que:

- En Extremadura se cuenta Unidades Asistenciales de Alergología con Alergólogos capacitados para tratar la alergia a alimentos. Ya se han tratado numerosos casos de pacientes alérgicos a leche de vaca y huevo de forma exitosa, tanto en centros privados como en públicos.
- Sería necesario por parte de la Administración Sanitaria que se dotara a la totalidad de estas Unidades asistenciales de Alergología de nuestra región, de los medios materiales y humanos para ofrecer estas técnicas de Inducción de Tolerancia Oral mediante desensibilización alimentaria a la población de todas las Áreas de Salud

Para finalizar decir que los Alergólogos de Extremadura continuaremos desarrollando la práctica de este tipo de tratamientos, para poder ofrecer a los pacientes alérgicos de nuestra comunidad la mejor calidad de vida y la curación de su patología. ■

*Desde hace una década se ha optado por actitudes intervencionistas que conducen a inducir la tolerancia.*

*Con esto se consigue incorporar el alimento a la dieta diaria del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación.*

ranza" para los pacientes afectados por este tipo de alergias alimentarias. Hasta ahora los resultados son muy satisfactorios, con porcentaje de éxito entre 70-95%. Estos tratamientos no están exentos de riesgos, ya que las reacciones son frecuentes, por lo que deben ser realizados por personal entrenado en el diagnóstico y tratamiento de reacciones alérgicas y en un lugar adaptado para ello.

La Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Extremadura no es ajena a esta dinámica y en los últimos años se han organizado Reuniones Científicas en nuestra región, en las cuales la Alergia a alimentos supone el tema monográfico la Reunión o una parte relevante de sus Ponencias y Comunicaciones. Asimismo se ha comunicado e insistido a las Autoridades Sanitarias sobre la importancia de esta pato-

logía alérgica a niños alérgicos a alimentos, fundamentalmente con leche y con huevo.

Se está aplicando en el ámbito de la sanidad privada, en el Hospital Clínica Clideba de Badajoz, bajo la dirección facultativa de la Alergóloga Dra. Lourdes Fernández Vieira y en la Consulta de la Dra. Alicia Habernau Mena.

En la sanidad pública se aplica en las Unidades Asistenciales de Coria (Dra. María Isabel Alvarado), Plasencia (Dras. Carmen Domínguez y Rosa Miriam Blanco Pérez) y Mérida.

En Extremadura, por lo anteriormente expuesto, sí se aplican tratamientos de desensibilización a niños alérgicos a alimentos, concretamente a leche y huevo. Por lo tanto, informaciones recogidas en prensa referidas a la Inmunoterapia Oral para pacientes alérgicos a alimentos como

**Dr. Manuel Limón Mora**

Médico de hospital de Mérida. Colegiado n° 06/0602259

# Sostener el sistema sanitario

La sanidad, como la enseñanza, han sido prestaciones recibidas por la población sin el suficiente grado de conciencia y compromiso, probablemente porque estas han sido gratuitas y nunca hasta ahora, estuvieron en peligro de dejar de serlo.

La promoción de la salud mediante prestación de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores, encuentra la mejor forma de realización en la cobertura universal garantizada por el Servicio Público de Salud.

Actualmente, debido a la delicada situación económica, han salido a escena las primeras voces, sobre todo de economistas ajenos al sistema, aseverando que éste es insostenible. Este grupo parece que, con intentos de hacerse con parcelas de la sanidad, plantea reformas ahora y, presumiblemente, su liquidación parcial mas tarde.

Es por tanto necesario, y mas hoy en día, reforzar el sistema sanitario para hacerlo sostenible económicamente y pueda resistir algunas amenazas que tiene en el horizonte. El refuerzo del sistema sanitario lo sustentan fundamentalmente tres pilares: una gestión eficiente, suficiente calidad científico-técnica y, sobre todo, que esté cogobernado por los ciudadanos.

Estas tres condiciones, insisto en la última, mejorarían y protegerían nuestro sistema público, hasta ahora con aceptable nivel y comparable al de países que invierten bastante más que nosotros.

