



Médicos *de Badajoz*

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ - OCTUBRE 2012 - Nº 27



*“UNIDOS POR
LA PROFESIÓN”*

Los colegiados toman la palabra

Páginas 13 a 16

Nuevo Clase A

Diseñado para conquistar

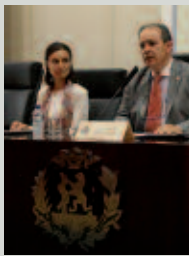


AUTOMOCIÓN DEL OESTE, S.A.

Concesionario Oficial Mercedes-Benz
Avda. Ricardo Carpeño, 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



Mercedes-Benz


Páginas 10
**Actividades
Colegiales
Destacadas**

Página 21-22
**Asesoría Jurídica
"El médico ante la
justicia. Citaciones (II)"**

Páginas 11-12
**Agenda
de Formación**

Página 23-24
**Dra. M^a Asunción
Peiré García**
 Farmacóloga pediátrica

Páginas 13-16
**En Portada
El colegiado opina**
 Nuestros colegiados
 toman la palabra
 en este número de MEDBA

Páginas 27
Dr. Juan José Díaz Franco
 Vocal Nacional de Atención
 Primaria Urbana.
 Consejo General de Colegios
 Oficiales de Médicos

Páginas 17-18
**Entrevista con
Dr. Luis García-Sancho Martín**
 Académico de Número
 de la Real Academia
 Nacional de Medicina

Página 30
**Asociación de pacientes
"Maire" Asociación
Lactancia Materna**
Y Además...

 Carta del Presidente (pág. 4) / Junta Directiva (págs. 5 y 8) / Colegiación (pág. 9)
 / Comisión Deontológica Asistencia Sanitaria y Objeción de Conciencia (págs. 19 y 20)

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

Dr. Pedro Hidalgo Fernández

Presidente del icomBA
presidente@colegiomedicobadajoz.org



SER y ESTAR

SER MÉDICO hoy, exige en la práctica tener una mochila llena de competencias profesionales, habilidades, actuación ética y una base de conocimientos en economía de la salud.

SER MÉDICO hoy es una historia vital de compromiso con las personas; una exigencia diaria de profesionalismo; no de haber llegado a serlo sino de seguir siéndolo.

Al médico de hoy se le exige altruismo, integridad, honradez, empatía, competencia, responsabilidad, solidaridad, veracidad y actitud ejemplarizante.

La medicina es una labor con riesgos psicosociales por su exigencia en la actualización de conocimientos que genera una "falta de tiempo" para la vida familiar y de ocio; por ser una actividad con gran impacto emocional; por la presión asistencial y por la judicialización del trabajo.

"El espíritu de esas conversaciones se fundamentaban más en el "ser" que en el "estar", y sobre esa base se argumentó el desarrollo laboral diario del médico"

ESTAR EN EL TRABAJO más tiempo, rindiendo menos que los vecinos europeos es lo que concluye el informe de Eurostat. Según él, en España trabajamos 232 horas al año más que el resto de Europa y la productividad es más baja pesar de superarles en el trabajo una media de 4.46 horas semanales.



La Ley Presupuestos Generales del Estado para 2012 en su disposición adicional septuagésima primera hizo que con fecha del 13 de Julio desde la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud se dictase una Resolución por la que se determinaba la forma de aplicación en el organismo autónomo, y con fecha del 18 Julio se desarrollasen unas Instrucciones que sobre la base de aumentar la jornada laboral de los funcionarios 2.5 horas semanales ,venían a romper todo el marco hasta ahora establecido en nuestros centros sanita-

rios. El rechazo que supuso este nuevo ordenamiento fue rotundo, y puesto de manifiesto por los médicos y sus representantes colegiales y sindicales. Las siguientes negociaciones dieron como fruto las nuevas Instrucciones del 24 de Septiembre. El

"Parece que importa más el prolongar jornada antes que buscar eficiencia. El arbolito de los 150 minutos semanales suplementarios no deja ver el gran bosque de la eficacia"

espíritu de esas conversaciones se fundamentaban más en el "ser" que en el "estar", y sobre esa base se argumentó el desarrollo laboral diario del médico.

Cuando se han ido distribuyendo los criterios de aplicación por las Gerencias Sanitarias y sus diferentes Direcciones Médicas, han acabado de romper lo que dimos en llamar "el acuerdo por el pacto". Con interpretaciones tan distintas que, ni hasta los que estuvimos en esas reuniones, reconocemos las disposiciones. Se ha desvirtuado (¿interesadamente?) el núcleo del diálogo.

Parece que importa más el prolongar jornada antes que buscar eficiencia. El arbolito de los 150 minutos semanales suplementarios no deja ver el gran bosque de la eficacia.

Han vuelto a confundir el "estar" con el "ser". ■



Dr. Jose Antonio Márquez Sánchez

Tesorero del icomBA

tesorero@colegiomedicobadajoz.org

CAMINANDO HACIA EL FIN DE AÑO

Queridos compañeros. Me dirijo a vosotros para actualizar algunos de los temas que competen a nuestro departamento de cara al fin de año, o de ejercicio económico, como dicen los economistas.

Para estas fechas, en relación con el Colegio y su Fundación, las tareas nos llevan a la elaboración de los presupuestos para el próximo ejercicio y, como no, habremos de trasladar las vicisitudes que se están produciendo en los ámbitos económicos y financieros.

Por el momento no esperamos grandes restricciones, pero si pretendemos establecer un rigor máximo en el capítulo de gastos, en la medida de lo posible. Téngase en cuenta que, tanto el ICOMBA como FUNCOMEBA, son instituciones pensadas para prestar servicios imprescindibles para nuestro colectivo, tales co-



“tanto el ICOMBA como FUNCOMEBA, son instituciones pensadas para prestar servicios imprescindibles para nuestro colectivo”

mo formación, promoción profesional, seguros, asistencia técnica y jurídica, servicios que debemos continuar cultivando por encima de cualquier situación exógena adversa.

Con esta filosofía de actuación, implementaremos unos planes de actuación

acordes a las expectativas de ingresos, procuraremos mantener los rendimientos patrimoniales y, si es factible, mejorarlos. Trataremos de optimizar los recursos disponibles sin poner en riesgo la labor que tenemos encomendada, que no es otra que atender a nuestros colegiados y acompañarlos en su ejercicio, como garantes de la integridad de nuestra profesión.

En el último trimestre del año se someterán a la consideración de los órganos soberanos del Colegio y de la Fundación, los respectivos presupuestos y planes de actuación. En su momento, daremos información al respecto, junto con las convocatorias que corresponden. El presupuesto anual del Colegio se somete a la aprobación de la Asamblea General, que celebramos habitualmente en el mes de diciem-

bre. En el caso de la Fundación, el órgano competente para la aprobación del plan de actuación es el Patronato.

Quiero, por último, reiterarme en la petición que os trasladaba en mi artículo precedente del boletín anterior, en el sentido de que hemos de apoyar a la Fundación Patronato de Huérfanos “Príncipe de Asturias”, perteneciente a la Organización Médica Colegial, por su importante labor de asistencia y apoyo a nuestros compañeros y familiares (quién sabe si algún día a nosotros mismos), que han vivido circunstancias desagradables en sus vidas (orfandad, discapacidad o enfermedad).

La unión en torno a nuestro Colegio supone la defensa de nuestra profesión y de nosotros mismos como profesionales de alta cualificación. ■



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

CONSTRUYENDO PILARES

*La mutua interacción entre la razón ética
y la razón científica es fundamental
para una medicina óptima*

Edmundo Peregrino. Filosofía de la Medicina

En el momento actual no es legal que una compañía farmacéutica haga publicidad de sus productos directamente al paciente. Pero esto va a cambiar. El "lobby" farmacéutico internacional, amparándose en el lema del derecho de los pacientes a ser informados por los fabricantes de los medicamentos, vuelve de nuevo a intentar modificar la legislación europea sobre la publicidad directa al consumidor (PDC).

El principal implicado en este movimiento es el Pharmaceutical Forum, un

grupo de trabajo carente de legitimidad democrática compuesto por dos comisionados y tres parlamentarios de la Unión Europea, ministros de los Estados miembros, no menos de cinco asociaciones de la industria farmacéutica, representantes de los profesionales de salud y las aseguradoras. Los pacientes están «representados» por el Foro Europeo de Pacientes, a su vez patrocinado por la industria farmacéutica.

Este movimiento para introducir la publicidad directa al consumidor viene disfrazado bajo la denominación de «acciones para mejorar la calidad de la información disponible dirigida al público». Actualmente, este modelo de publicidad solo está disponible en Nueva Zelanda y EEUU, que dicho sea de paso ya ha demostrado que tiene efectos perjudiciales para la salud. Sin embargo, tememos que las fuertes presiones, que sobre la Unión

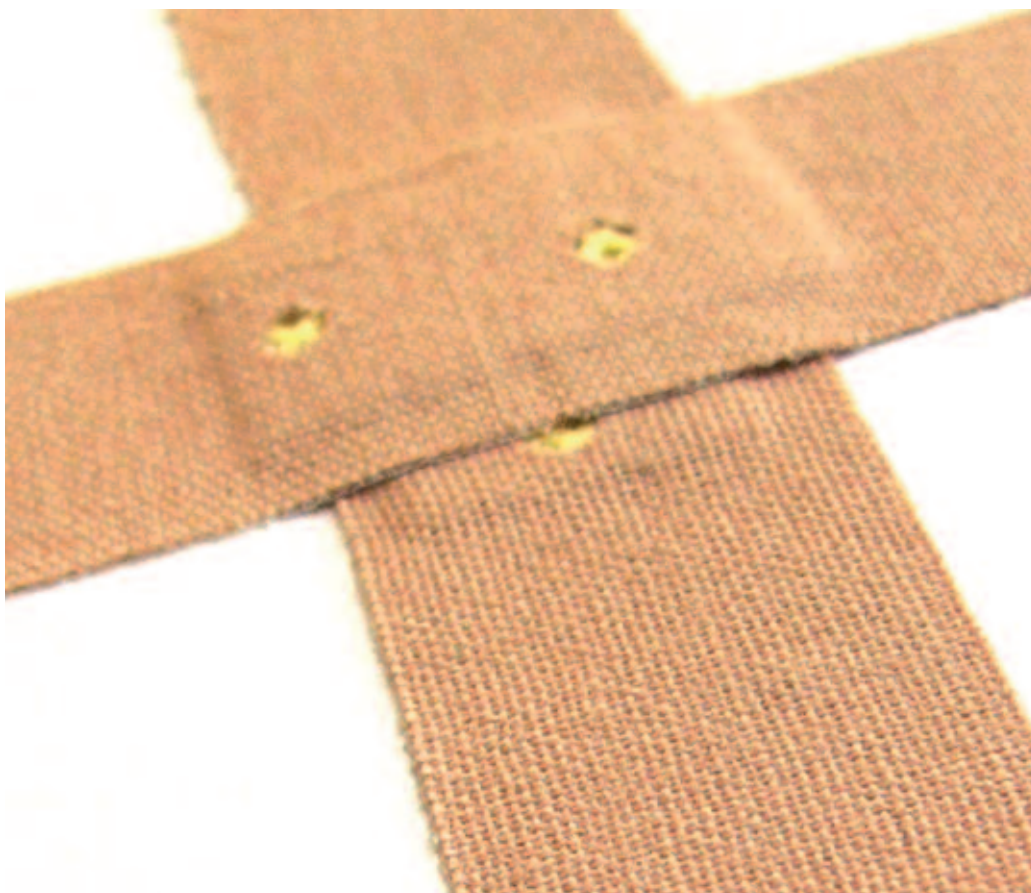
Europea está produciendo este "lobby", terminarán consiguiendo en breve su objetivo ya que no existe ningún "antilobby" que defienda a los ciudadanos y se enfrente a ese poderoso grupo de presión.

“Los médicos sabemos que el mercado de los medicamentos no es un mercado cualquiera. Los pacientes no son meros consumidores de fármacos”

El interés de los fabricantes es claro: Accediendo directamente a los pacientes, éstos solicitarán a los médicos que les prescriban las medicinas de las que han sido informados tan positivamente. Pero todos sabemos que la información al paciente sobre las mejores opciones terapéuticas, en el difícil equilibrio de los beneficios, riesgos, inconvenientes y costes (BRIC) no debe estar impregnada de publicidad.

El principal implicado en este movimiento es el Pharmaceutical Forum, un grupo de trabajo carente de legitimidad democrática compuesto por dos comisionados y tres parlamentarios de la Unión Europea, ministros de los Estados miembros, no menos de cinco asociaciones de la industria farmacéutica, representantes de los profesionales de salud y las aseguradoras. Los pacientes están «representados» por el Foro Europeo de Pacientes, a su vez patrocinado por la industria farmacéutica.

Este movimiento para introducir la publicidad directa al consumidor viene disfrazado bajo la denominación de «acciones para mejorar la calidad de la información disponible dirigida al público». Actualmente, este modelo de publicidad solo



está disponible en Nueva Zelanda y EEUU, que dicho sea de paso ya ha demostrado que tiene efectos perjudiciales para la salud. Sin embargo, tememos que las fuertes presiones, que sobre la Unión Europea está produciendo este "lobby", terminarán consiguiendo en breve su objetivo ya que no existe ningún "antilobby" que defienda a los ciudadanos y se enfrente a ese poderoso grupo de presión.

El interés de los fabricantes es claro: Accediendo directamente a los pacientes, éstos solicitarán a los médicos que les prescriban las medicinas de las que han sido informados tan positivamente. Pero todos sabemos que la información al paciente sobre las mejores opciones terapéuticas, en el difícil equilibrio de los beneficios, riesgos, inconvenientes y costes (BRIC) no debe estar impregnada de publicidad.

Los médicos sabemos que el mercado de los medicamentos no es un mercado cualquiera. Los pacientes no son meros

“No se trata de crear un NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) británico, sino de crear un órgano asesor independiente, riguroso y transparente que ayude a pronunciarse a los responsables de los Colegios de Médicos con objetividad a cerca la relevancia clínica de las novedades terapéuticas e informar de sus evaluaciones”

mos, junto con las autoridades, la principal fuente de información sobre los fármacos, pues nos basamos en la evidencia científica y en principios deontológicos como la eficiencia que nos capacitan para recomendar lo que más conviene a cada paciente en cada ocasión", ya que la práctica de la medicina asienta sobre los pilares de la razón científica y la razón ética.

cas asesoras que valoren la relevancia clínica de las distintas alternativas que se van incorporando a nuestro arsenal terapéutico.

