



Médicos *de Badajoz*

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ - MARZO 2013 - Nº 29



Dr. JOSE ARBUES LACADENA
Dr. JUAN JOSE CARDESA GARCIA
Dr. MANUEL PEREZ MIRANDA
Dr. LUIS MARIA VINAGRE VELASCO
Medallas al Mérito Colegial del icomBA

PREMIOS icomBA 2013

D. MIGUEL CELDRAN MATUTE
Medalla de Oro del icomBA

Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, **es cuando más ayuda necesita**



Y además,

50%

DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad

A.M.A. BADAJOZ:

Calle de Ramón y Cajal, 15; 1º 3

924 24 32 54

badajoz@amaseguros.com

**LA CONFIANZA
ES MUTUAL**



**Página 13**

COLEGIACIÓN
Diciembre 2012-Febrero 2013

**Página 25-26**

Entrevista con
Mª Jose Rodriguez Villalón
Secretaria General del SIMEX

**Páginas 14-19**

Actividades
Colegiales
Destacadas

**Página 31**

III Certamen IcomBA
de Casos Clínicos
para Médicos Residentes

**Páginas 21-22**

En Portada
PREMIOS
icomBA
2013

**Páginas 32-33**

Gradeteca

**Páginas 23-24**

Entrevista con
Ricardo de Lorenzo y Montero
Presidente de la Asociación
Española de Derecho Sanitario

**Página 37-38**

Asociaciones Científicas
Sociedad Extremeña
de Diabetes

Y Además...

Carta del Presidente (pág. 4) / Junta Directiva (págs. 5 y 12) / Especial Coloquios Médicos-Quirúrgicos de Zafra (pag. 20) /
Comisión Deontológica Colaboración de los Médicos con los cuerpos policiales. (págs. 27 y 28).

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



Colegiación universal. Diez años después

Hemos estado esperando diez años. Unos y otros. Unos tratando de quitar la colegiación y otros esperando justicia. Diez años, diez, en espera del fallo del Tribunal Constitucional (TC). Diez años que han servido para hacernos más fuertes, más necesarios y más útiles a todos, a los ciudadanos y a los médicos. Diez años aguantando el ejercicio sin colegiación de médicos en nuestra Extremadura. Diez años sin poder ejercer el control deontológico y sobre la titulación de todos los médicos del sistema público que ejercían en el Servicio Extremeño de Salud. Diez años mermando de competencias a la institución colegial. Diez años sin que fuera atendido nuestro argumentarlo sobre la necesidad de parecernos/ser como el resto de CC.AA., como el resto de países de nuestro entorno que ven conveniente, legal y obligatorio el control de la corporación colegial.

Alguien pensará (como yo) que la justicia que tarda tanto en ser aplicada deja de ser justa. Diez años después de aquel 28 de Febrero de 2003 cuando tuvo entrada en el TC el recurso de inconstitucionalidad promovido por el Presidente del Gobierno (D. Jose Maria Aznar), a través del Abogado del Estado, contra el inciso "o para la realización de actividades propias de su profesión por cuenta de aquellas", del art.17.1 de la Ley 11/2002, de 12 de diciembre, de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura, publicado en el DOE el 28 del mismo mes y año. Y ahora, el 28 de Febrero de 2013 el TC, por la autoridad que le confiere la Constitución de la nación

española, ha decidido estimar el recurso (nº 1174-2003) y declarar su inconstitucionalidad y nulidad.

Diez años después.

Admitido el recurso por el TC se dio traslado (29 de Abril de 2003) de la demanda al Congreso de los Diputados y al Senado, a la Asamblea y al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura al objeto de que pudieran personarse en el proceso y formular alegaciones. El Congreso a través de su Presidencia comunicó que ni personaba ni formulaba alegaciones (16 de Mayo de 2003). El Presidente del Senado se personaba y ofrecía su colaboración (23 de Mayo de 2003). El 28 de Mayo de 2003 el Letrado de la Junta de Extremadura expone que *debe corresponder a la Comunidad Autónoma decidir si sus funcionarios deben quedar sometidos a la organización colegial o, si por el contrario, las facultades que ejercen por delegación los Colegios Profesionales son avocadas y ejercitadas directamente por la Administración. Tanto la Asamblea de Extremadura como el Consejo de Gobierno de Extremadura niegan que el inciso mencionado incurra en la infracción constitucional, pues afirman la competencia de la Comunidad Autónoma para eximir a sus funcionarios de la colegia-*

“Llevábamos razón cuando declarábamos la colegiación universal. Y diez años después, diez, el Tribunal Constitucional nos da la razón”

ción forzosa cuando realizan sus actividades profesionales por cuenta de la Administración y, en todo caso, entienden que la exención, por la legislación estatal, de la exigencia de colegiación a los funcionarios, no discrimina, a estos efectos, entre quienes son los destinatarios últimos de los servicios profesionales que realizan los empleados públicos, pues lo definitivo es que actúan dentro del ámbito de la función pública y bajo el régimen de organización, control y disciplina administrativa. El Abogado del Estado se remitía al recurso similar del Parlamento de Andalucía, también impugnado, el cual contenía una excepción a la regla de la colegiación forzosa que sirve como elemento definitorio de la institución colegial a la que se pertenece en razón de la actividad profesional que se realiza. Y recordaba que la competencia del Estado para regular los Colegios Profesionales le viene dada por el art. 149.1.18 CE, que le permite fijar los principios y reglas básicas de este tipo de entidades corporativas.

En conclusión, el inciso impugnado, al eximir de la colegiación obligatoria a los empleados públicos, cuando ejercen la profesión por cuenta de la Administración, establece una excepción no contemplada en la Ley estatal de Colegios Profesionales. Siendo competente el Estado para establecer la colegiación obligatoria, lo es también para establecer las excepciones que afectan a los empleados públicos a la vista de los concretos intereses generales que pueden verse afectados, motivo por el cual debemos declarar que el inciso impugnado ha vulnerado las competencias estatales, y, por tanto, es inconstitucional y nulo.

Llevábamos razón cuando declarábamos la colegiación universal.

Y diez años después, diez, el TC nos da la razón.



Dr. José Alberto Becerra Becerra

Coordinador Nacional del Observatorio de Agresiones a Médicos de la OMC
Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz

¿Agredir a un médico, es violencia social?



El veinte de marzo de dos mil trece se celebró en toda España el Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario que auspiciado por la Organización Médica Colegial convocó a todos los colegios de médicos de España a colocar un lazo dorado en sus fachadas, como acto visible de concienciación social de la población ante las agresiones que sufren sus colegiados. Este lazo, no solo simboliza la lucha contra las agresiones, sino que quiere potenciar el nexo de oro, que es la relación médico-paciente, y todos los médicos deberían llevar un lazo dorado en las solapas de sus batas.

El Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial que recoge las comunicaciones de las agresiones, y que dispone de los datos del 100% de los colegios provinciales presentó en un multitudinario acto, ante innumerables medios de comunicación, los datos correspondientes al 2012, y donde además se dio lectura a un Manifiesto contra las agresiones que firmaron un importante número de instituciones y organismos comprometidos con el problema.