1. *La gestión debe estar descentralizada y en manos de los distintos servicios médicos*, más concretamente en manos de los profesionales más cualificados. El hecho de haber arrebatado a los profesionales el control del suministro de material, la jerarquía sobre otros grupos dependientes funcionalmente en el proceso asistencial, y haber creado cargos intermedios para "gestionar" funciones totalmente específicas de cada servicio como listas de espera, control de calidad, recursos humanos... no hace más que burocratizar y enredar el sistema. El

llamado "grupo de gestores", que se ha multiplicado por 20 en la última década, siendo totalmente innecesario, ha desplazado al poder político y profesional y está a punto de colapsar el sistema. Solo mencionar en este apartado que una herramienta útil como la informática, hoy imprescindible, para ayudar en la gestión de todas las áreas del sistema (RR.HH, económica y asistencial) ha sido implantada sin previa valoración de las funciones que tiene que cumplir y sobre todo de quienes la tienen que utilizar. Hoy día, en algunas áreas, el sistema informático más que apoyo es un lastre que tenemos que plantear y resolver.

2. La eficacia y calidad del sistema público sufrió un revés con su desintegración vía transferencias a las diversas Regiones. Esta fragmentación del sistema llevó consigo una merma en la funcionalidad, con algunas aberraciones, como la precipitada creación de servicios médicos para ser autosuficientes o simplemente con efectos propagandísticos, llegando incluso a la apertura de centros hospitalarios, claudicando ante la presión política localista,

del sistema, siendo éstas de una alta rentabilidad, como los cribados en el diagnóstico precoz de algún tipo de cáncer.

3. El tercer pilar, *la participación ciudadana*, el menos tratado, es al mismo tiempo uno de los mayores fracasos y el apartado con más escaso desarrollo de lo contemplado en la Ley General de Sanidad, después de estos 25 años de vigencia.

Un déficit olvidado por todos y sin distinción de colores políticos. No se comprende que a mayor complejidad y costes del sistema y cuando la madurez de la ciudadanía debería darse por más que suficiente, siga prevaleciendo un enfoque despótico no propio de una nación avanzada y en la que los ciudadanos son tratados como meros consumidores. Habría que valorar objetivamente qué sectores se verían perjudicados en sus intereses particulares si se formalizara un sistema de toma de decisiones plural y transparente, y no simplificar el análisis colocando etiquetas de izquierdas o derechas, que habitualmente son interesadas y falsas.

Los Consejos de Salud de Área constituidos lo componen

políticos normalmente del mismo partido, así como sindicatos mayoritarios financiados por la administración, a través de profesionales poco cualificados del sistema y que arrastran el letargo que conlleva la probable larga liberación de los elegidos. Asimismo es llamativa la escasa representación de profesionales cualificados, médicos, que aportarían el imprescindible conocimiento científico-técnico para que el consejo valorara la repercusión de sus decisiones. Pero la proporción mas ridícula es la de los ciudadanos, los que lo pagan y se benefician del sistema, que quedan prácticamente excluidos.

Sería muy conveniente modificar el Decreto 189/2004 que regula los Consejos de Salud de Área para cambiar esta dinámica.

La pregunta es si la crisis actual, el crecimiento del gasto en sanidad y los previsibles recortes venideros son elementos suficientes para despertar conciencias y redefinir a las verdaderas fuerzas protectoras y las contrarias a nuestro sistema público de salud.

Va a ser precisamente el modelo participativo que consigamos el que ordene y facilite toda la tarea que tenemos. Si no, el sistema ante todo lo esencial y determinante que nos queda por decidir, con una mala gestión alejada de profesionales y ciudadanos, se tensionará por intereses particulares y estará condenado al deterioro y después a la privatización parcial o la sustitución por otro, que pudiera ser público de baja calidad y semiprivado solo accesible para algunos.

Por estas razones, compañeros médicos, creo que sin nuestro compromiso profesional y ético este sistema no es sostenible y que a todos nosotros nos interesa protegerlo y cuidarlo, porque en él encontramos las máximas garantías de nuestro desarrollo profesional y de servicio comunitario. Así como defendimos siempre la relación médico-enfermo, hoy nos toca defender el sistema público a través de una estrecha relación médico-ciudadano, el binomio objetivamente mas interesado en su protección. ■

*El refuerzo del sistema sanitario lo sustentan fundamentalmente tres pilares: una gestión eficiente, suficiente calidad científico-técnica y, sobre todo, que esté cogobernado por los ciudadanos.*

con el consiguiente incremento de costes y descenso de calidad.