Sería bueno pues, comenzar en los colegios de médicos a crear esas estructuras que nos permitieran difundir con una sola voz la relevancia clínica de las novedades terapéuticas, con la fuerza y credibilidad que nos da la independencia de ser una organización financiada únicamente con su patrimonio y las cuotas de sus colegiados.

Somos conscientes que el crecimiento exponencial de la literatura médica sobre las novedades terapéuticas desborda la capacidad de análisis e interpretación de la misma para muchos médicos, quienes en ocasiones, deslumbrados por el potencial terapéutico que anuncia su fabricante, nos sentimos atraídos a utilizarlas en la creencia de que estamos aplicando el mejor tratamiento a nuestros pacientes, sin disponer de una evaluación objetiva e independiente que contemple los Beneficios, Riesgos, Inconvenientes y Costes (BRIC) de dichos medicamentos. Si a esto sumamos la amenaza que se avecina con la publicidad directa a los pacientes por parte de los fabricantes, tenemos el caldo de cultivo perfecto para crear la confusión y el desconcierto interesados que algunos pretenden, con la consiguiente repercusión en la salud de los ciudadanos.

No se trata de crear un NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) británico, sino de crear un órgano asesor independiente, riguroso y transparente que ayude a pronunciarse a los responsables de los Colegios de Médicos con objetividad a cerca la relevancia clínica de las novedades terapéuticas e informar de sus evaluaciones, no sólo a los médicos sino a la población general; con ello daríamos consistencia al contrato social que, de modo implícito, tenemos los médicos con la sociedad. ■



consumidores de fármacos. Si el debate científico ya es difícil para los médicos, trasladar directamente al paciente informaciones limitadas y sesgadas, destacando siempre el beneficio y minimizando el riesgo, es una temeridad a la que nos oponemos los médicos como ha manifestado Serafín Romero, Secretario General de la OMC cuando afirmó que: "los médicos so-

Para reforzar esa afirmación y combatir esta amenaza debemos fortalecer esos pilares éticos y científicos. Porque si bien es verdad que los Colegios de Médicos y el Consejo General de la Profesión se asisten de las **Comisiones Deontológicas** como órganos asesores que velan para que la práctica clínica se realice acorde al código deontológico, carecemos de **Comisiones Científi-**

Junta Directiva



Dr. Luis Fernández de Alarcón

Vocalía de Médicos de Hospitales del icomBA
medhospitales@colegiomedicobadajoz.org



Como vocal de Hospitales de nuestro colegio no quiero dejar pasar la oportunidad de hacer unas reflexiones sobre estos últimos meses en nuestra vocalía.

Hasta donde me alcanza la memoria (colegiado desde 1987) en los últimos años no habíamos tenido un reto como el vivido estas últimas semanas. En pleno periodo vacacional, cuando algunos pensaban que estábamos “dormidos o ausentes”, nos hicieron llegar desde el SES unas normas de aplicación de ampliación de la jornada laboral ordinaria que eran un auténtico despropósito.

La respuesta en los diferentes hospitales ha sido contundente, destacando los compañeros de Mérida, en sus inmediatas asambleas y con decisiones importantes. Desde aquí mi reconocimiento a todos por su actitud y prontitud.

Desde el colegio recogimos el testigo y convocamos una asamblea de Hospitales, el día 9 de agosto, sí en pleno mes de agosto, y con una respuesta masiva y muy representativa de todos los hospitales de nuestra provincia. Fruto de esa asamblea se elaboró un manifiesto y se pidió al colegio que liderase las negociaciones con el SES y la Consejería de Salud.

No voy a entrar a valorar los resultados de las múltiples negociaciones lleva-

das a cabo con gran presencia de nuestro presidente, otros lo harán. Han sido convulsas y difíciles, pero estoy convencido que de no haber dado los pasos que dimos, el resultado hubiese sido mucho peor.

He recibido de muchos compañeros el testimonio de gratitud y reconocimiento

“Esta defensa de nuestra profesión es nuestra razón de ser como colegio y la que debe guiarnos siempre. Bajo el paraguas de nuestro colegio debemos caber todos, y de esa unión sale una fuerza que ninguna autoridad pueda ignorar o despreciar”

por esta labor realizada desde el colegio, representando a todos los colegiados, sin distinción de sensibilidades políticas pero todos unidos bajo la bandera de la profesión médica. Esta defensa de nuestra profesión es nuestra razón de ser como colegio y la que debe guiarnos siempre.

Bajo el paraguas de nuestro colegio debemos caber todos, y de esa unión sale una fuerza que ninguna autoridad pueda ignorar o despreciar. En ocasiones no somos conscientes del poder que podemos tener si nos mantenemos unidos. Comparar con otros colegios profesionales sería odioso pero os aseguro que “muchos” nos envidian.

Hemos despertado algunas conciencias que hasta hace bien poco no creían en el colegio y su necesidad como entidad, denostando la colegiación obligatoria necesaria para tener un colegio fuerte y representativo de todos. A algunos de los presentes en las asambleas no se les veía en el colegio desde hace años. No podemos despreciar ese capital humano que nos ha apoyado y que se ha sentido representado.

A otros en cambio les habrá sorprendido nuestra postura. Tal vez se esperaban un colegio “manso” que se limitara a ser mero espectador del expolio que se pretendía. No podía ser así.

Pues el colegio debe ser eso. El nexo de unión de todos los profesionales médicos, independientemente de sus filias políticas o sindicales pero unidos por la profesión a la que amamos y dedicamos nuestras vidas.

En el deseo de que eso se cumpla siento que habrá merecido la pena mi dedicación a esta vocalía. ■

Colegiación (Julio - Septiembre 2012)

ALTAS JULIO 2012

Navarrete Gómez M^a Ángeles • 06/14/08180
 Olivera Rodríguez Carlos Félix • 06/06/05879
 García Doncel Enrique • 06/06/03406
 Pérez Argote Juliette del C. • 06/06/06633
 Covacho Cordero Daniel • 06/07/08569
 Carrascal Cumplido Ana • 06/28/60.038

BAJAS JULIO 2012

Tinoco Yepes Gabriel José • cese de actividad
 Pedraza Escobar Leticia Maday • cese de actividad
 Soler Cuberos Aura Milena • cese de actividad
 Delgado Casado Elena • cese de actividad

FALLECIMIENTOS JULIO 2012

Sanchez Estrada María Isabel • (29/04/12)
 Calvo Muñoz José M^a

ALTAS AGOSTO 2012

Carrascal Cumplido Ana • 06/28/60.038
 Tummino Jorge Alejandro • 06/06/06046
 Pichardo Gil Enriquillo Ramón • 06/06/06634
 Aguilar Andino Carlos Humberto • 06/06/06635

BAJAS AGOSTO 2012

Ruiz Villegas Cristhian • Traslado a Cáceres

ALTAS SEPTIEMBRE 2012

Arenas Moreno Susana • 06/06/06015

BAJAS SEPTIEMBRE 2012

Eneque Pisfil Mirian Moraima • traslado a Madrid
 Jaimes Puentes Diana Marcela S. • traslado a su país
 Lazo Jorge Miguel Salvador • traslado a su país
 Cardona Taborda Alexander • traslado a Las Palmas
 Crillo Calderón Antonia Isabel • cese ejercicio

FALLECIMIENTOS SEPTIEMBRE 2012

Moré Campos Agustín • (21/11/11)



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

Para estar en contacto
 permanente con tu Colegio,
 envíanos tu dirección email a
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

www.indugrafic.com

Actividades Colegiales Destacadas

DESPEDIDA A LA FUNCIONARIA BERNARDINA CABALLERO



El Vicepresidente 1º del IcomBA Dr. Leopoldo Gil Correa entrega un ramo de flores a "Berna" en su despedida.

El pasado **31 de agosto de 2012**, finalizaba su larga trayectoria en nuestro Colegio Oficial de Médicos la funcionaria Bernardina Caballero, "Berna" para todos.

INAUGURACIÓN DEL NUEVO CONSULTORIO DE LA BARRIADA MIRADOR DEL CERRO GORDO DE BADAJOZ



El Presidente del IcomBA asistió a la inauguración del nuevo Consultorio de la Barriada Mirador del Cerro Gordo de Badajoz. En la foto, acompañado de los profesionales.

TALLER "RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: OPTIMIZAR LA ATENCIÓN USANDO LA INTELIGENCIA EMOCIONAL"

Los días **17 y 18 de septiembre de 2012**, se ha celebrado en el Aula Social del IcomBA, el Taller "RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: OPTIMIZAR LA ATENCIÓN USANDO LA INTELIGENCIA EMOCIONAL".



Alumnos presentes en el taller durante la celebración del mismo.

II JORNADAS DE LACTANCIA MATERNA

Los pasados días **4 y 5 de octubre**, el Colegio de Médicos de Badajoz albergó las II Jornadas de Lactancia Materna, que organizó la Asociación MAIRE Lactancia Materna y que fueron inauguradas por el vicepresidente de la corporación colegial, Leopoldo Gil. Las jornadas estuvieron divididas en dos sesiones: una primera destinada a las madres y público en general y una segunda enfocada a los profesionales sanitarios.



SEMINARIO "PROBLEMÁTICA MÉDICO LEGAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. MANEJO DE SITUACIONES."

El día **2 de octubre** el Sr. Secretario General del IcomBA inauguro en el aula social del IcomBA el Seminario "Problemática médico legal en Atención Primaria. Manejo de situaciones." dirigido por el Dr. D. Mariano Casado Blanco.



PRESENTACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS DISLIPEMIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Dr. J. A. Becerra, Secretario General, inauguro en el salón de actos del IcomBA una videoconferencia de la presentación de las Nuevas Guías Dislipemias en Atención Primaria.



FESTIVIDAD DE SAN LUCAS, PATRÓN DE MEDICINA

El día **19 de octubre** se celebró en la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura la festividad de San Lucas, patrón de Medicina, a la que acudió en representación del IcomBA, el Secretario General, Dr. Becerra.



SEMINARIO "PROBLEMÁTICA MÉDICO LEGAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. MANEJO DE SITUACIONES."

Este seminario impartido por el Prof. Dr. Mariano Casado Blanco, se va a celebrar en las distintas sedes que el icomBA tiene en la provincia con este calendario:

- Badajoz 2 y 16 de octubre 2012.
- Zafra 4 y 18 de octubre 2012.
- Mérida 9 y 23 de octubre 2012.
- Don Benito 11 y 25 de octubre de 2012.

Horario del Curso: 17,30 a 20,30 horas.



SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA

Los días 4 y 5 de octubre se celebró en el salón de actos del IcomBA unas charlas divulgativas con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.



I CURSO BÁSICO DEL DOLOR CRÓNICO PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Impartido por D^a Adoración González Curado, el Dr. Francisco Luis Sánchez Mata y el Dr. Antonio Alcántara Montero.



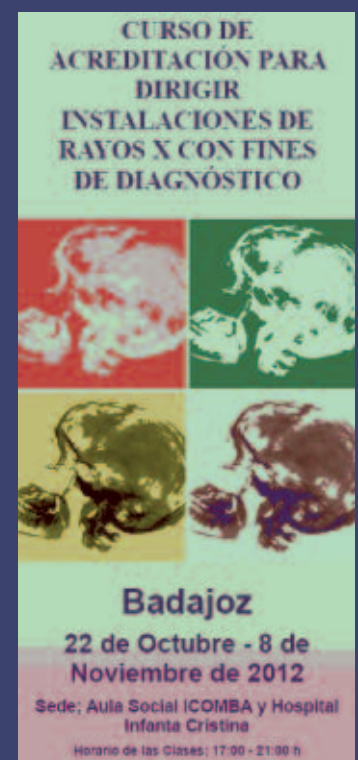
Lugar: Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de Don Benito.

Días: 9 y 10 de octubre.

Horario: 17.30 horas.

CURSO DE ACREDITACIÓN PARA DIRIGIR INSTALACIONES DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO

Del 22 de octubre al 8 de noviembre de 2012 se celebrará en el icomBA este curso que pretende incrementar los conocimientos en materia de Protección Radiológica de los trabajadores expuestos, así como los aspectos básicos de protección radiológica al paciente.



Agenda de Formación

CURSO GESTIÓN DE LA EMPATÍA PROFESIONAL



Los días 24 y 25 de octubre se impartirá en el Aula Social del IcomBA en Badajoz, este curso organizado por la Asociación Dando Calor, el Centro de Humanización de la Salud y el IcomBA.

VIDEOMED 2012

Del 13 al 16 de noviembre de 2012 se celebra en el Colegio Oficial de Médicos de Badajoz el XVIII Certamen Internacional de Cine Médico, Salud y Telemedicina VIDEO-MED.



CURSO MONITOR SOPORTE VITAL BÁSICO Y DEA

(Programa ESVAP de SEMFYC) impartido por el Dr. Juan Antonio Cordero Torres, Dr. Jesús Arroyo Fernández de Aguilar y la Dra. Rosa M^a Hormeño Bermejo.

Lugar: Aula social y hall salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz.

Días: 21 y 22 de noviembre de 2012
 Información en <http://www.soportevitalextremadura.es/>



ACTUALIZACIÓN GUÍAS EPOC (GOLD Y GESEPOC)

Impartido por la Dra. Dña. Francisca Lourdes Márquez Pérez.

Lugar: Aula social del IcomBa
 Día 4 de octubre de 2012.
 Horario: 17.30 horas.

CURSO DISFUNCIÓN ERÉCTIL PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar: Aula Social del IcomBA
 Día 18 de octubre de 2012

EL MÉDICO EN LAS FUERZAS ARMADAS

El día 24 de octubre se celebra en el Salón de Actos del IcomBa en Badajoz, unas Jornadas de Sanidad Militar.