El resumen de los datos a nivel nacional (disponibles en la página web del icomBA) son extrapolables a los datos sobre agresiones de nuestra provincia. En 2012 se contabilizaron 416 casos, y podemos decir que en dos de cada diez, los médicos agredidos sufrieron lesiones, este dato por si solo es tan altamente preocupante, como para que desde nuestro colegio sigamos trabajando denodadamente en este sentido. Son 18 los médicos que durante el ejercicio de su profesión en nuestra provincia, además han sufrido du-

rante el pasado año, amenazas, coacciones, maltrato, insultos, injurias y vejaciones que lógicamente centran la mayor parte de ella, y que han aportado un porcentaje importante del total de las recogidas en el estudio nacional.

En este, el mayor porcentaje de agresiones lo sufrieron las mujeres con un 54%, y por tramos de edades los médicos entre 46 a 55 años con un 37%, y sorprende que también los jóvenes sufren agresiones, así los médicos entre 26 y 35 años representan el 14%, y considerando que son los que han iniciado su desarrollo profesional y que se están incorporando a sus puestos de trabajo, este dato nos preocupa en gran medida, por lo que supone para ese nuevo médico, que además de repercutir en su salud física y en su calidad de vida, lo hace en su salud emocional, ya que se afecta de forma sustancial su actividad sanitaria, su entorno familiar y se modifica gravemente su percepción de esta preciosa profesión, que es ser médico.

Otros datos de interés son, como en Atención Primera es donde se producen la gran mayoría de este tipo de conductas violentas, con un 89% de los casos, y el 22% en urgencias. De nuevo sorprende que sean los familiares en un 28% de los casos los agresores.

Solo el 27% se producen por discrepancias en la atención médica, y el 9% por discrepancias personales con el médico, del resto de causas, ninguna tiene relación con el propio médico, y destaca con respecto al año anterior, el incremento de los casos producidos por el tiempo en ser atendido, que casi se ha duplicado, algo tendrán que ver los recortes en los sistemas sanitarios,

con acumulaciones de cupos en el centro o en otra localidad con lo que ello supone, suspensión de consultas, anulación de quirófanos, y un sinfín de motivos que nada o poco tienen que ver con el propio médico.

En cuanto a las acciones emprendidas desde los Colegios, si en España en el 70% de los casos se efectuaron diligencias; el icomBA presentó denuncia contra los agresores en el 100% de los casos, y de las 18 agresiones sufridas en el 2012, se iniciaron diligencias en 17, en todas hubo juicio, y donde la eficacia y eficiencia de nuestra asesoría jurídica, dio muestras de su compromiso en la defensa de los derechos de nuestros colegiados.

“El icomBA presentó denuncia contra los agresores en el 100% de los casos, y de las 18 agresiones sufridas en el 2012, se iniciaron diligencias en 17, en todas hubo juicio, y donde la eficacia y eficiencia de nuestra asesoría jurídica, dio muestras de su compromiso en la defensa de los derechos de nuestros colegiados.”

Junta Directiva



Sede de la OMC. Presentación de los datos a los medios de comunicación.

Con motivo de la celebración de este día, el ministro de Justicia, Alberto Ruíz-Gallardón, recibió a una delegación de la Organización Médica Colegial, encabezada por su presidente, el Dr. Rodríguez Sendín, el secretario general, el Dr. Romero, y el Coordinador Nacional del Observatorio de Agresiones, el Dr. D. José Alberto Becerra Becerra, que le entregó el Estudio de los datos de las Agresiones de los últimos tres años y el Manifiesto contra las Agresiones. En esta reunión se le expuso al Sr. Ministro la preocupación del Observatorio por la gran variabilidad de criterios a la hora de considerar una agresión como delito de atentado contra una autoridad pública, a pesar de que desde la Fiscalía general del Estado se emitió hace unos meses unas directrices a todas las Fiscalías para que las agresiones en el ámbito de la sanidad, quedaran incluidas en el ámbito de la tutela penal arbitrada por el delito de atentado, como se recoge en el Art. 24 del Código Penal que dice que "Se considerará funcionario público todo el que por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas", aunque el posicionamiento es claro, realmente no es así y no se aplica al Art. 550 del Código Penal, donde la agresión a un médico en el ejercicio de sus funciones, no se considera delito de atentado contra autoridad, por tanto las penas a los agresores, son menores y no constituyen una medida coercitiva y de intimidación para ese mismo agresor o para otros que pudieran serlo en potencia.

Asimismo, expusieron al Ministro los trabajos del Observatorio de Agresiones en la formación de los profesionales, las acciones encaminadas a la concienciación de la sociedad y la búsqueda del apoyo de las Administraciones públicas y las Fiscalías para abordar el problema de un modo coordinado e integral con el objetivo último de establecer medidas de prevención y protección para garantizar un ejercicio seguro de las profesiones sanitarias. El ministro Ruíz-Gallardón, expresó su sensibilidad ante este gravísimo problema y manifestó su disposición a trasladar de inmediato al Fiscal General del Estado todos los datos aportados por el Observatorio de Agresiones y con esta información establecer mecanismos de colaboración entre ambos colectivos profesionales, lo que supu-

so una magnífica noticia, dentro del ambiente de cordialidad y cooperación en que se desarrolló la reunión.

Esa falta de uniformidad en la firma de los convenios en las diferentes autonomías, es una de las preocupaciones del Observatorio, y por supuesto para este icomBA, y es por ello, que seguimos trabajando, y ya hemos iniciado una serie de trámites para que el convenio de nuestra comunidad autónoma se pueda firmar en breve, y siguiendo esa línea de compromiso e implicación, nuestros colegiados estén más protegidos desde el punto de vista jurídico.

Con motivo de la celebración de este día, se mantuvo otro interesante encuentro del Dr. Rodríguez Sendín, Dr. Romero, y el Dr. Becerra, así como el resto de los miembros del Observatorio de Agresiones con la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, D^a. Ana Mato, y D^a. Pilar Fargas, durante el encuentro se hizo entrega del Estudio del Observatorio sobre Agresiones, además del Manifiesto.

La Ministra resaltó la excelente labor desarrollada por el Observatorio de Agresiones, y consideró el estudio aportado sobre Agresiones, como una valiosa fuente de información a la hora de abordar este problema, además manifestó que es una de las prioridades dentro de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, luchar contra estas, por lo que expresó que se adoptarán iniciativas, planes de prevención y de actuación en coordinación con las Comunidades Autónomas, así como con las organizaciones profesionales, y resumió, que se tiene desde el



Comisión de la OMC en el Ministerio de Justicia.

Gobierno central un firme compromiso para combatir las dentro del ámbito sanitario, quedando en firmar un convenio de cooperación entre ambas instituciones, el Ministerio y el Observatorio.