Sería conveniente dar un paso atrás en este punto y *reorganizar la cartera de servicios coordinando los niveles hospitalario, regional y nacional*. Habría que cuestionar también la realización generalizada de ciertos tratamientos médicos y quirúrgicos, o más concretamente su aplicación sin criterios coste/beneficio, y más aún cuando hay prestaciones que no tienen hoy día cobertura dentro

de nuestra región 5 responsables del SES, 4 representantes políticos, 3 sindicalistas de los sindicatos sanitarios mayoritarios, 2 representantes de asociaciones empresariales y 1 representante de consumidores y usuarios. Sin entrar a valorar sus atribuciones y analizar su funcionamiento hasta ahora, es evidente que su composición es manifiestamente mejorable. Se advierte la mayoritaria representación de la administración mediante cargos del SES y cargos

Dr. Policarpo Caballero Caballero. Colegiado nº 06/06/04789

Dr. Diego Jiménez Alcaide. Colegiado nº 06/06/04651

Dr. Juan Ignacio Pinilla Gurbindo. Colegiado nº 06/06/05011

## Los grandes olvidados de la sanidad extremeña

Los médicos de los Centros de Atención a la Discapacidad de Extremadura (CADEX) de Cáceres y Badajoz, junto con los de los Centros de Mayores de la Junta de Extremadura, nos seguimos sintiendo marginados y discriminados con respecto al Colectivo Médico del SES.

La mayoría de nosotros realizamos nuestro trabajo en los Centros de Mayores de personas de la 3ª edad, que la Junta de Extremadura tiene distribuidos por toda la Comunidad Autónoma. Damos atención médica a todas las personas ingresadas en las Residencias, con las múltiples patologías que presenta este colectivo, precisando muchos de ellos cuidados especializados por las severas limitaciones que presentan.

Otro grupo de nosotros, seis en total, realizamos nuestra labor profesional en los CADEX de Cáceres y Badajoz. Formamos parte de los EVO (Equipos de Valoración, Diagnóstico y Tratamiento) que son los encargados del Reconocimiento y Calificación del Grado de Minusvalía, que tiene gran trascendencia económica y social, ya que de ello, se derivan prestaciones económicas, beneficios fiscales, ayudas individuales y otros muchos más.

La población que atendemos abarca a todas las edades, desde niños recién nacidos, hasta personas de la tercera edad. Derivamos a niños con alto riesgo neurológico a los distintos centros concertados para su tratamiento y revisión, así como adultos y personas mayores con importantes dis-



capacidades. Realizamos informes para el juzgado, ingresos en centros residenciales y muchas otras funciones (según las estadísticas, el 10% de

El colectivo de profesionales médicos provenientes del SEPAD, un total de 42 en la Comunidad Autónoma, abarcamos las disciplinas de Medicina

comunidad. Las retribuciones que tenemos se corresponden con las que perciben los titulados medios del SES. Elegimos trabajar en el campo de la discapacidad y de las personas mayores, tras superar unas oposiciones del INSERSO, pero ello, no ha de suponer ser médicos de segunda o tercera categoría.

Desde marzo de 2011 a través del Decreto 25/2011 de 11 de marzo, se acuerda la adscripción de los médicos provenientes del SEPAD al SES. Transcurrido casi un año, seguimos sin que se nos reconozca nuestra labor y cualificación profesional.

Los compañeros médicos psiquiatras que también fueron adscritos al SES por el Decreto 25/2011, ya han sido estatutarizados, consiguiendo con ello su reconocimiento profesional y equiparación con el resto del personal médico del SES. Pedimos a la Administración el mismo proceso para que se acabe ya con el agravio comparativo que padecemos. ■

*La población que atendemos abarca a todas las edades, desde niños recién nacidos, hasta personas de la tercera edad. Derivamos a niños con alto riesgo neurológico a los distintos centros concertados para su tratamiento y revisión, así como adultos y personas mayores con importantes discapacidades.*

la población extremeña tiene reconocido algún tipo de discapacidad).

Todos nosotros nos hemos formado realizando Másteres, Diplomaturas y numerosos cursos en el campo de la discapacidad.

de Familia, Medicina de Empresa, Geriátrica, Medicina Física y Rehabilitación. Llevamos muchos años demandando de la Administración, nuestra equiparación económica y profesional con respecto a los demás médicos de nuestra Co-



Luis María González Méndez. Presidente de Down Extremadura

# “La falta de recursos financieros pone en peligro servicios esenciales”



## DATOS DE LA SOCIEDAD

**Año de fundación:** 1990  
**Número de socios:** por encima de 200.  
**Sedes:** Plasencia, Cáceres, Mérida, Badajoz, Don Benito y Zafra.  
**Servicios:** Atención Temprana, Habilitación Funcional, Centro Ocupacional, formación para el empleo y programas de vida independiente.