CURSO FORMATIVO EN RIESGO CARDIOVASCULAR EN EXTREMADURA

El 27 de noviembre se celebra conjuntamente en el Colegio de Médicos de Badajoz en sus sedes de Badajoz, Mérida y Zafra y el Colegio de Médicos de Cáceres en sus sedes de Cáceres y Plasencia el Curso Formativo en riesgo Cardiovascular en Extremadura por videoconferencia desde la sede central del IcomBA en Badajoz.



EL COLEGIADO OPINA

¿Qué opinas de las últimas resoluciones e instrucciones del SES que afectan a los médicos?

Nuestros colegiados toman la palabra para trasladarnos sus reflexiones personales a la cuestión planteada

El icomBA no se hace responsable ni comparte, necesariamente, la opinión de sus colegiados. Pero se hace absolutamente permeable a las mismas, desde las distintas sensibilidades a las que representa, en este momento en que la unidad de la profesión es una alta prioridad ante las medidas sanitarias que conllevan perjuicios a nuestra profesión y que esta misma directiva colegial ha venido denunciando en los medios disponibles a su alcance. Gracias por vuestra participación.

PEDRO JESÚS MORALES BLANCO.
Colegiado 06/06/2349
Médico adjunto Servicio de Medicina Interna (Hospital Perpetuo Socorro).
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Mi opinión sobre las últimas resoluciones es de una total ineficacia, improvisación y desconocimiento de la realidad sanitaria de nuestra región. Están haciendo creer a la población que la culpa de déficit es de la profesión médica, y como privilegiados hay que actuar contra ellos. No se dan cuenta que para los médicos lo importante es el enfermo y como consecuencia todo lo que vaya a mermar la asistencia de los mismos, tendrán nuestro más absoluto rechazo.

Se están tomando medidas sólo de tipo economicista, con gran perjuicio para la profesión sanitaria y en particular los médicos. Me da la impresión que por sus antecedentes de gestión, el Sr. Albino Navarro quiere montar una especie de Insalud en Mérida, quitando de capacidad de gestión y de contenido todas las Gerencias de Área.

EDUARDO JIMÉNEZ LÓPEZ.
Colegiado 06/06/05760

Me parece la consecuencia lógica de una situación de crisis que afecta a un



colectivo médico que carece de unos sindicatos serios o representativos. Si los sindicatos dependieran de los aportes económicos de los afiliados, entonces se preocuparían algo por ellos.

ISABEL BENITO ARROYO.
Colegiada 06/06/04309
Médico de familia

Pienso que las medidas afectan fundamentalmente a los profesionales que llevan más años trabajando. Son unas medidas que suponen un retroceso a todo lo alcanzado hasta ahora y que nos ha costado mucho conseguir.

Medidas que desmotivan al profesional y que subestiman la labor que desarrollamos.

Medidas que están consiguiendo la fuga de profesionales en los que se ha invertido en su formación.

Medidas que llevarán al desprestigio del Sistema Sanitario Español hasta ahora también considerado.

PABLO SÁNCHEZ ARROBAS.
Colegiado 06/06/03225

Pues que menos mal que no trabajo para el SES y sí para la AGE. Las reformas (recortes) casi siempre repercuten en los trabajadores sanitarios, no en los usuarios que dan votos a los políticos.

M^a. ROSARIO QUINTANA PEREIRA.
Colegiada 06/06/02608
Pediatra AP AZUAGA.

La falta de acercamiento, para llegar a un acuerdo puede volverse contra ellos el desencanto de todo un colectivo que ya está muy quemado del día a día, hará el efecto contrario al que ellos desean, porque se incrementara el gasto y los profesionales estarán menos motivados.

Sé que muchos de nosotros dedicamos en nuestras casas más horas de las que quieren incrementarnos como jornada extra. Solo tienen la ventaja que a veces nos dividen y vencen y eso no debemos consentirlo, y hacerles ver que están en un error y sino mostrar nuestra unión y nuestra respuesta.

JUAN M^a FERNÁNDEZ NÚÑEZ.
Colegiado 06/06/0 4369.

Nada más leer la resolución inicial y algún borrador posterior, lo que a uno se le viene a la cabeza rápidamente, y no hay que ser muy ágil, es que están redactadas por alguien que desconoce el funcionamiento del sistema sanitario en general y el extremeño en particular. Y no sólo su dinámica, sino el quehacer y sentir de los diferentes colectivos de profesionales que lo forman, especialmente el mío, el de los médicos. Inventan tipos

En Portada

de jornada laboral inexistentes en el Estatuto Marco, obligándonos a trabajar más días o bien en jornada "no ordinaria". Si a ello unimos el reciente y brutal tijeretazo que han sufrido los mayores de 55 años (mis maestros y mis referentes profesionales) en sus nóminas, a nadie se le escapa que, en definitiva, a la actual administración le importa un bledo el paciente, el trabajo bien hecho (ya sea en atención primaria o en la especializada) y la conciliación de la vida laboral-familiar, ... lo que importa es pagar menos a los médicos.

JOSÉ RAMÓN LÓPEZ MÍNGUEZ.

Colegiado 06/06/02.208

Jefe de Sección Hemodinámica.

Hospital Infanta Cristina

En una frase breve, creo que se están tomando medidas fáciles de reducir sueldos incentivos y derechos, ante un colectivo que no ha tenido nada que ver con la crisis y que muy al contrario lo único que ha hecho es estar siempre al pie del cañón a pesar de ser de los peor pagados de la UE.

Además existe un mensaje de desprecio sin escuchar los problemas ni tratar de negociar juntos soluciones.

Un saludo y seguir luchando como hasta ahora.

ANTONIO NACARINO JIMÉNEZ.

Colegiado 06/06/0 4739.

Coordinador Médico de la Unidad Medicalizada de Emergencias-112 y Helicóptero Sanitario del Área de Salud Don Benito-Villanueva de la Serena

En cuanto a las Unidades de Emergencias-112 como la de Don Benito, deficitaria de horas porque dispone, además de la UVI móvil, de un recurso limitado por el ocaso como es el helicóptero y en la que no se remunera la peligrosidad que lleva asociado dicho medio; la aplicación de las instrucciones del SES han consistido en no pagar las horas extraordinarias que hemos tenido que hacer en verano para suplirnos nuestras propias vacaciones, para la que no nos han puesto sustitutos a pesar de solicitarlos. Esto lo consideramos un atraco a mano armada, máxime cuando en ningún momento se nos ha pedido opinión de cómo poder hacer efectiva las resoluciones de ampliación de jornada aprobadas por el Gobierno de España por otros medios que no sea maltratar nuestro sueldo y que sí pueden ser beneficiosas para la población de cobertura, pero eso no genera dinero.

LUCIANO PRIETO ROMO.

Colegiado 06/06/02101

Urólogo de Hospital de Don Benito

Si quieren recortar que comiencen por ellos mismos, consejeros, cargos a dedo, políticos, asesores..... y así quizás lograrían mover voluntades.

Si eran desastres unos, los otros los van a dejar cortos improvisando. No saben lo que están haciendo el control del gasto sanitario esta siempre en manos de los facultativos.

17 autonomías 17 locuras de gasto

17 autonomías 17 múltiplos de chorizos y políticos corruptos

17 autonomías 17 formas de comprar, legislar, programas informáticos..... Resultado: "España a la ruina". "Con tanto chorizo no queda ni para pan"

MANUEL GALINDO PRIETO.

Colegiado 06/06/02678

Ginecólogo del Hospital de Mérida.

Jefe de Sección.

Hospital de Mérida desde el año 1988.

Medidas del SES que afectan a nuestro colectivo:

1.- En ningún momento ha existido una real intención de negociar, sino de vender la foto de negociación, para acabar llevando a la mesa sectorial el documento por La Consejería elaborado. (So pena de cambio en días próximos). NO creo. 2.- Es un atentado a la medicina pública en general y a los facultativos en particular. 3.- Un agravio con los mayores de 55 años, pues son los más perjudicados (aunque todos lo seamos), proporcionalmente mayor pérdida del sueldo, de días canosos y si llegamos a carrera profesional etc. 4.- Después de 30 años luchando por la sanidad pública, compruebo que a este Gobierno no le importa nada. 5.- Y tengo claro que lo que quieren es que nos marchemos a la privada, y los de más edad, más le interesa que nos vayamos. 6.- Este camino es la vuelta a una medicina de la beneficencia y otra medicina de los que puedan pagárselo.

ANTONIO MORENO CHECA.

Colegiado 06/06/02409

Jefe de Sección Hospital Don Benito Villanueva

Opino que es de vergüenza que se tenga que negociar con una persona que tiene un contrato de alta gestión blindado, una forma que al menos éticamente, le invalida. Ese es el que nos pide que trabajemos más y ganemos menos.

JOSÉ MARÍA GARCÍA DE ANDOAIN RAYS. Colegiado 06/06/03384

FEA Cardiología en S. de Cardiología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Mal en cuanto a la forma y fondo. Notificadas en julio, parte del personal de vacaciones... ¿para cumplir ya mismo, el 1 de agosto? No comunicadas adecuadamente a los afectados (> de 55 a.) ni a muchos responsables-jefes de unidad. No se han aclarado con lo que había que hacer ni estos últimos. No se puede romper unilateralmente e inmediatamente unos acuerdos entre administración-sindicatos que llevan unos 15 años (sin dar un tiempo a los afectados para adaptarse a una bajada importante en los ingresos, me refiero a los > de 55 a. con módulos). No se puede pretender que unos empleados públicos hagan un horario diferente a otros por pertenecer a diferentes consejerías, etc. Peor hecho imposible.

ANTONIO DEL REY GONZÁLEZ.

Colegiado 06/06/02488

Cabeza Del Buey.

Pues pienso que los colectivos unidos son los que consiguen sus reivindicaciones laborales. Los médicos, tradicionalmente aislados y poco adeptos a actuaciones de ese tipo, tenemos lo que nos han querido dar, a regañadientes, siendo gracias a quienes este modelo sanitario funciona. Cuando el Colegio de Médicos ha tomado las riendas de esta nueva situación todo el colectivo ha respondido extraordinariamente. La satisfacción del éxito conseguido debe ser el estímulo que desde hace muchos años todos esperábamos y necesitábamos. A partir de este momento siento que mi "Colegio" me apoya.

SERGIO LUNA ESTÉVEZ.

Colegiado 06/03888

Médico de Atención Primaria.

Consultorio de La Codosera.

Centro de Salud de Alburquerque

Cualquier persona sensata está de acuerdo en que tenemos que colaborar para salir de la crisis que atravesamos. El SES está apretando las tuercas a los médicos de una manera agobiante. En un año hemos perdido derechos que había costado mucho tiempo adquirir y en mi caso, gano menos que hace 25 años cuando empecé a trabajar en la profesión. Esto es más sangrante si consideramos que el estamento político no parece hacer suyos estos sacrificios, existiendo muchos cargos de no demasiada relevancia mejor retribuidos que los médicos. ¿Acaso ejercen un trabajo de mayor responsabilidad?, ¿acaso son más necesarios para la

sociedad?, ¿quizá contribuyen en mayor medida a nuestro "estado del bienestar"? Nuestro gremio es el más paciente de cuantos existen, pero no por ello puede pretender la sociedad contar con médicos "milleuristas". Nuestra especial y costosa formación, nuestra responsabilidad en el desempeño diario, nuestro compromiso con la sociedad y nuestra dedicación exigen unas retribuciones acordes con las mismas. Por otra parte, no entiendo la justificación para alterar nuestros horarios ni nuestras condiciones laborales; con las guardias ya teníamos bastante para alterar nuestra conciliación familiar. Sinceramente, no creo que vayamos a ser más productivos por trabajar media hora más. Por cierto: nadie parece tener en consideración que muchos de nosotros empleamos más de dos horas al día en desplazarnos hasta nuestro puesto de trabajo. Si te accidentas en el trayecto se considera "accidente laboral", ¿por qué no se considera este tiempo como jornada laboral? En fin, sigamos trabajando por y para la sociedad y confiemos en que sus representantes sepan valorar nuestra aportación, de manera justa y en todos los sentidos.

CRISTINA HERNÁNDEZ VILA.

Colegiada 06/06/06424

MIR de tercer año. Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Infanta Cristina.

Considero un error aumentar la jornada laboral para obtener unos objetivos que son inviables, trabajar más implica aumento del consumo de recursos, aumento de la necesidad de camas hospitalarias, aumento de la lista de espera quirúrgica, aumento de la lista de espera para pruebas complementarias y aumento de las necesidades de personal de enfermería, auxiliar, celadores etc. Creo que debería valorarse cuántos pacientes se tratan en una mañana y no tanto en si el médico permanece más o menos horas en el hospital o en el centro de salud. Por otro lado, la administración no tiene en cuenta todos esos días que tenemos que permanecer en nuestro puesto de trabajo porque un paciente se ha complicado, porque ha llegado una urgencia a última hora o porque el número de pacientes que hay que ver sea excesivo.

CARLOS CORDERO CORDERO.

Colegiado 06/06/05405

Médico ITAT/ITCC.

Mutua ASEPEYO Badajoz

Por lo que leo en la prensa hay una queja generalizada por aumentar la jornada a 37.5 horas/semanales, entre otras cosas. Por mi parte, decir que llevo haciendo ese horario en la Mutua desde que entré

en el 2001, cobro menos que cualquier médico del SES, no soy funcionario aunque se me considera como tal, si hago bien mi labor de control de IT, la Mutua ingresa a la Seguridad Social unos fondos importantes y como premio Zapatero me quitó el 5% y Rajoy me quitará la paga extra. ¿Alguien se ocupará de nosotros algún día?.

Gracias a todos.

FERNANDO BLAS TABLA HINOJOSA.

Colegiado 06/06/05349

Me parece que el SES está completamente desorientado. Las últimas medidas me parecen un desacierto, empezando por el nombramiento de los responsables del SES. Si realmente trabajan por la sanidad extremeña poco les está cundiendo. La demagogia se ha instalado en la "sostenibilidad del sistema", antes era lo "políticamente correcto" y ahora esta demagogia-hipocresía de los políticos que nos gobiernan (se amplían a todos los grupos políticos. IU se deja al margen porque no tiene calificación). Al final, el ciudadano de a pie es el que sufre las consecuencias del sistema mal organizado y mal estructurado: Listas de espera interminables, menos recursos asistenciales, menos financiación de fármacos, etc.