En esa línea de cooperación, y de trabajo siempre en defensa del colegiado, el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Extremadura ha iniciado una serie de reuniones con la Consejería de Salud y Política Social, y por tanto con el Gobierno de Extremadura, para seguir avanzando, ya que es de vital importancia, la concienciando de la población, y la de todos los organismos implicados, para minimizar y mejorar la lucha contra esta lacra y que sirva para que sigan disminuyendo el número de agresiones en nuestra comunidad autónoma, que en el año 2012, lo hizo en un 25%, y en eso, tienen mucho que ver los planteamientos que se hacen desde los colegios de médicos, de defensa a ultranza de sus colegiados, con una directriz básica, "Agresiones a Médicos, tolerancia cero".

El Observatorio Nacional de Agresiones, y el Colegio de Médicos de Badajoz tienen dos nuevas líneas de actuación en el ámbito de las Agresiones a Médicos, que son:

"Si el acto médico es idéntico, sus consecuencias jurídicas y sus obligaciones y deberes también... ¿no merecen la misma protección los médicos del sector privado?"

1.- La mejora de la protección ante las agresiones que sufren los médicos que trabajan en el sector privado (supone el 11%), ya que la aplicación del Art. 550 del Código Penal claramente los desprotege a efectos de aplicación de penas a los agresores, ya que preceptivamente no se considera un delito de atentado, y por ello nos hacemos unas preguntas básicas: ¿Los fines prácticos que satisfacen no son los mismos?, evidentemente, sí.

Si el acto médico es idéntico, sus consecuencias jurídicas y sus obligaciones y de-



Reunión de trabajo con el Ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardo, y el Dr. Rodríguez Sendin, Dr. Romero, y Dr Becerra, como Coordinador Nacional del Observatorio de Agresiones de la OMC.

beres también... ¿no merecen la misma protección los médicos del sector privado?... Seguimos trabajando en ello,

2.- Mantener la idea de incluir las agresiones a nuestros médicos dentro del ámbito de la Violencia Social, porque nos hacemos una pregunta: ¿La violencia sanitaria, la violencia laboral no es Violencia Social?. Creemos que sí, que si se traspasa el ámbito privado en el que se produce la agresión, y no hay una afectación individual únicamente, se perturba un ámbito mucho más amplio, se perturba el ámbito social. Si conseguimos implementar estos planteamientos en las instituciones y los organismos correspondientes, podremos, con similares postulados a los que se promovieron para la violencia de género, abordar una reforma legislativa para la

"¿La violencia sanitaria, la violencia laboral no es Violencia Social?. Creemos que sí, que sí se traspasa el ámbito privado en el que se produce la agresión, y no hay una afectación individual únicamente, se perturba un ámbito mucho más amplio, se perturba el ámbito social"

modificación del código penal, que permita regular de modo específico la violencia en el ámbito sanitario, donde se contemple una protección específica del bien jurídico protegido, que no existan dudas, ni jurisprudenciales, ni sociales sobre la proporción de las penas a aplicar a los agresores y todo ello dentro del respeto de los derechos constitucionales de integridad física y moral (Art. 15) y de dignidad personal (Art. 10) de la Constitución Española.

Sobre estas dos líneas seguiremos trabajando y en futuros artículos, procederemos a un desarrollo más extenso de ellas. ■



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Presentación de datos por parte del Dr. Rodríguez Sendin, Dr. Romero, y Dr Becerra a la ministra, D^a. Ana Mato y a D^a. Pilar Fargas, Secretaria General del Ministerio.

Dr. Jose Antonio Márquez SánchezTesorero del icomBA
tesorero@colegiomedicobadajoz.org

FIN DE MANDATO, OBJETIVOS CUMPLIDOS

Con amplias miras comenzamos, allá por el 2009, el mandato de esta Junta Directiva cuya vigencia finaliza a mediados de este 2013. Y es que, para conseguir importantes objetivos, es necesario efectuar planteamientos ambiciosos.

Los tiempos y las crisis han ayudado poco. No son pocos los problemas que surgen en tiempos de incertidumbre, pero, por suerte, nuestro Colegio ha sido capaz de capear el temporal y llegar, con buena nota, al final de un mandato presidido por fuertes convulsiones en los ámbitos sociales, económicos y financieros, especialmente en nuestro país.

Como decíamos, la realidad del día a día va marcando las actuaciones, pero siempre tuvimos como norte la salvaguarda del patrimonio colegial y el servicio al colegiado, a veces, dos conceptos que entran en conflicto. Para prestar un buen servicio, es preciso invertir recursos en activos o en acciones de formación y promoción profesional, o en defensa de los intereses profesionales del colectivo.

Uno de los principales hechos de este mandato 2009-2013 es la potenciación definitiva de nuestra Fundación, dedicada, precisamente, a esa labor de formación y promoción de nuestra profesión, especialmente a través de la organización de seminarios y congresos para los que, podéis imaginar, es cada vez más complejo encontrar recursos.

“la realidad del día a día va marcando las actuaciones, pero siempre tuvimos como norte la salvaguarda del patrimonio colegial y el servicio al colegiado”

En este último ejercicio económico (2012) han sido varios los congresos desarrollados, con gran éxito, entre los que cabe destacar las Jornadas Deontológicas y el Congreso de la Sociedad Extremeña de Traumatología. En ambos casos, con magníficas referencias de participación y difusión. Además hemos de mencionar la institucionalización del Certamen de Casos Clínicos, que ya ha registrado su segunda edición en 2012 y camina hacia la tercera para este año. También para 2013 hay grandes expectativas en cuanto a acciones de promoción y formación, consagrando la normalidad en el funcionamiento de una entidad, la Fundación, que suponía uno de los retos y compromisos de este mandato.

Por otra parte, hemos de puntualizar que otras tareas inicialmente previstas ha sido preciso reformularlas o reorientarlas para la consecución de objetivos coherentes en relación con las expectativas marcadas. Así, por lo que respecta a nuestro Departamento de Tesorería, se han atendido numerosas consultas y planteamientos de nuestros colegiados, resuelto incidencias de sus ámbitos particulares y profesional más directamente relacionados con áreas de intervención del Departamento (finanzas, fiscalidad, planes de pensiones, ...). Sin embargo, el sistema de consultoría normalizado es una tarea de mayor complejidad y que habrá de madurar con tiempo y esfuerzo diario.

Otros aspectos importantes a destacar en los últimos ejercicios económicos es la rentabilidad del patrimonio material del Colegio que, afortunadamente, al menos de momento, no ha sufrido menoscabo, contribuyendo al crecimiento de dicho patrimonio y al sufragio de los gastos de los crecientes servicios que presta nuestra Institución.

El nuevo carnet colegial, la implementación de la ventanilla única o la or-

“Cuatro años después, hemos de presumir de haber cumplido, pero también de contar con un colectivo amplio y esforzado, que ha contribuido a la consecución de tal objetivo”

ganización y sistematización de los archivos históricos del Colegio son otros proyectos que repercuten en el ámbito económico-patrimonial y de los que se ha dado cumplida cuenta en las correspondientes tribunas o foros.