### Hace unos días se celebraba el Día Mundial del Síndrome de Down. ¿Cuál era vuestro mensaje en esa ocasión?

Un mensaje festivo por cuanto es la primera vez que conmemoramos el Día Mundial de las personas con Síndrome de Down, según acuerdo de la ONU. Se ha elegido esta fecha, 21 de marzo, como referencia al tercer cromosoma (uno de más) que las personas con Síndrome de Down tienen en el par 21.

Tratamos de concienciar a la sociedad para que nuestros hijos puedan vivir en ella con plenitud de derechos. La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad ha querido dejar meridianamente claro que las personas con discapacidad son portadoras de derechos inherentes a su condición, y los derechos hay que respetarlos y hay que exigir a la sociedad que los tenga muy presentes, y a los poderes públicos que velen y propicien políticas activas en defensa de estos derechos.

Hemos querido en este día invitar a cuantos han querido acompañarnos a convivir durante unas horas con personas con Síndrome de Down, a escucharlos. Y ellos en este día nos han dicho que son uno más, como nosotros, que tienen sueños, proyectos de vida y que los quieren compartir con todos.

### ¿La sociedad actual entiende la realidad de las personas con discapacidad?

Se ha avanzado en inclusión social, laboral, etc. pero aún queda mucho camino por recorrer, muchas barreras que franquear, muchas conciencias que sacudir, y ese es nuestro cometido, hacer una sociedad más inclusiva, una escuela donde nuestros hijos estén como tienen que estar, acogidos en una enseñanza normalizada y que cuente con los recursos necesarios para atenderlos como requieren. Aún falta mucho por hacer, y como muestra un botón: hace tan solo unos días un grupo de chicos y chicas con discapacidad intelectual que estaban tranquilamente tomando un refresco en un pub de una ciudad extremeña, fueron invitados a abandonar el local, cuando empezaba a llegar el flujo de clientes. Ha sido noticia hace unos días como digo. ¿Se pueden hoy día consentir actitudes semejantes?. Pues desgraciadamente se dan.

*“Hace unos días un grupo de chicos con discapacidad intelectual que estaban tomando un refresco en un pub de una ciudad extremeña, fueron invitados a abandonar el local”.*

*Down Extremadura es una entidad que presta sus servicios en toda la geografía extremeña y que cuenta con seis sedes comarcales en Badajoz, Cáceres, Plasencia, Zafra, Don Benito-Villanueva y Mérida.*

### En la actualidad, ¿cuáles son las principales preocupaciones de vuestro colectivo?

Estamos preocupados por la falta de recursos y por los efectos que la crisis puede causar en la atención a las perso-

nas con discapacidad. No puede ser que la factura la paguen los más débiles, pero lo cierto es que si siempre hemos estado faltos de recursos financieros, en estos momentos la situación es especialmente crítica, hasta el punto que algunos servicios esenciales están en peligro. Esto conlleva que gran parte de nuestro tiempo tengamos que destinarlo a las gestiones encaminadas a garantizar esos recursos materiales.

Otro aspecto que también nos preocupa es la crisis del movimiento asociativo, que tanto bien ha hecho a la sociedad, articulando y gestionando tantas y tantas Entidades donde las personas con Síndrome de Down han encontrado el apoyo y las terapias necesarias para tener una vida normalizada que les permite integrarse en la sociedad en la que viven.

### ¿Qué servicios estáis prestando ahora mismo a las personas con Síndrome de Down?

Down Extremadura es una entidad que presta sus servicios en toda la geografía extremeña y que cuenta con seis sedes comarcales en Badajoz, Cáceres, Plasencia, Zafra, Don Benito-Villanueva y Mérida donde además se encuentran los Servicios Centrales, atiende a las personas con Síndrome de Down y a sus familias en todos aquellos aspectos en los que necesitan ayuda derivados de la discapacidad intelectual que tienen. Estas ayudas comienzan antes de nacer el niño o la niña con SD si ya se sabe. Desde que nacen tienen las terapias derivadas del programa de Atención Temprana, después se integran en los programas de Habilitación Funcional, en proyectos de Vida Independiente, o en programas de Preparación Laboral. Las terapias y apoyos que se ofrecen en estos programas son

las que necesitan estas personas en función de sus condiciones personales, edad, etc, y van desde estimulación precoz, logopedia, psicomotricidad, atención psicológica etc. ■