PEDRO GARCÍA RAMOS.

Colegiado 06/10/03611

Médico de Familia.

Centro de Salud de Don Benito Oeste

Están redactadas desde la más profunda ignorancia de la realidad, con unas claras tendencias populistas que tratan de dar carnaza a una opinión pública desanimada, desorientada y estrangulada por otras instancias del gobierno. El médico es uno de los principales activos de esta empresa reconocido dentro y fuera del sistema, responsable de una atención clínica de gran calidad reconocida y cacareada por todos los barómetros y encuestas..., sin embargo se nos presenta como un colectivo de funcionarios al que hay que aplicar mano dura y quitar privilegios malentendidos frutos de su mas de 10 años de formación especializada y de muchos sacrificios, personales y familiares, de los que con el paso del tiempo nadie se acuerda.

FRANCISCO JAVIER BLANCO APARICIO.

Colegiado 06/06/03522

MAP del Centro de Salud Obispo Paulo de Mérida.

Me parece que todas las resoluciones e instrucciones del SES con respecto a los médicos y a la Sanidad en general, van en contra de los profesionales de la salud.

¿Qué le hemos hecho a esta gente para que nos traten así? Me parece que su único objetivo es cargarse la Sanidad Pública. ¿La razón? No lo sé, pues me resisto a pensar que sea únicamente económica.

DIEGO LÓPEZ PEÑAS.

Colegiado 06/14/06973

Especialista de A Digestivo.

Hospital de Llerena. Badajoz

Me parecen un sinsentido, una falta de ética profesional, laboral y para con el personal sanitario y pacientes fuera de todo lugar. Los recortes sanitarios y el aumento de horas laborales sólo van a servir para crear malestar, burnout o "quemadera" en el personal sanitario con lo que va a trabajar peor y eso se va a notar en la calidad asistencial percibida por parte del paciente. Por otro lado la política de imposiciones y recortes del gobierno no va a llevar a nada y no lo digo yo sino muchos economistas (salvo los alemanes y del BCE) y por ejemplo el premio nobel de economía. Por el contrario van a crear más paro, más malestar en la población y peor salud. La enfermedad siempre gana en términos económicos, no se le puede buscar beneficio fiscal. Por el contrario habrá más falta de salud y para demostrarlo me apoyo en la propia definición de salud por parte de la OMS que dice : La salud es la presencia de bienestar físico (recortes que dejan fuera de medios sanitarios a gente que no tiene para pagarlos y que supondrán más sobrecarga para urgencias y un riesgo para la salud pública -enfermedades infecciosas- retirada de fármacos menores que ahí querría ver a alguien con un estreñimiento de 30 días de evolución a ver los síntomas menores que tendría ¿qué quieren que sólo tenga buena salud el que tenga más dinero? pues volvemos al Medioevo), mental (falta de salud mental en pacientes por la crisis del gobierno y si son inmigrantes además sin medicinas - aumento de suicidios asesinatos, etc.- burnout, ansiedad y depresión en personal sanitario) y social (¿la sociedad que hace por mí?: no me permite estudiar por no tener dinero para pagar estudios, ni trabajar por el paro que hay y ahora ni siquiera me puedo permitir ponerme malo porque no me va a curar ¿qué hago?!). Muchas gracias.

JUAN JOSÉ GARRIDO ROMERO.

Colegiado 06/06/05478

FEA Neumología Don Benito-Villanueva

No creo que sea una cuestión de horarios estrictos, sino de productividad. La

En Portada

rigidez de horarios dificulta la conciliación de la vida laboral y familiar, y esto disminuye la productividad. Creo que cada servicio o grupo de trabajo debería plantearse como mejorar la calidad del servicio que presta utilizando los recursos de los que disponemos con la mayor eficiencia posible (aprovechamiento de la tecnología, coordinación, colaboración, etc.). Se deberían tener en cuenta la docencia o la formación continuada en nuestra jornada de trabajo.

MARÍA REDONDO FERNÁNDEZ.

Colegiada 06/45/05026.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad del Dolor de Badajoz.

Lo primero que quiero destacar es lo orgullosa que me siento de pertenecer a este Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, y especialmente de nuestro Presidente el Dr. Pedro Hidalgo, que está representando y trabajando para todos los médicos de nuestra provincia. Siempre es mejor sumar que dividir, el hecho de las diferentes reuniones programadas en los que tanto los Médicos Especialistas de Atención Primaria con los Médicos Especialistas de Atención Hospitalaria y en las que el consenso entre ambos grupos era común pone de manifiesto que todos unidos podemos conseguir más. No conozco a otros profesionales especializados, más entregados, siempre estamos en continua formación y al igual que tenemos deberes, también tenemos derechos, que se han ido adquiriendo con el paso de los años, no podemos dejar que sean mermeros y debemos luchar.

EDUARDO CEBALLOS BARBANCHO.

Colegiado 06/10/03782

Oncólogo Médico. Hospital de Mérida.

En mi opinión suponen una falta de consideración total y absoluta, algo a lo que la administración nos tiene lamentablemente acostumbrados. No solo el contenido de las mismas, sino la forma de proceder, con "vacacionalidad" y alevosía, sin tener en cuenta nuestro criterio ni pedirnos opinión. Por otro lado las declaraciones del señor consejero de sanidad, tachándonos directamente de despilfarradores, confirman lo escrito arriba. Creo que nos debe una disculpa pública por lo menos. Por último añadir que la respuesta unánime de nuestro colectivo me ha resultado de lo más reconfortante y creo que ha puesto bastante nerviosa a la administración, que no se lo esperaba y va a tratar de dividirnos.

LUIS GARCÍA PARADELLS.

Colegiado 06/06/01827

Ginecólogo HMI Badajoz

¿Quién diagnostica, trata y cura a los pacientes? Por supuesto los médicos con todos los colaboradores sanitarios. Quien receta los fármacos y es pieza clave en el gasto farmacéutico? ¿Cómo responde el SES? Castigo a los mayores de 55 que han formado a los MIR y otros más jóvenes y la mayoría con oposición en propiedad. Aumento chapucero del horario sin estudiar rentabilidad. Incumpliendo sus propios decretos como la provisión de plazas de jefes de servicio y de sección que implican exclusividad en el sector privado, si esto sigue así agotadas las negociaciones y las vías legales ante la carencia de autoridad moral nos empujan a la desobediencia civil si los políticos incluida la oposición no arreglas el desajustado.

CARLOS SÁNCHEZ RODILLA.

Colegiado 06/06/02817.

Adjunto de Medicina Interna.

Hospital de Mérida

Las dos me parecen desafortunadas carentes de responsabilidad y represoras suprimiendo derechos adquiridos después de realizar guardias durante más de 30 años. Si el horario es de 37,5 horas semanales lo legal es aumentarlo media hora diaria, teniendo en cuenta además de la asistencia nuestra formación constante y la docencia para los residentes con sesiones clínicas, cursos etc. Con respecto a la supresión de los módulos a mayores de 55 años, creo que hacíamos una buenísima labor pues realizamos trabajo asistencial disminuyendo las listas de espera. Deben sentarse con los profesionales y establecer un plan de sostenibilidad y eficiencia. No enfrentamientos, sino ir todos en el mismo barco, si el SES defiende como los profesionales, una buena sanidad pública.

ALFONSO GARCÍA CABAÑAS.

Colegiado 06/06/03633

Que todos los médicos y centros tengan la posibilidad de cumplir de la misma manera, aunque pueda haber varias formas. Que si se ha compensado de una manera...ya está...que no vengán pidiendo otra más. Que nos dejen en paz y se acabe el disminuirnos el poder adquisitivo, que busquen otras fuentes de ahorro. Ni que tuviéramos notros culpa alguna. Que nos expliquen que ahorran quitando los días de libre disposición. Si nos organizamos para acumularlos.

Lo que tienen que hacer es buscar la forma de aliviar la sobrecarga en algunos sitios y que optimicen la rentabilidad en otros.

Que miren la realidad de los trabajos y vean el tiempo efectivo de trabajo de los diferentes colectivos, además de las actividades añadidas que tenemos...

MANUEL GARCÍA ROMERO.

Colegiado 06/06/02778

Jefe de servicio de Anestesia del Hospital de Don Benito-Vva.

Llevo cotizando a la SS desde 1977 y dentro del Sistema Nacional de Salud desde 1979. No me considero una persona insolidaria; son tiempos difíciles y si hay que contribuir por igual a salir de esta, vale. Lo que considero totalmente injusto es el maltrato que hemos recibido los mayores de 55 años. Aparte de lo que nos quitan a todos, me quitan casi 1.000 € más al mes por llevar tanto tiempo trabajando (tengo 61 años)...aparte de esto nos quitan las ¡subidas de sueldo encubiertas!, es decir casi medio mes de días libres (a mi en concreto 13 días. 6 de trienios, 4 de antigüedad y 3 de LD). ¿Esto es justicia?

JOSE MANUEL CABEZON PONS

Colegiado 06/06/03928

Medico Familia. Consultorio Local Higuera la Real. Zafra (Badajoz)

Las directrices que emanan del SES están totalmente de espaldas a la realidad de la SANIDAD PUBLICA EXTREMEÑA, convirtiéndonos a los médicos en fichas de un juego de estrategia mercantil, en el que somos el espécimen a extinguir por agotamiento físico y moral, y haciéndonos totalmente prescindibles ante la opinión pública ,como ejemplo de funcionarios privilegiados y caprichosos. El tiempo, juez implacable, pondrá a cada uno de los actores de esta trama en su verdadero papel. Esperemos que entonces no sea demasiado tarde para TODOS.

ANTONIO MARÍA RUIZ

DE LA CONCHA.

Colegiado 06/06/03474.

C. S. Jerez de los Caballeros.

Tomadas a la ligera y sin contar con nosotros. Sobrecargan otras medidas que ya se nos han aplicado, y que han supuesto una importante disminución de nuestros honorarios. Sé que el fin es controlar el inmenso déficit público que otros dejaron, pero esto se logra mejor teniendo en cuenta nuestra opinión de expertos y de principales ejecutores en el ámbito sanitario, y también adoptando medidas en otros sectores de nuestra sobredimensionada, despilfarradora y quijotesca administración pública. Bien, ahora, por la negociación. ■

“LA POLÍTICA DE LA ACADEMIA ES HUIR DE LOS EXTRANJERISMOS”



DR. LUIS GARCÍA-SANCHO MARTÍN
Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina.

Los pasados coloquios médico-quirúrgicos de Zafra dio la oportunidad a los profesionales médicos y estudiantes de Extremadura de conocer de primera mano el *Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina*. Todo ello gracias a la presencia de uno de sus impulsores más

firmes, el Dr. Luis García-Sancho Martín, quien detalló el contenido de tan novedosa y útil publicación. En Médicos de Badajoz no querían dejar pasar la oportunidad de charlar con el Dr. García-Sancho y divulgar así la obra de la Academia.

¿Cuál es el objetivo que se marcaron desde la Academia para emprender el proyecto del Diccionario?

El objetivo fundamental de la publicación de esta obra ha sido proporcionar, preferentemente a los profesionales sanitarios, pero también a otros grupos profesionales, una herramienta para la normalización y el buen uso del lenguaje médico en

español. Ya en los estatutos de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) de 1796 se había establecido, por primera vez, la necesidad de elaborar un diccionario de medicina a fin de subsanar la escasez de obras de este tipo en nuestro país, necesidad sobre la que se vino insistiendo en estatutos sucesivos, sin que hasta ahora, sin pararnos en este momento a analizar sus causas, se hubiese cumplido este cometido. Hace unos años, gracias al impulso definitivo del Prof. Durán Sacristán, mi Maestro, refrendado por la junta directiva de la Institución y los señores académicos, se culminó el proceso, por considerarse ina-

ENTREVISTA CON...

plazable el mandato de que la RANM sea garante de la vigilancia y difusión del uso correcto del lenguaje médico, como así se expresa también en los recientes estatutos aprobados en mayo de 2011. Se trata de una importante tarea puesto que alrededor de 900.000 médicos en el mundo son hispanoparlantes, y el español, nuestro idioma, es utilizado, según el Instituto Cervantes, por unos 500 millones de personas y aumentará a 600 millones en el año 2050.

¿Qué aporta a la comunidad médica este documento?

El Diccionario de Términos Médicos (DTM) es un diccionario de nueva planta, elaborado en España por autores españoles, pensado y escrito directamente en español, no traducido de otros idiomas. Se trata de un trabajo multidisciplinar coordinado de académicos y algunos especialistas cualificados cuidadosamente seleccionados, junto con lexicógrafos, traductores y etimólogos. Las entradas al DTM cuentan con información etimológica, equivalencia en inglés norteamericano, definición, sinónimos y observaciones. Además del núcleo central de términos habituales en el lenguaje internacional de la medicina en cualquier país, se recogen numerosos términos característicos de la medicina española e hispanoamericana y de la misma forma, además de los antropónimos, se recogen los nombres de personalidades médicas, especialmente del área hispana, y sus contribuciones a la medicina, lo que, en cierto modo, permite utilizar el DTM como diccionario biográfico. El diccionario también cuida con esmero la sinonimia, incluyendo unos 35.000 sinónimos y variantes, así como la polisemia, analizando en profundidad los distintos significados de un mismo término, y la homonimia, esto es términos de idéntica grafía y diferente significado por su distinta etimología. Además en 5.000 entradas incorpora nomenclatura normalizada de la terminología anatómica internacional, de la clasificación internacional de enfermedades, de la terminología psiquiátrica estadounidense, etc. Las definiciones están expuestas con claridad y precisión, están actualizadas y son homogéneas en términos afines como los anatómicos, microbiológicos, fármacos, instrumentos, etc.,

proporcionando una información suficiente y en muchos casos extensa sobre el concepto definido. Por último, el DTM, que no es una enciclopedia, ni un libro de texto, ni un tratado de técnicas, tiene carácter normativo y didáctico ya que a través de las 27.000 observaciones contenidas en la obra, se orienta al lector sobre riesgos de confusión entre términos parecidos o conceptos afines, se aportan recomendaciones de uso de las palabras, se alerta sobre incorrecciones gramaticales, ortográficas o tipográficas y sobre errores frecuentes de traducción, y se aporta la escritura o la pronunciación de nombres extranjeros. En definitiva, el DTM, que cuenta con 52.000 entradas y 65.000 acepciones, pretende ser una obra de referencia en la lexicografía médica en lengua española.