Por lo que respecta al funcionamiento de los órganos colegiales, se celebró la Asamblea General de Colegiados que el pasado día 21 del marzo en el Salón de Actos de la Sede de Badajoz. Tuvo por objeto esta Asamblea, conforme a lo previsto en los Estatutos, someter al órgano soberano del Colegio la aprobación de la Liquidación del Presupuesto del ejercicio anterior y la Memoria de las Actividades Colegiales.

En definitiva, como resumen, cuando nos planteábamos llegar a este día con la satisfacción del deber cumplido, pensábamos en que la traducción directa de esta expectativa la encontraríamos en unas cuentas saneadas y un patrimonio estable. Cuatro años después, hemos de presumir de haber cumplido, pero también de contar con un colectivo amplio y esforzado, que ha contribuido a la consecución de tal objetivo. ■



Dr. Luis Fernández de Alarcón

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

UN NUEVO MODELO DE HOSPITAL

Se aproxima el final de nuestra legislatura como junta directiva de nuestro colegio, y cuando miro hacia atrás y repaso lo acontecido en estos cuatro años me llama la atención la gran cantidad de noticias y cambios que hemos presenciado en nuestros hospitales. Muchos de estos cambios han afectado el aspecto laboral, salarial, a los directivos, compañeros que se nos fueron... pero hay otro cambio silencioso que poco a poco va calando y que a veces puede pasar desapercibido.

Los datos demográficos de nuestro país nos muestran en las últimas décadas un claro cambio de la pirámide poblacional, con un importante envejecimiento de la población y un severo descenso de la natalidad. La esperanza de vida en España ha seguido aumentando paulatinamente y



“Es hora de plantarse el modelo de hospital que queremos para el futuro. Debe ser un hospital diferente al que hemos tenido hasta ahora, adaptándolo a las nuevas circunstancias, con servicios menos estancos que estén interrelacionados entre sí por el tipo de patologías que tratan”

en el caso de las mujeres llega hasta los 84'9 años (los hombres 78'9). Esta circunstancia determina junto a otros factores el aumento de incidencia de muchas enfermedades crónicas y un cambio sustancial del tipo de enfermedades agudas que ahora nos afectan y que debemos tratar en nuestros hospitales.

El desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria, ha sacado del hospital muchas intervenciones quirúrgicas de alta incidencia que ocupaban numerosas horas de quirófano anteriormente. La aparición y desarrollo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas que permiten tratar con ingresos cortos muchas patologías que antes requerían de muchos días de hospitalización. Los llamados hospitales de alta resolución pueden realizar un papel importante en el tratamiento de pato-

logías de cortos ingresos, estando más próximos a los pacientes.

Estos cambios nos llevan a ver como el tipo de patologías agudas que se tratan hoy en nuestros hospitales son diferentes y las tratamos con menos días de ingreso. Por el contrario se observa un aumento de ingresos de personas mayores con múltiples patologías crónicas, que ingresan por descompensación de alguna de ellas o por episodios agudos de otras enfermedades que antes tenían una menor prevalencia.

Las patologías que tratamos ahora han cambiado, los enfermos son de mayor edad, los medios de diagnóstico son mejores... pero el hospital sigue siendo el mismo, o al menos no ha cambiado en consonancia. Es hora de plantarse el modelo de hospital que queremos para el futuro. Debe ser un hospital diferente al que

Junta Directiva

hemos tenido hasta ahora, adaptándolo a las nuevas circunstancias, con servicios menos estancos que estén interrelacionados entre sí por el tipo de patologías que tratan. Los equipos multidisciplinares que llevan funcionando desde hace tiempo tienden a crecer y extenderse, así como las unidades de gestión clínica cada vez más numerosas.

Tal vez debamos potenciar un nuevo tipo de hospitales para enfermos crónicos o de larga estancia que no consuman tantos recursos como en el hospital que ahora tenemos y que liberen de presión asistencial a estos hospitales de agudos, colapsados en buena medida. Estos hospitales de-

ben complementarse con la potenciación de los llamados cuidados hospitalarios domiciliarios y otras medidas que ya funcionan desde hace tiempo y tienden a disminuir las estancias hospitalarias. En algunas regiones de España como el País Vasco y Cataluña ya están implementando y desarrollando algunos de estos modelos y parece la senda a seguir en un futuro no muy lejano.

Todos estos cambios conllevan la decisión política de adoptarlos y por supuesto la participación decidida de los profesionales en estos nuevos modelos, liderando esta transformación del panorama hospitalario.

“Tal vez debamos potenciar un nuevo tipo de hospitales para enfermos crónicos o de larga estancia que no consuman tantos recursos como en el hospital que ahora tenemos y que liberen de presión asistencial a estos hospitales de agudos, colapsados en buena medida”



Los próximos años veremos cambiar el modelo asistencial tal como lo hemos conocido hasta ahora. La crisis económica que padecemos no debe ser la excusa para realizar estos cambios. Es la realidad sanitaria y social la que nos obliga a adaptar nuestro modelo, manteniendo los altos niveles científicos y de excelencia que ha conseguido el Servicio Nacional de Salud, siempre dentro de las posibilidades económicas que el país quiera dedicar a la salud. ■

“Es la realidad sanitaria y social la que nos obliga a adaptar nuestro modelo, manteniendo los altos niveles científicos y de excelencia que ha conseguido el Servicio Nacional de Salud”



Dr. Francisco Carlos Carramiñana Barrera
Vocalía de Atención Primaria Urbana del IcomBA

COMUNICADO DE LA VOCALÍA NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANA

RD 16/2012 Y MÉDICOS TITULARES:

“Reunidos en la sede de la OMC en Madrid, los Vocal Nacional de AP para buscar soluciones comunes a los problemas que ocasiona el RD 16/2012 a los intereses de los Titulares/APD. Se estima que las consecuencias de este lesivo RD afectaban en principio a unos 4.000 titulares, de los cuales se habrían descolgado (sobre todo por jubilación) un 30%.

No se manejan cifras fidedignas, por lo que es imprescindible nos deis a conocer si esta situación os afecta y si conocéis a compañeros que lo estén pero no dispongan de correo electrónico.

Se está constituyendo una base de datos ACTUALIZADA en el icomBA y se deberán enviar los datos de todos los titulares a titulares@colegiomedicobadajoz.org

En principio, estamos en la disyuntiva inicial: o se opta por estatuzarse, o se opta por seguir como funcionarios, pero amenazados y penalizados con el traslado a otros departamentos administrativos no sanitarios. Son muchos los problemas derivados, pero en principio está comprometido respetar los derechos consolidados (de esto tendría que informar MUFACE).

De momento en la Comunidad Vasca y en Murcia, aunque no hay un documento oficial,

parece que pretenden regular el tema retrasando la inclusión en las OPEs de las plazas afectadas, ajustada a las necesidades de los implicados, por ejemplo retrasándolo a la edad de jubilación de los titulares.