## Opinión a pie de consulta

# ¿Qué puntos de ineficiencia observas en nuestro sistema sanitario?



**DR. AGUSTÍN ARENA GARCÍA.** Médico de Atención Primaria. EAP Hornachos.

El primero de muchos puntos de ineficiencia sería el hecho de tener dieciocho (17+1) "ministerios" de sanidad, y en cada uno de ellos, como pasa en Extremadura, varias áreas, en las que cada uno hace y deshace a su manera. Creo que la unidad y remar en la misma dirección, sería lo más adecuado



**DR. JOSE MANUEL CABEZÓN PONS.** Médico de Atención Primaria.

Desde mi perspectiva de médico de cabecera y, aunque se ha avanzado algo, el punto de ineficiencia más significativo de nuestro buen Sistema Sanitario, es el que trabajen "espalda con espalda" y no "hombro con hombro", Primaria y Especializada. Los fallos de relación, perjudican al usuario. "Remamos" en sentido opuesto. Y la barca gira. No avanza."



**DR. JORGE MARIÑO DEL REAL.** Urólogo. Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

El deterioro progresivo que ha sufrido la relación médico-paciente en los últimos años ha llevado a la situación de "medicina defensiva", tipo de ejercicio que no es conveniente para el sistema, profesionales ni paciente. Está hoy en día demasiado presente en nuestro trabajo diario la posibilidad de la demanda judicial por parte del paciente, vemos frecuentemente agresiones a profesionales sanitarios, etc. Un factor importante que nos ha llevado a esta situación, puede ser una mala política sanitaria en cuanto a educación sanitaria de los pacientes, derechos y deberes de los mismos, uso de los recursos sanitarios, etc. haciendo que el paciente "siempre tenga la razón", y que la lista de "derechos" haya aumentado considerablemente, olvidándose en gran parte de los "deberes". Con demasiada frecuencia hay que contestar reclamaciones absurdas o por situaciones que no dependen de nosotros, sin que antes se haya analizado si existen verdaderos motivos para tener que hacerlo. Sería muy bueno intentar "equilibrar la balanza". Esto ahorraría recursos y mejoraría todavía más la asistencia sanitaria.



**DR. PEDRO GALLEGO PÉREZ.** Médico de Urgencias del Hospital Siberia-Serena. Talarubias.

El sistema debe seguir apostando por la promoción y prevención de la salud para que ahonde en los profesionales y en la comunidad, mejoraría la calidad de vida de la población cada vez más envejecida y ahorrando en los gastos que generan las patologías en estas edades. Los profesionales debemos desligar el concepto resultante de eficacia, que provoca un excesivo consumo de recursos (sobre todo en pruebas complementarias) intentando hacer el menor gasto posible de estos recursos para llegar a un mismo fin y ser eficientes en nuestro trabajo diario.



**DR. JUAN LUIS GÓMEZ FORNÉS.** Médico de FREMAP. Mérida.

Difícil contestar a esta pregunta pero concretando, algunos de los que se podrían enumerar. Falta de optimización en la aplicación de los recursos: Se hace muy difícil utilizar el presupuesto administrativo como herramienta de gestión, creo que se debe imponer un nuevo marco de gestión en la que deben darse cabida a la creación de fundaciones, empresas públicas o consorcios en el ámbito del S.N.S. Organización de la Asistencia Sanitaria: Debe dotarse con más recursos a la Atención Primaria para que resuelva la mayor parte de los procesos y sólo llegue al hospital lo que realmente exija la intervención del especialista. Exceso de consumo superfluo que se produce cuando el consumidor no tiene que pagar por el uso de servicios sanitarios que son gratuitos. Esto afecta a las cuentas de las arcas públicas, a la asistencia que se da al paciente (listas de espera) y al propio personal sanitario (burn out – s. quemado) que le atiende. Soy partidario de un copago asociado a la renta familiar, se pueden establecer varios tramos. Desigualdades socio-sanitarias y territoriales: Creo que hay desigualdades dependiendo de los recursos de la zona de residencia. La gente se hospitaliza de forma variable dependiendo de la oferta de servicios hospitalarios de su zona de residencia. Escaso apoyo a la promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades: Se puede hacer mucho más en este campo.