En varios análisis que hemos consultado, una de las características más destacadas ha sido el empleo del español en detrimento de los anglicismos. ¿Ha sido premeditado?

Efectivamente el uso de anglicismos, en muchas ocasiones de forma absolutamente innecesaria y muchas veces por esnobismo, inunda y contamina el lenguaje profesional de los médicos. La RANM se muestra partidaria del uso de palabras españolas para designar los términos profesionales evitando el uso de extranjerismos innecesarios. No obstante, es preciso reconocer que existen términos tan arraigados en nuestro lenguaje que resulta muy difícil su sustitución por el término español equivalente, como es el caso de shock, por ejemplo, que es un anglicismo innecesario que sustituye a la expresión adecuada de choque. En otras ocasiones, los nuevos términos creados en inglés u otras lenguas extranjeras, tienen una traducción difícil, si no imposible al español, por lo que en estos casos no hay más remedio que admitir la palabra original en el lenguaje profesional. En cualquier caso, la política de la Academia es huir de los extranjerismos, que solo deberían utilizarse cuando no existe equivalencia en español. De todas formas, la Real Academia Española de la Lengua, cada vez más permisiva, ha "castellanizado" muchos términos ingleses del lenguaje ordinario y del lenguaje profesional, como por ejemplo el término *baipás*.

Debido a los avances científicos, ¿necesita este Diccionario una constante actualización?

Evidentemente este diccionario necesita una actualización permanente. No en balde la Comisión del Diccionario de Términos Médicos de la Academia, inmediatamente después de la publicación de la primera edición ha comenzado a trabajar en nuevos proyectos, como son la segunda edición de este diccionario, la elaboración de un Diccionario Panhispánico de Términos Médicos en colaboración con las Academias de habla hispana, y se está valorando la edición de diccionarios de términos médicos por especialidades. Por otra parte, dado que el DTM ha sido publicado en versión papel y versión electrónica (DTMe) simultáneamente, esta última permite corregir de forma inmediata errores advertidos en la primera edición e, igualmente, realizar una actualización periódica con la advertencia de "artículo nuevo" para incorporar nuevos lemas, o de "artículo enmendado" cuando se trate de modificaciones de la definición anterior. La creación de una "Sección de terminovigilancia", expresión acuñada por mi compañero académico el Prof. Campos Muñoz, es de gran interés pues permite consultar dudas sobre el lenguaje médico, solicitar la modificación de alguna definición y proponer la inclusión de nuevos términos en futuras ediciones.

En principio parece una obra destinada al ámbito médico, ¿pero tiene sus aplicaciones fuera de este ámbito, como puede ser el periodístico o asociaciones de pacientes?

Sin duda el ámbito de aplicación del DTM no debe quedar restringido a los médicos y estudiantes de Medicina, sino que está destinado también a profesionales y estudiantes de ciencias biosanitarias y de ciencias afines. No obstante de él pueden beneficiarse otros muchos profesionales, como escritores, periodistas, guionistas y directores de cine y artes escénicas, jueces y abogados, traductores (el DTMe puede servir como diccionario bilingüe), pacientes y asociaciones de pacientes y, en general, cualquier persona con deseo, curiosidad o necesidad de conocer el significado de los términos médicos. ■



Dr. Mariano Casado Blanco

Presidente de la Comisión de Deontología del ICOMBA.
Vocal de la Comisión Central de Deontología de la O.M.C.

Asistencia Sanitaria y Objeción de Conciencia

Ya ha pasado el verano y estamos de nuevo en la brecha, atrás quedan o van quedando las merecidas y reglamentarias vacaciones. Durante este tiempo hemos sufrido los rigores del calor veraniego, nos hemos entusiasmado con el triunfo de nuestro equipo sobre el contrario, incluso algún amigo se ha quedado en el camino e igualmente hemos mantenido una estrecha relación y hasta preocupación con una "prima", que aunque no la conocíamos se nos ha instalado en nuestras vidas, de forma que no hay manera de deshacerse de ella. Del mismo modo hemos podido comprobar como el "Gobierno de España" ha trabajado incansablemente en hacer "arreglos" de lo más variado e incluso ha habido tiempo para aprobar reales decretos, que afectan a toda la sociedad y por supuesto a los médicos. Me refiero al ya más que conocido Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (BOE de 4 de agosto), por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria, con cargo a los fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Una vez más podemos evidenciar lo frecuente que resulta, en el ámbito sanitario y específicamente en el médico, la aparición de situaciones que no se remedian con un elemental análisis o aplicación de soluciones estrictamente de gestión burocrática, ni de simple aplicación de normativas legales. Estas, no resultan ni medianamente suficientes, pues son resoluciones que afectan a valores fundamentales en los que se asienta la esencia de la propia Medicina, como son la Ética y en la Deontología, que nos enseña a cómo debemos actuar ante determinados dilemas que se plantean en la vida profesional.

Pues bien con la aparición del referido R.D., y tras el anuncio de la aplicación de recortes sanitarios, un determinado grupo

de médicos hizo pública manifestación de hacer uso de la "objeción de conciencia" para poder continuar dando asistencia médica a los inmigrantes ilegales o "sin papeles".

Menudo lío se ha formado y ahora cómo se soluciona. Lo primero que se puede pensar con respecto a esto, es relativamente simple y es que "esta situación no es objetable", y por ello trataré de explicarme. Básicamente, no se puede fun-

"Un determinado grupo de médicos hizo pública manifestación de hacer uso de la "objeción de conciencia" para poder continuar dando asistencia médica a los inmigrantes ilegales o "sin papeles" (...) Lo primero que se puede pensar con respecto a esto, es relativamente simple y es que "esta situación no es objetable"

damentar ni defender que los médicos tengamos el derecho a incumplir una norma legal aduciendo como pretexto o motivo que esa circunstancia va en contra de las propias creencias o convicciones de los médicos.

Para que se pueda alegar la objeción de conciencia, en primer lugar deben ser decisiones tomadas y comunicadas de

forma personal (personalísimas) y nunca colectivas, pero además tienen que reunir requisitos, tanto formales (oponerse a una norma que nos obliga) como éticos (que el hecho tenga un contenido moral trascendente, que nos pudiera crear una situación de inmoralidad si llegásemos a realizarlo aún en contra nuestras convicciones).

El tema es sumamente delicado y donde coinciden las cuestiones legales con las éticas y deontológicas. Quizás se parta de una premisa errónea como es el defender que la asistencia sanitaria es un derecho constitucional, lo cual es un craso error, pues de lo que se trata es de un derecho legal, que el propio Estado es quien lo regula y siempre en función de sus recursos. Lo que si es un derecho constitucional es el derecho a la protección de la salud.

Evidentemente que a esta norma dictada por el Gobierno, "cada médico" le puede poner cuantos calificativos nos parezcan oportunos, pero sin olvidar en ningún momento que el médico está obligado a obedecer las leyes y en caso de estar en contra de estas, se debe plantear un cambio mediante las oportunas discusiones y en los foros científicos apropiados y si no se consigue cabe incluso la posibilidad de alegar la insumisión, pero lo que

"lo que no parece oportuno ni apropiado es pretender escudarse en el Código de Deontología Médica para justificar una postura y de paso hacer un llamamiento a los colegas para su adhesión a la misma"

Comisión Deontológica

no parece oportuno ni apropiado es pretender escudarse en el Código de Deontología Médica para justificar una postura y de paso hacer un llamamiento a los colegas para su adhesión a la misma, sinceramente me parece un verdadero desatino y una actitud totalmente contraria a la ética médica.

Por supuesto que la primera lealtad del médico es hacia su paciente, pero sin olvidar que también se la debe al Estado, que es el que dispensa las condiciones necesarias tanto para el médico como para el paciente.

Estas situaciones en que se alega la "objeción de conciencia" pueden resultar ciertamente peligrosas, cuando en realidad lo que se está haciendo es desarrollar una desobediencia civil, pues lo que se pretende en definitiva es desobedecer una norma, porque se cree ilícita e incluso ilegal, pero en contrapartida la solución que se plantea es realizar un acto ciertamente digno, de carácter altruista y caritativo,

"Es legal, ético y deontológico que el médico manifieste su contrariedad, oposición y disconformidad ante esta norma, pero para poder buscar soluciones, antes deben agotarse todas las posibilidades de protestas, reclamaciones y cauces establecidos legalmente"

pero igualmente irregular cuanto menos, ya que se pretende utilizar los medios materiales y económicos de otro. Queramos o no, nos guste o no, quien determina la prestación de la asistencia sanitaria en España, con cargo a los fondos públicos, es el propio legislador.

Por ello es legal, ético y deontológico que el médico manifieste su contrariedad, oposición y disconformidad ante esta norma, pero para poder buscar soluciones, antes deben agotarse todas las posibilidades de protestas, reclamaciones y cauces establecidos legalmente. Desde mi criterio, en éste caso el fin no justifica los medios, la objeción de conciencia no es el medio más apropiado para defender esta postura, no se puede hacer un uso abusivo y arbitrario de algo tan sublime como es la objeción de conciencia y siempre esta debería ser la razón última que esgrimiera el médico para negarse a realizar un acto médico. ■





D. Héctor Galache Andújar

Asesor Jurídico del icomBA
asesoriajuridica@colegiomedicobadajoz.org

El médico ante la Administración de Justicia

Citaciones judiciales (II)

En realidad, de lo que queríamos escribir para esta nueva edición de "Médicos de Badajoz" era sobre Consentimiento Informado. Sin duda alguna, este documento de contenido médico legal es el más polémico y apasionante que existe, en atención a la ingente cantidad de literatura legal y científica dedicada a él. Pero adelantamos en la previa entrega de este artículo, que eran recurrentes y estadísticamente abundantes, las cuestiones planteadas a este Departamento en relación con las citaciones judiciales. Por lo tanto, parecía más oportuno subordinar de momento nuestras apetencias personales a un tema que parece interesar realmente al colectivo médico.

Cuando enviamos a la redacción de esta publicación el primer capítulo de esta serie, estábamos convencidos de que habíamos elaborado un prontuario, una **guía de consulta rápida que daba respuesta a la práctica totalidad de interrogantes que pudieran suscitarse en relación con las cédulas de citación provenientes de los Juzgados de Instrucción y de lo Penal**. Vano propósito. Desde que salió a la calle el número 26 de la revista, lejos de disminuir, las consultas sobre el tema han proliferado, lo que indica que ese afán de exhaustividad al que aspirábamos había resultado harto pretencioso. Comprendimos entonces que las disquisiciones sobre la Autonomía del Paciente habían de quedar relegadas para un mejor momento procesal.

Seguimos disertando de las citaciones del orden jurisdiccional penal. E insistimos en "autocitarnos", si se nos permite tan poco académico término: **todo lo que se va a decir ha sido objeto alguna vez de consulta**; estamos hablando de preguntas reales que han formulados nuestros colegiados, alguna de las cuales se ha convertido ya en un "clásico":

¿Cómo pueden notificarme una citación?

Sin perjuicio de la comunicación directa establecida directamente entre el órgano jurisdiccional y el interesado, **existen actualmente otras formas de emplazamiento**. Así, en las localidades en las que hay Servicio de Notificaciones común a todos los Juzgados, este órgano especializado puede encargarse de hacer las citaciones en nombre del Juzgado ordenante. Otras veces, esta función puede hacerla la agrupación de Juzgados de Paz en la que resida el médico interpelado. Y no es tampoco infrecuente recibir una notificación para recoger una notificación, es decir, se emplaza al interesado para que acuda a un determinado juzgado y allí se le hace entrega de la documentación objeto del requerimiento.

Puede considerarse válida la citación recogida por mi hij@, un vecino o el portero de la finca? Si, la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su art. 172 establece que de no ser encontrado en su habitación el que haya de ser notificado, "se entregará la cédula al pariente, familiar o criado, mayor de catorce años, que se halle en dicha habitación.

Si no hubiere nadie, se hará la entrega a uno de los vecinos más próximos"

Mi hijo o empleada doméstica han recogido la citación para un vecino. Debe de ser un error. No. Este supuesto es consecuencia de lo que acabamos de decir. Es obligación de todo aquel que recibe una notificación ajena dar traslado de la misma al interesado "inmediatamente que regrese a su domicilio, bajo la multa de 25 a 200 pesetas, si deja de entregarla", según el art. 173 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

A estas alturas, el lector se habrá percatado de que la Ley de Enjuiciamiento Criminal es de 1.882.

¿Es obligatorio recoger la citación? Si, aparte de que el no aceptarla no evitará que el destinatario se considere citado.

Me citaron en mi puesto de trabajo. Y estaba de vacaciones cuando el administrativo recogió la cédula, he cambiado de destino o no me han dado la citación hasta después de una semana.

Este es un supuesto típico de los meses de verano. A un médico suele citársele por cuestiones relativas a su praxis profesional. Y el Juzgado, el primer dato del que dispone y al cual resulta más sencillo recurrir es precisamente el del centro de trabajo del facultativo. Pero este dato no es definitivo por varias causas, entre las que destaca la movilidad laboral o los períodos vacacionales.

Cuando la demora en recoger la citación ha supuesto la pérdida de un determinado trámite (p. ejemplo una incomparecencia) puede intentar subsanarse el trastorno mediante un escrito dirigido al Juzgado acompañando la documentación que avale la justa causa aducida (copia del cese; traslado, cuadrante etc). **Aconsejamos además contactar en estos supuestos con la Asesoría Jurídica en busca de orientación.**

Me ha llegado una citación de un Juzgado ubicado en una localidad en la que no he estado jamás y que además no conozco. Supongo que es un error.

O no. Puede que se trate de un paciente atendido fuera de su lugar de residencia en vacaciones. Y podemos dar cuenta de al menos un supuesto al que a un colegiado se le ha usurpado su identidad para cometer con la misma varios ilícitos.