Os mantendremos informados según nos lleguen noticias de otras comunidades o del Ministerio de Sanidad.

Vamos a solicitar una reunión con la Consejería para conocer cuál es su posición, de la cual os tendremos oportunamente informados.

El día 1 de marzo de 2013, se reúne la **Asamblea General de la Vocalía de Atención Primaria Urbana (APU) en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos**, de la cual se extrae un comunicado en los siguientes términos:

“La Asamblea General de la Vocalía de APU desea transmitir al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, el **malestar de este colectivo y la necesidad de tomar medidas eficaces y urgentes ante las desigualdades en la atención a la población y las que afectan a los profesionales que la atienden en las diferentes Autonomías**, señalándose específica, aunque no exhaustivamente, los siguientes agravios comparativos:

- **Arbitrariedad y discriminación en la aplicación de la jornada laboral.**

- **Escandalosas diferencias en los distintos conceptos retributivos (carrera profesional, guardias y otros conceptos).**
- **No cobertura, por sustitutos, de las ausencias de facultativos.**
- **Desigualdad en las prestaciones de las diferentes carteras de servicios (por ejemplo, calendario de vacunas).**
- **Subordinación de la AP a la A.Hospitalaria en las gerencias conjuntas.**
- **Incumplimiento de la retribución por acúmulo de cupos.**

Por todo esto, solicitamos, para la **salvaguarda de la sostenibilidad del Sistema**, la implantación de presupuestos finalistas para la Sanidad, concretándose en un **25% la asignación de la AP**; y todo ello suponiendo la capacidad resolutive y de liderazgo del Consejo Interterritorial, hasta ahora no acreditada, para coordinar y homologar las peticiones que se formulan.

Por otra parte, **solicitamos la apertura de un procedimiento judicial contra la decisión gubernamental de suprimir los llamados días de libre disposición (vulgo, “moscosos”)** ya que corresponden a una contraprestación de la Administración Pública por la congelación salarial en un momento determinado, siguiendo la Instrucción de la Secretaría de Estado para la Adminis-

Junta Directiva

tración Pública de fecha 21/XII/83 (BOE 22/XII/83).

Igualmente, **sugerimos la denuncia ante el Tribunal Central Deontológico de las inequidades del Sistema en la atención a la población asistida.**

Finalmente, insistimos en todo lo anterior para salvaguardar la imagen, capacidad y profesionalidad de nuestro colectivo, que se está viendo deteriorada ante la sociedad y la opinión pública en general."

"solicitamos la apertura de un procedimiento judicial contra la decisión gubernamental de suprimir los llamados días de libre disposición (vulgo, "moscosos")"

El comunicado viene a sintetizar el malestar general expresado por los vocales de todas las Autonomías, acorde con el sentir de los compañeros de Atención Primaria Urbana que estamos sintiendo directamente la política sanitaria de los recortes, y continuamos luchando por mantener la calidad profesional y humana que nos destaca como una de las mejores del mundo, aunque no estemos de acuerdo con el derrotero que está tomando la Sanidad Pública y especialmente la Atención Primaria Urbana, de la que en Extremadura no somos ajenos.

¿JARA una herramienta TIC a punto de naufragar?

Desde sus inicios la herramienta TIC (Tecnología de la Información y de la Comunicación) denominada JARA, ha sido el **buque insignia** de la Junta/Gobierno de Extremadura para ajustar la asistencia sanitaria a los nuevas exigencias de la informática y de la comunicación.

Con inversiones multimillonarias de euros (no puedo precisar si son más de 40

millones los invertidos), a fecha de hoy echamos en falta:

- la resolución de la confidencialidad, (Hoy, 2-12-12 Opinión. "Jara. Ataque a la confidencialidad")
- la seguridad de sus datos
- la facilidad de manejo (queremos un "Jara para torpes", para "iniciados"). Y me parece muy bien que alguno de los padres de la criatura lo maneje como si de un juego se tratase, pero ese manejo no es accesible ni al 99% del resto de los usuarios.
- el feedback de la información (administrativa, económica, farmacológica, clínica,...) accesible y manejable en todos los niveles. A lo largo de todos estos años no hemos recibido nada de retroalimentación de ningún dato, ni lo encontramos accesible como "usuarios no avanzados".
- las alarmas para detectar alergias, reacciones adversas, interacciones, que afectan a los pacientes y son fundamentales para la atención sanitaria.
- la desburocratización de las consultas de Atención Primaria, que ni siquiera con la receta electrónica ha conseguido descongestionar. No funcionan los circuitos administrativos, no se externalizan los partes de confirmación de las bajas laborales, la receta en consultas de urgen-

"sugerimos la denuncia ante el Tribunal Central Deontológico de las inequidades del Sistema en la atención a la población asistida"

cias/hospital o centros de multiespecialidades no acaban de implantarse. **E incluso en algunos Centros de Atención Primaria, como en el mío, a los administrativos no le dan autorización para dar los justificantes de asistencia a consulta en el mostrador de cita previa.**

Quiero ser constructivos, este listado es una propuestas de las mejoras que pedimos a nuestros dirigentes para que saquen a Jara de la situación actual como **"buque insignia encallado a punto de naufragar"**. ■

"¿JARA una herramienta TIC a punto de naufragar?"

Indicador	Profesional				Puntuación	Máxim Puntuación	Meses		Resultats de l'entorn	
	Prevalença	Detecció	Resolució	Resultat			Mínim	Màxim	EAP	ICS
05-KiC: Tractament antiàlgic	2,43%	100%	96,15%	96,15%	45	45	75,36	92,93	94,1%	91,75%
05-KiC: Control lipídic	2,43%	100%	53,85%	53,85%	40	40	37,17	49,24	56,00%	49,3%
07-Ci: Tractament beta-bloquejant	2,89%	100%	51,91%	51,91%	12,21	55	48,39	62,91	57,34%	59%
08-Ci: Tractament antiàlgic	2,89%	100%	93,55%	93,55%	49,72	50	73,42	93,60	95,95%	89,3%
09-Ci: Tractament antiàlgic	3,35%	100%	87,27%	87,27%	35	35	13,44	55,55	59,80%	51,00%
Herramientas informáticas para mejorar el control. Historia clínica informatizada eCAP (Catalunya): Indicadores y listados de pacientes mal controlados										
17-Kochal: Controlaje (15-79a)				76,63%	8,45	40	34,35	45,14	49,72%	39,71%
18-Tabac: Abastiment en població de risc	34,55%	100%	71,35%	71,35%	22,38	40	65,82	75,71	79,77%	71,54%
19-Tabac: Cessacions en els darrers 12m (15-79a)	32,71%	100%	3,89%	3,89%	0	45	5,50	7,9	4,77%	6,20%
20-DM2: Controlaje peu	11,66%	100%	62,99%	62,99%	35	35	49	61,67	59,82%	58,95%
21-DM2: Control HbA1C (15-79a)	11,67%	100%	61,06%	61,06%	45	45	48,47	59,03	51,45%	58,71%
22-DM2: Controlaje néfropatia (15-79a)	11,67%	100%	76,99%	76,99%	35	35	55,04	70,14	66,26%	67,6%
29-Grip: Vacunació (>59a)				60,69%	45	45	59	59	57,66%	45,25%
30-Grip: Vacunació població de risc (15-59a)	16,77%	100%	24,20%	24,20%	35	35	18	25	27,00%	17,00%
31-Myrtila pneumocòccica: Vacunació (>59a)				86,35%	10	10	52,12	65,95	68,35%	57,82%
32-Tétanos: Vacunació				78,56%	40	40	46,21	65,95	63,84%	56,2%
34-MFOC: Verificació inhaladors (>39a)	10,05%	100%	59,02%	59,02%	11,25	20	47,4	60,04	63,69%	57,35%
35-ATDOR: Vacunació integral	1,59%	100%	82,35%	82,35%	18,7	25	68,46	87,04	81,68%	84,52%
36-ATDOR: Risc UPP	1,59%	100%	88,24%	88,24%	29,67	40	78,2	92,42	85,9%	93,71%
39-Pròstata: Ús correcte PSA (>74a)				60,99%	5,82	15	78,8	87,5	89,91%	82,68%