**DR. JUAN MARÍA FDEZ NÚÑEZ.** Médico de Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Disponemos de un buen sistema sanitario, mejorable, con unos profesionales cuya competencia profesional desaría cualquier país del mundo para sí. Entre las ineficiencias del sistema objetivas desigualdades en cuanto a las diferentes carteras de servicio ofertadas por las comunidades autónomas, así como las infraestructuras sanitarias. El actual modelo de gestión administrativa es caduco y adolece de "profesionales de la gestión apolíticos" para el cargo. La orientación del sistema es hospitalocentrista, muy burocratizado, con una Atención Primaria saturada con cupos extensos y con poco tiempo para la atención a cada paciente. La parte de consultas y los quirófanos de los hospitales está desaprovechados por las tardes. Existe poca comunicación entre los dos niveles asistenciales, un abuso de las urgencias (a cualquier nivel) por parte de la población y un "hiperconsumo" de fármacos. La retribución de los profesionales sigue siendo baja en comparación con los países de la UE, existe un pobre desarrollo de la carrera profesional, muchas plantillas son escasas con abusos de contratos precarios, poco motivadas y con excesivas listas de espera a su cargo. Y por último la formación de los profesionales por parte de la empresa deja mucho que desear.

**DRA. MARÍA JOSÉ LÓPEZ GALLEGO.** Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Badajoz.

En mi opinión como residente de cuarto año de Medicina de Familia, próxima a finalizar mi formación, me enfrento cada día a una lista de 40 pacientes "a demanda" para cada uno de los cuales dispongo de 6 minutos para atender, algo que se hace imposible en la mayoría de los casos. Sobre todo en un ámbito como la atención primaria en la que el usuario acude con multitud de ruegos y quejas, además de los avisos a domicilio que tras la consulta hay que realizar. Por todo esto creo que debería reducirse el número de pacientes ampliando el tiempo entre cada uno de ellos en son de ofrecer una mejor calidad asistencial y mayor dedicación a nuestros pacientes.

**DRA. MERCEDES GARCÍA REINA.** Médico de Familia. Badajoz.

El principal entorpecimiento en nuestro trabajo diario, causa de ineficiencia por la pérdida de tiempo, es el sistema JARA; ¿cuántas veces puede "colgarse" en una mañana? Otro de los supuestos avances son las citaciones "on line"... que después NO aparecen en tu listado. Y ya vamos por hora y media de retraso... ¿Seis minutos por enfermo? JAAAAA! – "Perdone doctora...he estado en la farmacia y me dicen que se ha borrado toda la receta electrónica y no puedo vivir sin mi pastilla del colesterol" (Lo cierto es que se la toma cuando se acuerda)... ¿Cuánto retraso dije que llevaba?... Otro gran avance: la receta electrónica... ¿Cuando funciona! Las renovaciones de tratamientos visados por Inspección Médica, digo yo...si el tratamiento con ticlopidina es de por vida según su especialista hospitalario y le dan el alta... ¿Por qué en Inspección nos piden informes todos los años? Otra última: ¿En quién debe recaer la escasa educación sanitaria que tiene nuestra población? Por mucho que nos esforcemos nosotros, algo falla, y no me gusta señalar...

**DR. JOAQUÍN SÁNCHEZ SOTO.** Médico de Atención Primaria. EAP de Alconchel.

Observo mas aspectos positivos que negativos; muchos mejorables, pero en verdad que encuentro una gran diferencia a favor del estado de la actividad profesional que desarrollamos actualmente, con referencia a la de antaño. El trabajo en equipo, los recursos tecnológicos, instalaciones inmejorables, unidades o equipos de apoyo, en muchos casos, han hecho que mi percepción sobre el Sistema sea favorable, aunque si he de encontrar alguna deficiencia, yo centraría todo mi empeño en reseñar el mal funcionamiento del programa informático JARA, con el que batallamos incansablemente a diario. Poco operativo, lento y farragoso, que se agrava por la deficiente comunicación con el Centro de Procesamiento o por defecto "per se". Una asignatura pendiente, que debe estar ya en "la última convocatoria antes de pasar a desecho definitivo". Reseñaría la falta de conexión, poco fácil, entre Primaria y Especializada. La tecnología, que utilizamos a título individual entre nosotros, organizada y estructurada en forma, nos la podría facilitar. No olvido la Lista de Espera en algunas Especialidades, que debe reducirse, para que "el negocio" no llegue al extremo de fracasar. Pero de todas formas, hay muchos aspectos positivos, que en otro momento estoy dispuesto a destacar, que me ilusionan más que las deficiencias que nos tocan compartir.