Los familiares del paciente o el paciente han solicitado la Historia Clínica. Creo que me van a denunciar y quiero adelantarme a ellos. Desgraciadamente, el Derecho y especialmente el Derecho Penal es reactivo, no preventivo. Para poder ejercitar una defensa jurídica, tiene que haber primeramente un procedimiento y dentro del mismo una imputación. El que un paciente o sus allegados soliciten diversa documentación clínica puede ser sintomático de una disconformi-

Asesoría Jurídica

dad con la actuación de un determinado facultativo o servicio. Pero tampoco es decisivo ni implica necesariamente que vaya a haber una denuncia, pues los peticionarios pueden optar también por una reclamación patrimonial ante la Administración (de la cual el médico en la mayoría de las veces ni llega a tener noticia) o que la HC se solicite para evaluar la viabilidad de la reclamación o denuncia.

Es el Juzgado el que ha solicitado la HC y además la identificación de los sanitarios involucrados en una concreta atención a un paciente.

Hasta que no se concrete si el juzgado va a cursar citaciones a esos sanitarios y además en qué condición hay que seguir esperando. Evidentemente, la intervención de un Juzgado ya es un estadio más avanzado y convendría desde ese mismo momento ir recabando consulta con un profesional del Derecho que pueda ofrecernos una orientación más certera sobre lo que puede ocurrir a corto medio plazo. Pero no es infrecuente que finalmente el Juzgado decida citar a los facultativos inmersos en un supuesto clínico complejo únicamente en la condición de "testigo" Y el testigo, al no ser parte del procedimiento no puede contar con defensa y representación técnicas, como ya dijimos en Julio.

Me citan para "ofrecimiento de acciones".

Este llamamiento suele tener lugar cuando el médico ha sido el denunciante o perjudicado por una determinada actuación. Los supuestos más paradigmáticos con los que nos vamos a encontrar son las citaciones que se reciben en los supuestos de

agresiones por parte de pacientes y usuarios. **Cuando el Juzgado emite una citación de este tipo, pretende hacer saber al interesado que como perjudicado y ofendido por una infracción penal, tiene derecho a que la misma se persiga, a que se castigue al culpable y a la percepción de los resarcimientos económicos y morales que conforme a Derecho puedan corresponder.**

Hay que hacer aquí dos precisiones:

1º) Hay una serie de infracciones en las que es necesario que la parte interesada denuncie personalmente para que el procedimiento siga adelante. Además puede ser necesario ratificar esa intención en varias ocasiones, ya durante el ofrecimiento de acciones o en el propio juicio.

2º) Por el contrario, ante otros determinados delitos y faltas es imposible retirar la denuncia, ya que estamos hablando de conductas que lesionan bienes jurídicos públicos y el sistema puede estar interesado en su persecución incluso por encima de la voluntad de la persona agraviada. En estos casos, lo único a lo que puede renunciarse es a las compensaciones civiles, pero el Ministerio Fiscal puede interesar que continúe el procedimiento hasta Sentencia

Me citan para juicio como denunciante después de dos años y ya no me interesa seguir hacia delante.

Cuando la falta es privada, no hay ningún problema: El denunciante puede retirar la denuncia o perdonar al denunciado sin ningún problema.

El problema viene con las infracciones públicas que hemos mencionado más arriba. Aquí no cabe retirada de la denuncia y acudir a juicio parece obligatorio.

Siempre puede encontrarse una solución entre los renglones de la ley para dar salida válida y legal a este tipo de situaciones. Pero en cualquier caso, se recomienda expresamente que con independencia de que la falta sea pública o privada (cuestión técnica que a priori el médico no tiene que conocer), antes de dejar desierto un juicio se comente el caso con la Asesoría Jurídica, pues por simple cuestión de cortesía procesal conviene al menos ofrecer alguna explicación al órgano jurisdiccional del proceder que se va a seguir.

¿Cómo me dirijo al Tribunal y al resto de intervinientes en el juicio?

Única y exclusivamente cuando se esté en el uso de la palabra y ese uso lo concede y lo retira el/la Juez o el President@ del Tribunal.

El/la Juez tiene el tratamiento de "Señoría". Aunque lo más práctico siempre será tratar a todo el mundo (abogados, Ministerio Fiscal) en tercera persona ("vd") y manteniendo cierta distancia.

Recordando siempre que el destinatario final de la explicación no es la persona que interroga, sino el Juez y por lo tanto, es al menos una opinión personal del que esto suscribe que es al Juez al que hemos de mirar durante la exposición.

Me citan a declarar como imputado. Mucho me temo que al final no hay "II" sin "III". Seguimos en el número 28. ■

Llevamos al COLEGIO en el CORAZÓN

El escudo del icomBA en una camiseta.

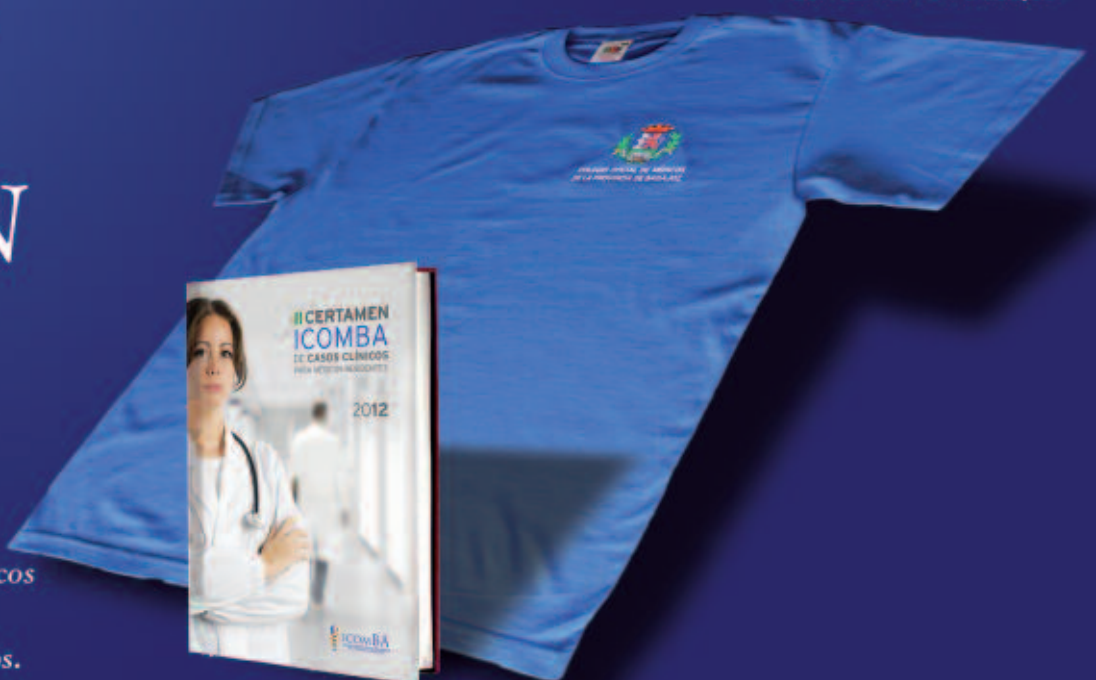
Tallas M, L y XL

También entregaremos un Libro del II Certamen icomBA de Casos Clínicos para Médicos Residentes, con los 25 mejores casos seleccionados.

RECOGE TÚ CAMISETA y TU LIBRO

(unidad por colegiado)

Disponibles en las oficinas del icomBA en Badajoz





Dra. Mª Asunción Peiré García
Farmacóloga pediátrica

El menor de edad y la investigación clínica: cómo, cuándo y por qué

Resulta lícito realizar investigaciones médicas con niños? Ciertamente la cuestión es delicada y no está exenta de controversias éticas, médicas y jurídicas. Contestar a tan controvertida pregunta pasa necesariamente por definir el qué se entiende por investigación intervencionista (ensayos clínicos) y cuál es la concepción actual que se tiene de una población tan vulnerable como la pediátrica. ¿Qué es un ensayo clínico? Básicamente se trata de un experimento, cuidadosa y éticamente diseñado con el fin de poder contestar a unas preguntas formuladas previamente. Esta sencilla definición de Sir Austin Bradford Hill sigue teniendo plena vigencia, por lo que no se debe olvidar que investigar en niños implica experimentar, y no para satisfacer la curiosidad científica del médico investigador, sino para mejorar su salud.

En contraposición con la acepción tradicional jurídica de la minoría de edad, hoy en día se considera que el niño es un sujeto de Derecho, y por tanto posee unos derechos propios, que incluso puede ejercer en contra de sus padres (como una especie de derecho de veto frente a ciertos actos relativos a su salud), apreciación de suma trascendencia a la hora de obtener el consentimiento informado.

Llegados a este punto, cabe preguntarse entonces, ¿por qué resulta **necesario realizar ensayos clínicos en los niños**? En este caso la respuesta afirmativa se sustenta en un trípo-de: una justificación ética primero y científica después, que está basado en el conocimiento de la Farmacología clínica pediátrica, así como la adopción de unas especiales medidas protectoras de la infancia. Lo que precisamente no resulta ético es ¡no realizar ensayos clínicos en menores! como justificaremos más adelante. Este imperativo ético además ha devenido una obligación legal en Europa desde el año 2007, siendo el "culpable" una norma comunitaria, en concreto el

Reglamento CE N° 1901/2006 que está obligando a las compañías farmacéuticas (a través de un sistema de incentivos financieros y obligaciones) a desarrollar medicamentos pediátricos para mejorar la salud de los niños europeos y garantizar que los mismos pueden acceder a las mejores opciones terapéuticas en las mismas condiciones de seguridad y eficacia que los adultos. Piénsese por ejemplo en niños pacientes oncológicos que se ven privados de recibir las terapias más innovadoras por falta de estudios de dosificación, o en prematuros que no reciben cardiotónicos a dosis adecuadas por no disponer de formulación galénica apropiada a su edad y peso.

Dado que un niño no es un "adulto en miniatura", los estudios realizados en adultos no pueden predecir sin más la respuesta en los niños. En efecto, existen grandes **diferencias farmacológicas** respecto a los adultos así como una patología exclusivamente pediátrica que justifican esta cuestión. Además los niños son grandes consumidores de medicamentos, y si a eso se añade el que muchos medicamentos se están empleando actualmente sin licencia de uso pediátrica (por falta de estudios que proporcionen datos acerca de la seguridad de los mismos en niños o al menos su indicación y dosis y sus posibles contraindicaciones), se comprende fácilmente el dilema al que se enfrentan médicos (y padres) a la hora de prescribir medicamentos "sin indicación pediátrica" pero que resultan esenciales para la salud del menor. Esta necesidad moral de realizar una investigación de calidad pediátrica se basa en el conocimiento de la peculiar Farmacología clínica pediátrica, una disciplina "sofisticada" en palabras del Profesor Yaffe. En efecto, la **farmacocinética** muestra unas singularidades en todas sus fases que condicionan una dosificación o indicaciones muy distintas del adulto. Así por ejemplo en muchas ocasiones será necesario administrar una dosis de carga mayor que la que correspondería a un adulto por un aumento

del volumen de distribución, mientras que en otras ocasiones se contraindicarían ciertos principios activos o excipientes por un metabolismo peculiar (o aberrante en otros grupos de edades) que transforma el medicamento en unos metabolitos desconocidos o insospechados a otras edades de la vida (en ocasiones inofensivos, en otros lamentablemente muy tóxicos para el niño, no ocurriendo esta biotransformación en el adulto). También la **farmacodinamia** es peculiar, y de ahí algunas reacciones sorprendentes que no pueden explicarse por la dosis: excitación paradójica por antihistamínicos sedantes, hipocrecimientos o dismetrías óseas por quinolonas, entre otras. Es la diferente ontogenia de los receptores y la afectación al desarrollo y maduración lo que condiciona esta respuesta. A estas singularidades, hay que añadir el que existe una **patología** exclusivamente pediátrica (persistencia del ductus arterioso, apneas del prematuro, hipocrecimientos, por citar algunas entidades) así como la lamentable ausencia de formas galénicas apropiadas en Pediatría, lo que conlleva a múltiples errores de dosificación y al empleo de excipientes tóxicos (parabenos, sulfitos, etanol). De todo ello se comprende fácilmente que en el prospecto y en la ficha técnica de los principios activos comercializados no consten indicaciones pediátricas (o incluso contraindicaciones) por falta de estudios pediátricos de calidad: hasta dos tercios de los niños ingresados en hospitales reciben terapias con fármacos "off label" o "unlicensed drugs" con sus consecuencias y responsabilidades legales. De ahí se deduce la peculiar **farmacovigilancia** pediátrica: unos efectos indeseables distintos de los adultos y sobretodo una infranotificación de los mismos (bien porque los padres no los saben reconocer, bien porque el pediatra no declara el haber suministrado un fármaco "off label"). Llegados a este punto resulta evidente que es necesario realizar una investigación de calidad ética y científica en meno-

Colaboración

res de edad para garantizar su acceso a las mejores opciones terapéuticas.

El exquisito respeto de los **principios éticos** de autonomía, beneficencia y justicia enumerados en el Informe Belmont y desarrollados por declaraciones internacionales, así como positivizados en normas jurídicas (convenios internacionales, directivas, leyes) definen las especiales medidas protectoras del menor, por cuanto la historia de la Medicina ha demostrado con creces la necesidad de establecer unas pautas éticas que sean además jurídicamente vinculantes, con objeto de evitar investigaciones que conlleven a abusos de una población tan vulnerable como la que estamos tratando de proteger. Así, la Directiva comunitaria 20/2001 sobre Buena Práctica Clínica dispone que las poblaciones vulnerables necesitan una justificación adicional para participar en protocolos de investigación, y sin embargo en el mismo texto legislativo se establece categóricamente que deben realizarse ensayos clínicos en niños para mejorar el tratamiento disponible para ellos. Esta norma comunitaria ha sido traspuesta al ordenamiento jurídico español a través del Real Decreto 223/2004, en donde en el mismo se vuelve a resaltar que el bienestar del menor prevalece sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Actualmente estamos asistiendo a un incremento llamativo del número de ensayos clínicos pediátricos, siendo el "culpable" de tal situación el Reglamento (CE) n° 1901/2006, conocido como "reglamento pediátrico" cuya finalidad es clara: terminar con la situación de orfandad terapéutica de los menores, mejorando con investigaciones clínicas de calidad los prospectos y fichas técnicas (con indicaciones, dosis y contraindicaciones específicamente pediátricas). Para ello, y siguiendo el modelo norteamericano del "palo y la zanahoria" conjuga un doble sistema de incentivos y obligaciones legales para las compañías farmacéuticas. Las compañías farmacéuticas antes de solicitar una Autorización de comercialización de un medicamento deben presentar ante las autoridades reguladoras un Plan de Investigación Pediátrica y como recompensa podrán obtener una extensión de la duración de la exclusividad comercial.