Listado de control de enfermedades en el IS Catalan, aportando feedback de la información clínica de médicos y pacientes.

Colegiación (Enero - Marzo 2013)

ALTAS DICIEMBRE 2012

Bartolesi Chico Arturo • 06/36/05921 • Ldo. Medicina y Cirugía
Cerezo Martínez Adela • 06/28/42687 • Medicina Interna
Lima de Queiroz Ana Paula • 06/06/03070 • Lda. Medicina

BAJAS DICIEMBRE 2012

Tello Alea Rolando René • traslado al Extranjero
Mohammad Mahmoud Al emari Raed • Regreso a su país
Valenti Areizaga Bárbara • Traslado a Madrid
Cabañas Elías Eloisa • cese de actividad
Alonso González Rafael • Traslado al Extranjero

FALLECIMIENTOS DICIEMBRE 2012

Ravelo Chávez • Leocadio
García Saenz • Ventura
Freire Sande • Manuel

ALTAS ENERO 2013

Solís Vázquez Raquel • 06/06/06099 • Otorrinolaringología.
Bayo Nevado Miguel Ángel • 06/06/06641 • Ldo. Medicina
Muñoz Garrido Jesús • 06/06/06642 • Ldo. Medicina
Montero Vitores Jorge • 06/11/05813 • Pediatría
Moreno García Ana María • 06/06/06643 • Lda. Medicina
Sáez González Virginia • 06/06/06644 • Lda. Medicina
Rodríguez Gutiérrez Juan • 06/41/13554 • Medicina Familiar y Comunitaria
Hernández Santiago Virginia • 06/28/60094 • Medicina Familiar y Comunitaria

BAJAS ENERO 2013

Falcón Martínez Ramón Lázaro • Cese Ejercicio
Triviño Blázquez Manuel • Traslado A Tarragona
Faura Poy Meritxell • Traslado A Tarragona
Correa Pérez Andrés Manuel • Traslado A Cáceres
Arias Carrasco Beatriz • Excedencia
Guerrero Rico Ana • Traslado A Cáceres
Zuluaga Arévalo Ángela Mayte • Cese Ejercicio

FALLECIMIENTOS ENERO 2013

Rodríguez-Belvís Sánchez • Antonio

ALTAS FEBRERO 2013

González Ibáñez M^a Victoria • 06/06/06203 • Anatomía Patológica
Braga Krause Kalyane • 06/06/06645 • Lda. Medicina

BAJAS FEBRERO 2013

Vergara Pérez Pedro Luis • traslado al extranjero
Covacho Cordero Daniel • Traslado a Islas Baleares

FALLECIMIENTOS FEBRERO 2013

Terrero Andrés • Jacinto



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...

ARTES GRÁFICAS
INNOVA CON INDUGRAFIC



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

CONSENSO SOBRE DIABETES TIPO 2 EN EL ANCIANO

El 11 de diciembre en el salón de actos de la sede central del icomBA se celebró la **Presentación del Consenso sobre el Tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en el paciente anciano**, con la intervención por videoconferencia nacional de diferentes especialistas relacionados con este tratamiento (internistas, endocrino, médico de familia) y moderada en Badajoz por el médico internista, el Dr. Romero Requena.



El Dr. Romero Requena, médico internista del CHUB, en un momento de su intervención como moderador de la mesa.

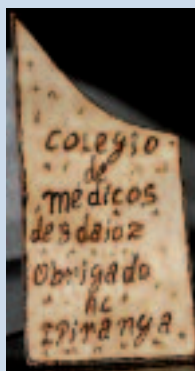
VISITA DE LA DRA. MARÍA ANTONIA LÓPEZ, DEL "COMITÉ IPIRANGA"

El pasado 17 de diciembre, aprovechando el viaje que hacía a nuestro país, la Dra. María Antonia López se acercó a nuestro Colegio para tener un encuentro con la junta directiva. Tras comentar los proyectos en los que continúa trabajando su ONG "Comité Ipiranga" --encabezados por el Barco-Hospital que navega por la región del Amazonas acercando la atención sanitaria más básica a los pueblos indígenas-- agradeció el apoyo de nuestro Colegio y destacó la importancia que nuestra colaboración: "Un poco de aquí se convierte en un mucho allí, por las diferencias económicas".

En señal de agradecimiento nos entregó un pequeño obsequio de artesanía realizado por los indígenas.



La Dra. López con el presidente del icomBA, miembros de la junta directiva y funcionarios del colegio.



Obsequio entregado por el Comité Ipiranga a nuestro colegio.

PREMIOS NACIONALES DE INFORMÁTICA DE LA SALUD 2012

La Sociedad Española de Informática de la Salud ha concedido al Vicepresidente 2º de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos, nuestro amigo y compañero **Andrés Bas Santacruz**, el **Premio Nacional de Informática y Salud 2012** al **"Trabajo realizado para difundir la implantación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud"**. Desde "Médicos de Badajoz" nuestra sincera enhorabuena por el galardón otorgado.



El Dr. Bas tras finalizar la entrega del premio.

I JORNADA TÉCNICA SOBRE VACUNAS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

El día 18 de diciembre se celebró en el salón de actos de nuestro colegio la **"I Jornada técnica sobre Vacunas"** organizada por el Servicio Extremeño de Salud. La jornada fue inaugurada por el Director General de Salud Pública, D. Juan Luis Cordero, acompañado del Secretario del icomBA, Dr. Becerra. Participaron en estas jornadas Dr. Miguel Fajardo Olivares, (Jefe de Sección de Microbiología del CHUB); Dr. Antonio Cerrillo (Médico de Medicina Preventiva. Hospital Ciudad de Mérida), Julián Mauro Ramos Aceitero (Médico epidemiólogo. Subdirector de Epidemiología. SES); Dr. Enrique Galán Gómez (Catedrático de Pediatría. UEX); Dr. Francisco García De la Llana (Médico especialista en Medicina Interna. CHUB); Dra. Ana Grande Tejada (Pediatra. CHUB); Dr. Fernando Simón (Médico epidemiólogo. Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad); Dr. José Antonio Navarro (Pediatra. Jefe de Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública Región de Murcia).