**DR. JESÚS MATEOS BLANCO.** Urólogo. Hospital de Mérida.

La ineficiencia de nuestro sistema sanitario se puede estructurar en: 1) Personal: Es necesario optimizar la labor asistencial de los profesionales, evitando los "tiempos muertos" entre actividades o procedimientos. Ventanillas únicas para centralizar todas las peticiones de pruebas complementarias. Ausencia de consultas de alta resolución, muy útil en patologías como la hiperplasia benigna de próstata. 2) Control del gasto: Ausencia de ajuste de las compras de instrumental y material fungible al consumo estimado. Ausencia de control en la medicación hospitalaria, la cual debe ser para uso exclusivo de los pacientes. Gasto farmacéutico, potenciando la compra directa a las empresas farmacéuticas sin adquirirlos a través de las distribuidoras. La unificación en todo el SES de volantes de pruebas complementarias supondría un ahorro y evita errores entre áreas. 3) Mantenimiento de infraestructuras. La inversión millonaria en edificios innecesarios en la actualidad, que tienen un mantenimiento elevado y en la mayoría de los casos, la labor asistencial es la misma que se hacía previa a su construcción.





**Laura Álvez Barragán**  
Diplomada en Biblioteconomía

# Las Reales Academias de Medicina

La renovación científica en España, empieza cuando unos hombres de ciencia rechazan los anticuados métodos de enseñanza universitaria, y se rebelan contra los escasos avances que se observan en el estudio y aplicación de las ciencias, así como en el retraso con que llegaban las nuevas ideas filosóficas, por lo tanto se sienten en la necesidad de asociarse en tertulias o grupos de trabajo.

En un comienzo los que se reunían en la tertulia, son los llamados “médicos revalidados”, es decir los que hacían su aprendizaje trabajando al lado de un profesional competente, y una vez instruidos en medicina, pasaban una reválida y obtenían el título. Otros médicos se formaban en los centros universitarios, con conocimientos más bien teóricos basados en teorías hipocráticas y de Galeno. A estos últimos les faltaba la práctica y estaban apegados al pasado. Por lo que las diferencias existentes en la formación de estos médicos hacia que existiera una gran rivalidad entre ellos, hasta el punto que los formados en la universidad consideraban a los “médicos revalidados” como herejes.

Estas disputas entre médicos duraría casi todo el s. XVIII, hasta que poco a poco los médicos universitarios se fueron integrando en estas tertulias.

La aparición de las Reales Academias está promovida por estas tertulias e incentivadas por unos Reales Decretos que van firmando los sucesivos reyes desde mediados del s. XVIII en esta materia, la primera Real Academia que apareció en España es la de Sevilla.

Sobre esta época se crearon también las Academias de Cádiz, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Islas Baleares, Tenerife, Valladolid, Andalucía Oriental, Sevilla, Zaragoza y como no, la Nacional.

A parte de estas Academias de largo recorrido, hay otras tres que empezaron su andadura a mediados del s. XX como son la de Asturias (1970), la de Salamanca (1971), la de Cantabria (1979) que hace solo seis años que paso a ser “Real” al inscribirse en el Instituto de España. (El Instituto de España es la Institución, que se encarga de estrechar y mantener lazos entre las distintas Reales Academias).

En Badajoz también existió una Academia Provincial de Ciencias Médicas funda-



Médicos “revalidados” aprendiendo de un profesional.



Salón de actos de la Real Academia Nacional de Medicina

da en 1872, presidida por Benito Crespo y Escoriaza, de la que se crearon incluso estatutos y se acuñó un sello propio, pero de aquella academia poco se sabe, sólo que dio lugar en 1917 al Colegio de Médicos.

Las Academias están compuestas varios tipos de académicos como son los numerarios, los honorarios, los eméritos y correspondientes, todos ellos tienen en común que deben de ser doctores, tener una experiencia profesional demostrable y prestigio científico.

Los numerarios son aquellos que ocupan un sillón de la academia dedicado a una especialidad, que pueden ser desde cirugía, hasta farmacia o incluso veterinaria. En la toma de posesión tienen que hacer un discurso que versará sobre las materias relacionadas con la titulación de la vacante. Cada institución tiene sus propias secciones dedicadas a las distintas materias médicas y cada una tiene su propio “sillón”.