¿Cuáles son los **problemas de índole práctica** a la hora de realizar ensayos clínicos con menores? Esencialmente se focalizan en la obtención del consentimiento informado, la obtención de muestras biológicas, el controvertido empleo del placebo como comparador y la no menos polémica cuestión sobre la remuneración de los menores por su participación en los protocolos de investigación.

Entendido el **Consentimiento Informado (CI)** como un acto jurídico en virtud del cual se obtiene el consentimiento del enfermo respecto de una modificación de su organismo (en este caso recibir un determinado tratamiento), presenta cuatro requisitos: debe ser informado (en un lenguaje adaptado al niño y en presencia de sus padres de que se trata de una investigación, con sus beneficios pero también sus riesgos, de carácter voluntario y que puede rechazar a participar o incluso revocarlo en cualquier momento), comprendido (con una detallada información verbal y escrita adecuado a la capacidad de comprensión del niño), competente legalmente (el niño no lo es y por ello lo otorgan sus representantes legales, sus padres, pero con la peculiaridad de que en el documento que se firma deben constar la "presunta voluntad del menor" a participar, además los niños a partir de los doce años de edad deben firmar la hoja conjuntamente con sus padres) y voluntario (es decir, sin coerción). Esta participación de menores en una investigación clínica debe comunicarse al Ministerio Fiscal, que no significa en modo alguno que lo autorice, sino simplemente el que tiene constancia de su realización. Con todo, como ministerio público puede realizar averiguaciones por su propia iniciativa y si entiende que existe un peligro para el menor, solicitar del juez la suspensión del mismo. La obtención del CI es pues un proceso dinámico, que implica un diálogo continuo entre el investigador, los padres y el menor, por cuanto no se limita a la mera firma de un documento. Hay que insistir, si el menor rechaza a participar en un ensayo clínico, debe respetarse tal decisión, con independencia de su edad y aunque sus progenitores hubieran firmado el CI. Tanto las hojas de información como de

firma del CI deben ser evaluadas minuciosamente por los Comités Éticos de Investigación Clínica, quienes además harán una valoración global del protocolo con objeto de identificar los riesgos y beneficios directos de la investigación.

No resulta fácil obtener **muestras biológicas** de los niños: ¿cuánta sangre puede extraerse para una investigación biomédica?, ¿es lícito que el niño tenga dolor para mejorar el conocimiento de un medicamento y con ello la salud de otros niños?. Evidentemente el niño no debe sufrir más del sufrimiento que ya le causa su enfermedad, ni física ni psicológicamente. De ahí que siempre deba estar acompañado de sus padres en la medida de lo posible y el que se le aplique una crema anestésica en la zona de la venopunción antes de proceder a cualquier toma sanguínea. Siempre una persona experimentada y cualificada procederá a realizar tal extracción, valiéndose de microvolúmenes (lo que implica el disponer de laboratorios cualificados capaces de cuantificar estas micromuestras), estando el tiempo de muestreo coordinado con la clínica y siempre realizado con ocasión de otra determinación analítica necesaria por motivos clínicos. Una buena opción es la obtención de muestras de otros fluidos biológicos, tales como saliva u orina con muy buena correlación plasmática, siendo un método de determinación de fármacos ideal y deseable en Pediatría.

¿Puede emplearse **placebo** como comparador en niños? Antes de responder a esta cuestión hay que contestar a la cuestión siguiente: ¿es posible que los niños pequeños muestren un efecto placebo? La respuesta es afirmativa, incluso en bebés de muy pocos meses de vida. Dado que el placebo no equivale a la ausencia de tratamiento (puede incluso resultar más beneficioso que recibir un fármaco), su empleo es legítimo en niños si bien su uso es más restringido, justificado si no existe un tratamiento alternativo eficaz, o bien se trata de una patología menor (fiebre, dolor moderado) y está prevista una terapia de rescate.

Por último, ¿cabe **remunerar** a los niños o a sus padres por su participación? En este caso la respuesta es categóricamente negativa: no cabe ninguna compensación por su participación en una investigación clínica (así lo prohíbe taxativamente el Derecho Comunitario) por cuanto podría inducir a los padres a incluir a sus hijos en múltiples experimentaciones por motivos económicos. Tan solo se admiten las compensaciones por gastos extraordinarios (dietas y desplazamientos).

En conclusión la auténtica remuneración es la que obtiene el niño con su mejoría o curación por definir la dosis adecuada, intervalo posológico, indicaciones y contraindicaciones de un medicamento nuevo o no, proporcionando además un conocimiento más completo del medicamento que redundará en beneficio de todos los niños. ■





Dr. Manuel Fernández Chavero

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

Ser médico: La alegría de servir. El privilegio de curar

Dormía..., dormía y soñaba que la vida no era más que alegría. Me desperté y ví que la vida no era más que servir... y el servir era alegría.

Rabindranath Tagore (1861-1941)
 Filósofo y escritor indio

Existen situaciones en las que una simple palabra, una frase o un comentario, pueden inducirte a concretar una idea que puede llevar meses vagando por tu cerebro sin encontrar el momento de hacerse realidad. Algo parecido me ha sucedido cuando, hace algún tiempo, tuve la oportunidad de leer un artículo de unos compañeros de la SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Familia), escrito por los Dres. Pablo González Blasco, María Auxiliadora C. de Benedetto e Ismael Ramírez Villaseñor. Ellos lo titularon: "El arte de curar: El médico como placebo". De esa lectura surgió la necesidad de realizar este escrito. Haré mención de algunas de sus reflexiones (letra cursiva).

Comienzan su artículo con esta frase:

Nuestra reflexión nace de historias de vida -la nuestra y las de nuestros pacientes- que despiertan al filósofo que todo médico lleva dentro. El ejercicio reflexivo de la profesión: esa es la senda que nos conduce al arte médico.

Una vez le preguntaron a una señora, viuda reciente, qué tipo de médico había atendido a su marido. Su respuesta fue: *Es un médico de familia, de los que vienen a verte a casa, y que mientras le esperas, empiezas a sentirte mejor. Es un médico que cura con la presencia.*

¿Qué significa esta respuesta? ¿Qué es ese poder que parece acompañarnos, que nos fue otorgado sin mérito, y del cual a veces nos olvidamos?: El médico como medicamento.

Vivimos en una sociedad medicalizada; con tantas campañas de prevención que hemos convertido a los sanos en pre-enfermos. Para mantenernos sanos precisamos y necesitamos comportarnos como enfermos. Me atrevería a decir que, en muchos casos, cuesta más dinero y recursos mantener sano al sano que curar al enfermo. Una sociedad convencida de que la tecnología todo lo cura o todo lo alivia. Una sociedad que no sabe qué tipo de médicos desea tener. El usuario exige un médico con mono de trabajo; el enfermo demanda un médico con bata; y el moribundo y su familia necesitan seres humanos que transmitan a partes iguales ciencia, alivio, consuelo, empatía y presencia.

Se vive en la esquizofrenia del abuso tecnológico y sólo cuando el sufrimiento se nos hace insoportable le exigimos al médico que abandone su actitud tecnócrata, exigida e impuesta por la misma sociedad, y nos ayude a espantar las lagrimas a la par que nos devuelva el sosiego con su escucha y su voz tranquilizadora. Únicamente cuando nos convencemos de que una resonancia sólo diagnostica un menisco dañado o una hernia de disco, pero que no es capaz de diagnosticar un estado de ánimo, una ilusión rota, una desazón del alma o un dolor emocional, es cuando buscamos al médico-medicamento, al médico-placebo. Al médico humanista.

En cierta ocasión le escuché a un gran médico esta anécdota: Una familia tenía a uno de sus miembros gravemente enfermo. Este médico les convocó, les puso al tanto de la gravedad y planteó las alternativas terapéuticas que había. La familia decidió irse a casa para poder debatir y valorar lo mejor para su ser querido y tomar así una decisión consensuada. Al día siguiente, el portavoz de la familia acudió a la consulta y le dijo al médico: Mi

familia ha decidido que haremos lo que usted nos diga.

Yo creo que esta anécdota nos ha ocurrido a casi todos en algún momento de nuestra vida profesional. Se puede interpretar de muchas maneras: delegación de responsabilidad, ausencia de criterio, cobardía. Probablemente si nos quedamos ahí nos equivocaremos. Quizá la correcta interpretación es que los médicos debemos inducir siempre una confianza sin fisuras o una fe ciega en nuestro buen quehacer. El médico como medicamento. Y no tiene nada que ver con la medicina paternalista ni con el principio de beneficencia.

La Medicina como arte reconoce que cada paciente es único. La enfermedad se presenta siempre personalizada, instalada en alguien concreto que se pondrá enfermo a "su modo", de acuerdo con su ser personal. El médico como medicamento consigue atender terapéutica y simultáneamente esas dos dimensiones del proceso de enfermar. Es un médico de amplio espectro.

El humanismo médico combina en perfecta armonía la ciencia médica moderna con el arte de entender al enfermo como persona. Cuenta con un catalizador del proceso curativo: "El entusiasmo". Entusiasmo es la vibración profesional de poder ayudar a los que buscan alivio de sus sufrimientos. Es la alegría de la vocación.

La verdad científica tiene vigencia limitada, hay un vacío enorme entre lo que sabemos y lo que deseamos saber; ese hueco se llena con una dosis copiosísima de modestia.

Somos medicamentos asequibles y de extraordinaria eficacia. Cuesta entender, por tanto, a una Administración que quiera limitar esta opción terapéutica con recortes que mermen el potencial humanístico de la profesión médica. Vivimos en la actualidad sumidos en una crisis de valores. Según el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, cuyo coordinador es el Secretario



de nuestro Colegio, en el año 2010 se produjeron 451 agresiones y en el año 2011 fueron 496. Parece una cifra desmesurada y sin duda lo es y, sin embargo, solo es la punta de iceberg. Formamos parte de una sociedad que agrade a sus cuidadores y estamos gestionados por una Administración que quiere controlar nuestro entusiasmo profesional así como recortar y acotar nuestro compromiso único y primordial: La atención al enfermo. En esta difícilísima situación los médicos nos reafirmamos en el deseo, el compromiso y la necesidad de actuar como medicamentos.

Vehicularizar ese tremendo potencial terapéutico, canalizarlo para su total aprovechamiento, guiarlo por la senda de la Ética y la Bioética, controlarlo desde la óptica deontológica, depurarlo de intrusos, filtrarlo de elementos tóxicos, defenderlo y protegerlo de agresiones -orales, físicas o administrativas- provenientes del propio individuo, de la sociedad o de la Administración. Esa debe ser una de las obligaciones, entre otras muchas, de nuestro Colegio. Dicha obligación supone una razón más de la absoluta necesidad de estar colegiados. Solo así seremos un Colegio fuerte, donde estemos todos y todos nos proyectemos, independiente en su sustentación, libre en su toma de decisiones, autónomo en su gestión, exigente en la disciplina, transparente y en continuo proceso de crecimiento y reciclaje. Un Colegio así no sólo tendría que ser una auténtica necesidad para la Profesión sino un irrenunciable derecho para la Sociedad.

La crisis nos ha obligado a mirarnos al espejo. Ojalá que la imagen que veamos reflejada sea la de una profesión unida, colegiada, comprometida y solidaria.

Sobre la Solidaridad existe una bonita frase de Oliverio Girondo: **“Solidario por**

predestinación y por oficio. Solidario por atavismo, por convencionalismo. Solidario a perpetuidad. Solidario de los insolidarios y solidario de mi propia solidaridad”.

La actual situación de crisis, de la que nadie es ajeno, está ocasionando determinadas decisiones que pondrán al médico frente a un dilema moral: La no atención a la persona sin papeles. Cualquier Administración que pretenda que un médico no atiende a un enfermo, no ayude a un necesitado o no socorra a un desvalido, es una Administración que no entiende nuestra Profesión ni tampoco a sus profesionales. Para los médicos es una cuestión moralmente inaceptable, éticamente inasumible y deontológicamente intolerable que ninguna Administración seleccione a los enfermos que merecen nuestra atención. Una Administración que, sin embargo, defiende de manera contundente los derechos de la cigüeña negra, la tórtola turca o el águila imperial, no puede, bajo ningún concepto inducir al médico a no atender a un ser humano sólo porque se trate de un inmigrante “ilegal” sin papeles. Ningún ser humano es ilegal. Ilegales son los hechos, los comportamientos o los objetos, pero nunca las personas. La Medicina es una profesión vocacional. Vocación de Servicio. En ese servicio está su grandeza, está nuestra alegría y reside nuestra responsabilidad. Esa es nuestra razón de ser.

Creo que pocas profesiones, como la profesión médica, tendrán la oportunidad de salir tan reforzadas socialmente de esta crisis. Ninguna profesión tiene la oportunidad moral de ofrecer a sus propios profesionales como medicamentos. Curamos por nosotros mismos, con nuestra actitud, nuestra proximidad, nuestra escucha y nuestro entusiasmo. Por eso, creo que nunca nos dará miedo preguntarles a nuestros enfermos, a nuestros

con-ciudadanos, ¿qué hacemos por vosotros en estos momentos difíciles? Y no nos dará miedo porque la obligación de todo médico es conseguir que la respuesta de la sociedad sea: Nuestros médicos lo hacen todo por nosotros. Ahí estaremos.