Ponentes y moderadores en estas jornadas acompañados por el Director General de Salud pública, Dr. Juan Luis Cordero y el secretario del icomBA, Dr. Becerra.

ENTREGA DE LOS PREMIOS DE LA TARJETA DE NAVIDAD 2012

El 28 de diciembre, antes de la asamblea general de colegiados, se procedió a la entrega de los premios del Concurso de dibujo de la tarjeta de Navidad 2012.

El presidente del icomBA, Dr. Hidalgo, hizo entrega a los niños premiados: Primer premio a Esther Triviño González, hija de la Dra. M^a Victoria González López-Arza. Segundo premio a Bárbara Daniel Cancho, hija de la Dra. Bárbara Cancho Castellano. Tercer premio a Lucía Sillero Atienza, hija del Dr. Álvaro Sillero Sánchez y un accésit a Gonzalo Hidalgo Rodríguez, hijo de la Dra. M^a Guadalupe Rodríguez Rodríguez. Nuestra felicitación a los premiados y a todos aquellos que concursaron.



El presidente del icomBA, Dr. Hidalgo, haciendo entrega de los premios a los niños galardonados.

Actividades Colegiales Destacadas

FIESTA DE REYES MAGOS 2013

El viernes 4 de enero de 2013, celebramos la Fiesta de Reyes 2013, para hijos y nietos de Médicos colegiados. Con un éxito rotundo, más de 300 niños acompañados por padres, abuelos y demás familiares, abarrotaron el Palacio de Congresos de Badajoz y disfrutaron de una fiesta llena de alegría en la que ellos son los auténticos protagonistas. En el acto entregamos al Presidente de CÁRITAS Diocesana de Mérida-Badajoz, D. Juan Enrique Pérez Martín, el donativo que la junta directiva acordó por unanimidad en pleno.



Entrega del donativo al Director de Cáritas de Mérida-Badajoz, Juan Enrique Pérez.



Los Reyes Magos entrando al Palacio de Congresos.



Los Reyes Magos entrando al Palacio de Congresos.



Los Reyes Magos posan con miembros de la junta directiva, funcionarios y colaboradores en la fiesta de reyes.

Actividades Colegiales Destacadas

PRESENTACIÓN DE LA NUEVA RECETA MÉDICA PRIVADA Y EL NUEVO CARNET COLEGIAL

El día 16 de enero de 2013, celebraremos una reunión informativa en el Salón de Actos de este Colegio para presentar la nueva receta médica privada, obligatoria desde el pasado 21 de enero, según real decreto 17/18 de 2010. En el mismo acto se presentó el nuevo carnet colegial, dotado con un chip que permitirá la firma electrónica.



Aspecto del salón de actos completamente lleno, dado el interés de las novedades presentadas.



El presidente durante la presentación de la nueva receta.

XV CONGRESO DE LA SEXNE

Durante los días 1 y 2 de febrero de 2013, la Sociedad Extremeña de Neurología, que preside la Dra. Carmen Duran Herrera, celebró en los salones del Hotel Velada Mérida, su XV congreso regional, dedicado en esta ocasión al diagnóstico y tratamiento del Ictus y a las Unidades de ictus.

El Dr. Hidalgo durante su intervención en el congreso



Autoridades presentes en el acto de inauguración del congreso con los presidentes de ambos colegios provinciales, Dr. Arjona y Dr. Hidalgo

JORNADA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

El día 31 de enero de 2013, en el Salón de Actos del icomBA se celebró una jornada sobre el Consentimiento Informado del paciente en la actividad médica. Con un elenco de ponentes excepcional, coordinado por el fiscal Juan Calixto Galán Cáceres, pudimos contar con la presencia de D. Antonio del Moral, Magistrado de la Sala 2ª de lo Penal del Tribunal Supremo; D. José Guerrero Zaplana, Magistrado del Gabinete Técnico del Tribunal Supremo; D. Ricardo de Lorenzo y Montero, Abogado y Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario y el Dr. D. Mariano Casado Blanco, Médico, Presidente de la Comisión de Deontología del icomBA.

Presidió la inauguración de la jornada el Consejero de Salud y Política Social, D. Luis Alfonso Hernández Carrón, junto a nuestro Presidente Dr. D. Pedro Hidalgo.

Entre los asistentes se encontraba el Director Gente del SES, Dr. Joaquín García Guerrero, acompañado por varios directores de su departamento, Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Badajoz, y un largo etcétera de miembros de diferentes colegios profesionales y organizaciones profesionales, que llenó las sesiones junto a un numeroso público.

Sin duda un completo éxito de nuestro colegio.



El director gerente del SES, Dr. Joaquín García Guerrero, y el fiscal D. Juan Calixto Galán.



Los ponentes con el Consejero de Salud de Extremadura, Sr. Carrón, y nuestro presidente, el Dr. Hidalgo.



Los ponentes de las jornadas, Magistrados del Tribunal Supremo Del Moral y Guerrero.

D. Ricardo de Lorenzo.

JORNADA "MEDIDAS DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE CONFLICTO"

El 14 de febrero de 2013 en el salón de actos del icomBA, celebramos una jornada con el título **"Medidas de actuación en situaciones de conflicto"**.

Las cuestiones relacionadas con el rechazo al tratamiento siempre generan importantes dilemas o conflictos, tanto legales como éticos y deontológicos, a los profesionales sanitarios y específicamente a los médicos. Estas cuestiones se acenúan cuando el paciente es Testigo de Jehová, quienes amparándose en su libertad religiosa rechazan tratamientos fundamentalmente hemoterápicos.

Actuó como Moderador nuestro presidente Dr. D. Pedro Hidalgo. Los Ponentes fueron: D. José Antonio Patrocinio Polo (Presidente de la Audiencia Provincial de Badajoz), D. Miguel Martín Gómez (Teniente Fiscal de la Audiencia Provincial de Badajoz), Dr. D. Demetrio Pérez Civantos (Director Médico Áreas de Salud Badajoz y Llerena-Zafra), Dr. D. Javier Bárcena Barros (Médico. Representante de los Testigos de Jehová). Los discursares: Dr. D. Mariano Casado Blanco (Presidente de la Comisión de Deontología del icomBA) y D. José Luís Galache Cortés (Servicios Jurídicos del icomBA)



Ponentes participantes en las jornadas con nuestro presidente Dr. Hidalgo



Salón de actos completamente lleno.



Los ponentes en estas jornadas, Dr. Bárcena, D. Miguel Martín Gómez, Dr. D. Demetrio Pérez Civantos y D. José Antonio Patrocinio Polo.