Los honorarios son científicos españoles o extranjeros de universal y reconocido renombre, se incluye además en esta categoría a los numerarios que por razones de trabajo o de otra índole se hayan trasladado a otro lugar y no puedan ejercer sus deberes como numerarios, en ese momento su sillón quedará bacante.

Los eméritos aquellos Numerarios que, por condiciones físicas o de otra índole, tengan impedimentos para asistir a las sesiones

Los correspondientes son los doctores o licenciados que han recibido un premio de la Academia, que se le haya adjudicado esta distinción. También los académicos numerarios de las demás Academias de Medicina de España.

Las juntas directivas de estas instituciones están compuestas como mínimo por un presidente, un vicepresidente, secretario, tesorero y bibliotecario, que velan por el cumplimiento sus objetivos y funciones.

Estas escuelas de enseñanzas cuentan también con sus mecenas o sus patrocinadores.

Las funciones de estas Academias eran y son, entre otras: cultivar y estimular el estudio y la investigación de las ciencias médicas; celebrar sesiones científicas sobre el progreso, desarrollo y aplicación de la medicina; premiar el progreso de las ciencias médicas; colaborar con las entidades públicas; emitir informes a particulares sobre temas de su competencias; conservar y cultivar una biblioteca especializada.

En la época actual, tanto o más que en los siglos pasados, los valores de excelencia e independencia justifican las Reales Academias, que se hallan bajo el Alto Patronazgo del Rey, sigan siendo centros de pensamiento, de cultura y de investigación libre y avanzada, que aporten luz sobre los problemas de nuestro tiempo. ■

# Pleno al 15.

## Clase E 200 CDI Avantgarde Edition por 37.900 €.

Mercedes te presenta el coche que estabas esperando. Una edición especial con un equipamiento aún más especial para que disfrutes de la última tecnología y de un acabado más deportivo: llantas de aleación de 9 radios, luces diurnas LED, nueve airbags, Adaptive Brake, Pre-safe y Attention Assist. Y además, ahora con 3 años de garantía, mantenimiento y reparaciones incluidas.\* Para que aciertes de pleno.

Si tienes una empresa puedes financiar tu Clase E por 325 € al mes en 36 cuotas.\*\*



**Mercedes-Benz Empresas**  
Una completa gama de servicios para tu negocio



**Mercedes-Benz**

### **AUTOMOCIÓN DEL OESTE, S.A.**

Concesionario Oficial Mercedes-Benz

Avda. Ricardo Carapeto, 135. Tel.: 924 25 44 11. BADAJOZ. / Ctra. Nacional 630, Km. 555,6. Tel.: 927 23 86 86. CÁCERES.

Ctra. Valverde, s/n. Tel.: 924 31 35 15. MÉRIDA. / Antonio José Castellano Ortega, 2. Tel.: 924 55 39 06. ZAFRA.

Avda. Martín Palomino, s/n. Tel.: 927 42 64 60. PLASENCIA. / Canalejas, 47. Tel.: 924 80 85 70. DON BENITO.

[www.aosa.mercedes-benz.es](http://www.aosa.mercedes-benz.es)

\* Servicio Excellent: hasta 45.000 km. Oferta válida hasta el 31/05/2012. \*\* Ejemplo de Leasing para un Clase E 200 CDI BE Edition PVP 32.067,27 € (IVA no incluido) con las facilidades del programa Alternative Lease de Mercedes-Benz Financial Services España, EFC, S.A., válida para solicitudes aprobadas hasta el 29/05/2012 con contratos activados y vehículos matriculados antes del 01/07/2012. Por 325 € al mes en 36 cuotas y una cuota final de 16.600,13 €, entrada 8.424,17 €, TIN 7,75%, comisión de apertura 236,43 € (1,00%). TAE 8,51%. Precio total a plazos 36.960,72 €. (Los importes reflejados no incluyen IVA). Existen 3 posibilidades para la última cuota: cambiar el vehículo, devolverlo, ó adquirirlo pagando la última cuota (siempre que se cumplan las condiciones del contrato). Consumo desde 5,1 hasta 5,4 (l/100 km) y emisiones de CO2 desde 134 hasta 141 (g/km). Foto incluye paquete deportivo exterior a un PVP de 1.050 € (impuestos incluidos).

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/a6](http://www.audi.es/a6)

Audi A6 de 177 a 300 CV (130 a 220 kW). Emisión CO<sub>2</sub> (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