Tengo la suerte de tener una hija enfermera. Me gusta conocer su opinión hasta de mis propias opiniones. También se la he pedido de este artículo y tras leerlo me dijo: Papá, me parece muy bien que los médicos os atribuyáis el derecho y la necesidad de ser medicamentos de vuestros pacientes, pero yo creo que quizás los auténticos medicamentos somos las enfermeras y los enfermeros. Dedicamos las 24 horas del día a acompañar, conversar, aliviar y consolar a esos mismos enfermos a los que, a veces, tan solo dedicáis unos escasos minutos en vuestra visita diaria. La mire y pensé: ¡¡mira que si lleva razón!!

Ello me lleva a concluir que los sanitarios en general tenemos una labor y responsabilidad muy por encima de los recursos con los que contemos y/o de las medidas que organismos o administraciones quieran implantar.

El alcance de nuestra profesión va mucho más allá de la sanación o la paliación del dolor físico. Nuestra vocación y entrega nos empujan a curar, a reconfortar y a fortalecer la debilidad emocional del enfermo, insuflándole fuerzas y ánimos para su recuperación total.

Y es esa capacidad terapéutica, tanto de médicos como de enfermeros y enfermeras, a la que no debemos renunciar nunca ni restar importancia a pesar de todos los recortes que tengamos que asumir. La vocación médica no entiende de números sino de personas. Sólo de personas.

Quiero terminar con una frase de unos de los más grandes médicos que ha dado la Humanidad:

Si ser médico es entregar la vida a la misión elegida.

Si ser médico es no cansarse nunca de estudiar y tener todos los días la humildad de aprender la nueva lección de cada día.

Si ser médico es hacer de la ambición nobleza; del interés, generosidad, del tiempo destiempo; y de la ciencia servicio al hombre que es el hijo de Dios.

Si ser médico es amor, infinito amor, a nuestro semejante,..

Entonces ser médico es la divina ilusión de que el dolor, sea goce; la enfermedad, salud; y la muerte vida.

Gregorio Marañón. ■



Dr. Juan José Díaz Franco

Vocal Nacional de Atención Primaria Urbana.
Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

PSICOLOGIA DE LA MUJER

Acompañados por impresiones y teorías de muchas mentes masculinas y femeninas que han reflexionado sobre sí mismas y sobre *“la otra mitad de la experiencia humana”* (Janet Shibley Hyde) nos preguntamos por la existencia una psicología de la mujer diferenciada y diferenciable de la de los hombres.

La experiencia y la convivencia, aunque estén cargadas de estereotipos, nos responden afirmativamente; si bien, no puede ocultarse que, junto a las muchas diferencias, se dan otras tantas semejanzas y que los puntos de vista, científicos o no, sobre la mujer han priorizado las diferencias con los hombres, lo que supone una deformación si no se otorga la misma importancia a las semejanzas. Lo expresaba bien Samuel Johnson cuando, preguntado quién era más inteligente, el hombre o la mujer, replicó: *“¿Qué hombre, qué mujer?”*

La literatura sobre las diferencias psicológicas entre los sexos es muy abundante. Su contenido se extiende desde las observaciones anecdóticas y las discusiones especulativas a los resultados de

experimentos bien planeados y su ejecución en test tipificados. En cualquiera de estas consideraciones, aparecen diferentes alternativas en la actividad cognitiva de ambos sexos, en la distinta intensidad de las conductas agresivas o en la capacidad para la formación y manejo de los grupos sociales.

Una visión tópica pero ampliamente generalizada, considera a las mujeres menos lógicas, más emocionales, más dependientes, con menos autoestima, con actitudes y motivaciones distintas respecto del sexo, en cuya práctica, según Freud, se revestirían de una personalidad pasiva, masoquista y narcisista.

Desde este universo freudiano, en el que parece imponerse el aserto *“anatomía es destino”*, habría que buscar el origen de la diversidad de hombres y mujeres en la interacción entre las diferencias genéticas de temperamento, las del sistema reproductor adulto y los valores ligados al sexo propios de cada cultura, como apunta Judith Bardwick en su *“Psicología de la mujer”*.

Sin embargo, al margen de cualquier consideración, existe unanimidad entre los investigadores en que ninguna propiedad psicológica se atribuye tan decisivamente a la mujer como la mayor emotividad. Afirma Heymans que las mujeres reaccionan emotivamente a los estímulos más débiles, y al mismo estímulo reaccionan emocionalmente con mucha mayor intensidad que los hombres. También para Fröbes, todos los caracteres típicos de la mujer deben ser explicados partiendo de esta emotividad más intensa (y la mayor actividad producida por ella).

Antes, Augusto Comte había definido a la mujer como *“le sexe affectif”* y Henri Marion ha podido decir: *“La mujer no es casi nunca indiferente, no está un minuto sin amar u odiar alguna cosa o a alguien, sin tener alguna emoción en el corazón”*.

De todos modos, siempre hay que tener presente el limitado valor de la comprobación objetiva de los hechos psicológicos, cuando falta un conocimiento fenomenológico de la situación en que se comprueban esos hechos. ¿Qué sentido tiene hablar de una mayor emotividad de la mujer cuando ni siquiera existe un acuerdo básico sobre lo que se entiende propiamente por emotividad? ¿Se trata de simple excitabilidad o significa una integración deficiente, una estructura menos total y coherente de la personalidad? ¿Consiste en las vivencias *“interiores”* que acompañan al percibir, representar, pensar y actuar, o se trata de vivencias producidas por los procesos vegetativos del cuerpo? Aún más fundamental es la cuestión de si las emociones, y asimismo los sentimientos y estados de ánimo menos intensos, están condicionados por *“procesos”* que tienen lugar en el ser humano y que, por tanto, éste experimenta de una forma meramente pasiva y percibe interiormente, o si son actos intencionales, dirigidos a algo, que proyectan una situación y, con ello, una manera determinada de existir en esta situación. Esta idea del carácter intencional del sentimiento se remonta a Scheler y ha sido meritoriamente puesta en clave filosófica por J.P. Sartre. ■

“La mujer no es casi nunca indiferente, no está un minuto sin amar u odiar alguna cosa o a alguien, sin tener alguna emoción en el corazón”

**Inauguramos en nuestras instalaciones del Hospital Clideba - Capiro,
nueva
RESONANCIA MAGNÉTICA 3 TESLAS de Philips**



- **Primera Resonancia Magnética de estas características en Extremadura.**
 - **Exploraciones RMI más avanzadas • Mayor resolución**
 - **Tiempos reducidos de exploración • Mejor calidad de imagen**



CENTROS SAN MIGUEL EN

• BADAJOZ • CÁCERES • MÉRIDA • ALMENDRALEJO • ZAFRA • DON BENITO • NAVALMORAL • CORIA

CONCURSO Tarjetas 2012 Navidad

VIII CONCURSO para el diseño de la TARJETA DE NAVIDAD 2012 del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz

BASES

1. Se convoca concurso de pintura y diseño gráfico, en todas las modalidades, para los hij@s de los médicos colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz.
2. La obra ganadora del concurso, servirá como base para el diseño de la tarjeta de navidad del año 2012, que será enviada a todos los colegiados como felicitación de la Corporación.
3. La edad de participación deberá estar comprendida entre los 5 y los 14 años, cumplidos antes del 30 de noviembre de 2012.
4. La presentación será en folio, tamaño DIN-A4, indistintamente en horizontal o vertical, sin especificar calidades de papel.
5. Solo se podrá presentar un dibujo por participante. A los premios no podrán acceder los hijos de los miembros de la actual Junta Directiva.
6. Tema único: NAVIDAD.
7. Los trabajos deberán ser inéditos y por tanto no premiados anteriormente.
8. Se concederá primer premio, segundo premio y accésit.
9. La entrega de los trabajos se hará en las oficinas de este Colegio, sita en avda. de Colon nº 21, 2º planta, aceptando aquellos envíos que lleguen por mensajería o correos dentro del plazo de presentación de originales.
10. El plazo de recepción será hasta las 15:00 horas del viernes día 23 de noviembre de 2012.
11. En la parte posterior del trabajo, se pondrá un título o lema que deberá figurar también en un sobre cerrado que se adjunte donde aparecerán los datos siguientes:
 - ¿ Nombre del autor.
 - ¿ Fecha de nacimiento.
 - ¿ Nombre y número del colegiad@.
 - ¿ Dirección postal, email y números de teléfonos de contacto.
12. El Jurado estará compuesto por miembros de la Junta Directiva.
13. El Jurado dictaminará el ganador del VIII Concurso de Tarjeta de Navidad en la semana del 26 de noviembre al 30 de noviembre. El fallo del jurado tendrá carácter irrevocable.
14. Todos los trabajos presentados quedaran expuestos en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz hasta el 7 de enero del 2013.
15. Los premios se entregarán en la sede central de este Colegio el día 28 de diciembre de 2012.
16. Las obras presentadas y premiadas quedaran como propiedad del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz.

En Badajoz, a 23 de octubre de dos mil doce.

Avda. de Colón nº 21-2ª planta
06005 Badajoz
Teléfono: 924 23 25 00
Fax: 924 24 05 92
info@colegiomedicobadajoz.org

Asociación de pacientes

Irene González
Presidenta de Maire



“Nos preocupa que las madres que quieran dar el pecho a sus hijos no consigan su objetivo”



DATOS DE LA SOCIEDAD

Año de fundación: 2011
Número de socias: 20
Direcciones web: mairelactancia.wordpress.com
Redes sociales: www.facebook.com/mairelactancia
y [@mairelactancia](https://twitter.com/mairelactancia)
Mail: mairelactancia@gmail.com
Teléfono: 633 753 474

¿Cuál fue vuestra motivación para emprender Maire?

Cada una de las madres que iniciamos Maire teníamos nuestro propio recorrido y habíamos vivido de forma diferente la lactancia, pero de una u otra forma, todas habíamos experimentado la importancia de encontrar apoyo y compañía en este camino, y eso es lo que nos movió a formar el primer Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) de Badajoz: compartir nuestras experiencias, poder ayudar a otras madres, seguir aprendiendo... Actualmente, las madres tienen un mayor acceso a información teórica sobre lactancia materna, pero les resulta difícil encontrar referentes prácticos en su entorno social y familiar, por lo que los grupos de apoyo constituyen una importante ayuda para las mujeres que desean amamantar.

¿Cuáles son los objetivos que se plantea vuestro colectivo?

La idea central es apoyar y promover la lactancia materna en todos los ámbitos posibles: información a madres o futuras madres, normalización de la lactancia en el entorno social y familiar, colaboración con los profesionales sanitarios, y por

supuesto, ser un punto de apoyo a las nuevas madres, especialmente en nuestra ciudad, Badajoz, y su entorno.

¿Qué actividades planteáis en el seno de la asociación?

Realizamos dos reuniones mensuales –una de ellas en la sede del Colegio de Médicos de Badajoz– abiertas a cualquier persona que quiera participar, en las que se resuelven dudas y se comparten experiencias, además de exponer temas de interés relacionados con la lactancia. También realizamos atención telefónica y por email de consultas, hemos editado trípticos informativos, y realizamos una intensa labor divulgativa a través de las redes sociales Facebook y Twitter, y de nuestro blog. Por otro lado, el pasado año organizamos el I Curso de Lactancia Materna para Grupos de Apoyo, en el que contamos con más de 40 participantes, y hemos colaborado activamente en la investigación que desde el Instituto Tecnológico Agroalimentario de Extremadura (INTAEX) se está realizando para la conservación de leche materna mediante altas presiones, así como con el recientemente inaugurado Banco de Leche Materna de Extremadura. También participamos en la celebración que desde el Ayuntamiento de Badajoz se hizo por el Día Mundial de la Salud. Por último, tanto el pasado año como este, nos hemos querido sumar a la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna organi-

Actualmente, las madres tienen un mayor acceso a información teórica sobre lactancia materna, pero les resulta difícil encontrar referentes prácticos en su entorno social y familiar

zando distintas actividades: desde concursos que promueven la participación de toda la familia, hasta charlas dirigidas a madres, embarazadas y familiares, y por primera vez este año, también charlas dirigidas a profesionales sanitarios.

En cuanto al colectivo médico, nos gustaría poder ser una herramienta útil que complemente la atención sanitaria a madres y bebés

¿Tenéis previsto próximas actividades?

Actualmente estamos centrando nuestros esfuerzos en las II Jornadas sobre Lactancia Materna que se celebran los días 4 y 5 de octubre en el Colegio de Médicos de Badajoz, y que se dividirán en dos sesiones: una dirigida a familias y público general, y otra destinada a médicos y otros profesionales sanitarios.

¿Cuáles son vuestras principales inquietudes en la actualidad?

Nos preocupa que las madres que desean dar el pecho a sus hijos, no consigan su objetivo. La mayoría de las dificultades a las que se enfrentan las nuevas madres no son de carácter médico, sino que se tratan de aspectos de manejo habitual, o de falta de seguridad, por lo que entrar en contacto con otras madres con experiencias positivas de lactancia suele reforzar la confianza en sus posibilidades. En este sentido, nos gustaría poder ser un punto de encuentro y referencia para las madres que deciden dar el pecho a sus hijos, y un apoyo frente a las dificultades. En cuanto al colectivo médico, nos gustaría poder ser una herramienta útil que complemente la atención sanitaria a madres y bebés. ■



Cuidamos de los que cuidan

A.M.A. la Mutua de los Profesionales Sanitarios



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:
A.M.A. Badajoz 924 24 32 54
Avda. Ramón y Cajal, 15 1º, puerta 3 C.P. 06001
badajoz@amaseguros.com

Seguros de ámbito

familiar y personal

- > Automóvil, Motos y Ciclomotores
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

Seguros de ámbito

profesional

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios: Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME

MÁS DE 500.000 PROFESIONALES CONFÍAN EN A.M.A.



¿Por qué conformarse con menos?

Ahora por 27.250 €* puede tener el Audi A4 2.0 TDI "Advanced Edition" totalmente equipado.

Prepárese para disfrutar más: faros de xenón plus con luz de día en tecnología LED, Bluetooth, Audi Parking system trasero, control de velocidad (Tempomat), sensor de luz y lluvia con espejo interior antideslumbramiento...

www.audi4advancededition.es

Audi A4 2.0 TDI 143 CV (105 kW).

Emisión CO₂ (g/km): 119. Consumo medio (l/100 km): 4,5.



   /audispain

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

PLAN
PIVE
INCLUIDO