Actividades Colegiales Destacadas

PROPUESTA DE LEY DE DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA

El 18 de febrero de 2013, en el salón de actos de la sede colegial en Mérida, tuvo lugar la presentación de la Propuesta de Ley de Defensa de la Sanidad Pública por la que se propone modificar la ley 10/2001 de Salud de Extremadura. El secretario general del PSOE, Dr. D. Guillermo Fernández Vara, dirigió el acto, al que fueron invitados y asistieron miembros de la junta directiva de nuestro colegio, representantes del Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP), líderes sindicales, medios de comunicación, presidentes de otros colegios profesionales sanitarios.



Mesa de presentación presidida por el Dr. Guillermo Fernández Vara, acompañado del Secretario de sanidad del PSOE, Dr. Vergeles Blanca, y D. Valentín García, Portavoz del PSOE en la Asamblea.



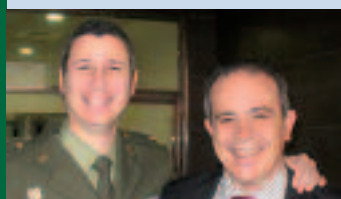
Miembros de la junta directiva del icomBA y del Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP) presentes en el acto.

SANIDAD MILITAR: UNA OPCIÓN ATRACTIVA

En los días 18 y 19 de febrero, en el Aula Guadiana del Hospital Infanta Cristina de Badajoz se celebraron unas jornadas sobre Sanidad en las Fuerzas Armadas: **"La sanidad militar: una opción atractiva"**. Presidió el acto inaugural D. Cesar Téllez Boente, gerente del área de salud Badajoz-Llerena-Zafra y contó con la presencia de nuestro Vicepresidente 1º, Dr. D. Leopoldo Gil Correa. Estuvieron acompañados por el general de brigada D. César Alonso Rodríguez, el coronel Ángel José Freixinet, y el decano de la facultad de Medicina Dr. D. José Manuel Moreno Vázquez. Nuestro compañero de junta directiva, el capitán Tabla Hinojosa participó como ponente en las jornadas.



Un momento de la presentación de las jornadas.



El capitán Dr. Tabla (izda) con el Vicepresidente 1º, Dr. Gil (dcha).

Actividades Colegiales Destacadas

TELEMEDICINA EN LAS FUERZAS ARMADAS

El pasado 27 de febrero, en el salón de actos de la Real Sociedad Económica de Amigos del País en Badajoz, tuvo lugar una conferencia sobre el servicio de Telemedicina en las fuerzas armadas. Acudió al acto en representación del icomBA nuestro vicepresidente 1º Dr. D. Leopoldo Gil Correa.



Presidencia del acto con nuestro vicepresidente Dr. Gil

JORNADAS "ERNEST LLUCH" EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA

En la sede regional del PSOE en Mérida, el pasado 9 de marzo se celebró unas jornadas sobre defensa de la sanidad pública. Participaron en las mismas la ex Ministra de Sanidad, Dña. Trinidad Jiménez; el portavoz de sanidad del grupo socialista en el Congreso de los Diputados, D. José Martínez Olmos; el consejero de sanidad del Principado de Asturias, D. Faustino Blanco; el secretario de sanidad del PSOE Extremadura Dr. D. José Mª Vergeles; el portavoz de sanidad por el PSOE en la asamblea de Madrid, D. José Manuel Freire; la consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía, la Dra. Dña. Mª Jesús Montero y Dña. Consolación Serrano, portavoz de sanidad del PSOE en la Asamblea de Extremadura.



(de izquierda a derecha): La consejera de Sanidad de Andalucía, el consejero de Sanidad de Asturias, nuestro presidente Dr. Hidalgo, el portavoz de sanidad del PSOE en el Congreso, D. José Martínez Olmos y la ex ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez.



Nuestro presidente Dr. Hidalgo con la ex ministra de sanidad, Trinidad Jiménez.

HOMENAJES A COMPAÑEROS POR SU JUBILACIÓN

El último trimestre ha sido pródigo en comidas y cenas de homenaje a los compañeros que se han jubilado. Siempre que se nos invita a dichos actos, el colegio procura acompañar en estos momentos a sus colegiados, entregándoles una placa en reconocimiento a la labor realizada en el ejercicio de su profesión.

En estos meses hemos acompañado en sus homenajes al Dr. Javier Maldonado (jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Badajoz), al Dr. Julio Sanz Cueva (radiólogo del Hospital Infanta Cristina de Badajoz), al Dr. José Antonio Torrado González (radiólogo del Hospital Infanta Cristina de Badajoz) y al Dr. Simón Asuar Aydillo (jefe de servicio de Urología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz).

Es destacable la jubilación conjunta de 5 compañeros en el servicio de ORL del Hospital Infanta Cristina (Dr. Juan Álvarez, Dra. Mercedes Guerra, Dr. Luis Marqués, Dr. José Manuel Pedraza y Dr. Germán Trinidad) que ha producido una profunda renovación del mismo.

Desde la redacción de Médicos de Badajoz nuestra sincera felicitación por su jubilación a todos ellos.



Dr. Maldonado con el Dr. Hidalgo.



El Dr. Solano, miembro de la Comisión Deontológica del icomBA, entrega al Dr. Maldonado su placa de homenaje.



El homenajeado Dr. Julio Sanz (centro), con el Dr. Pedraza (izda) y el Dr. Fernández de Alarcón (dcha), en la entrega de una placa de recuerdo en nombre de nuestro colegio.

Actividades Colegiales Destacadas



El homenajeado Dr. Torrado (centro), con el Dr. Fernández de Alarcón y el Oficial mayor del icomBA, haciendo entrega de una placa de recuerdo en nombre de nuestro colegio.



El Dr. Marqués recibiendo su placa de manos del Dr. Hidalgo



El Dr. Asuar posa con nuestro presidente el Dr. Hidalgo.



Dr. Pereda recibe su placa de manos del Dr. Hidalgo



El Dr. Álvarez recibiendo su placa de manos del Dr. Hidalgo.



El Dr. Trinidad recibe su placa de manos del Dr. Hidalgo.



La Dra. Guerra recibiendo su placa de manos del Dr. Hidalgo.



Histórica foto del pasado, presente y futuro del servicio de ORL del Hospital Infanta Cristina, con motivo de la jubilación de los Dr. Álvarez, Guerra, Marqués, Pereda y Trinidad.

XXXIV COLOQUIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ZAFRA, DECANO DE LOS CERTÁMENES MÉDICOS DE EXTREMADURA

El pasado 23 de febrero, como siempre en el último sábado de este mes, se ha celebrado en Zafra la XXXIV edición del certamen médico decano en Extremadura, organizada por la comisión de médicos que eligieron para esta ocasión dos sesiones en torno a un tema clínico y otro bioético.

El programa de los Coloquios estuvo protagonizado en su primera conferencia por el Dr. D. Leopoldo Pérez de Isla, Cardiólogo, Jefe de la Unidad de Imagen Cardiovascular del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, con una magistral disertación sobre *“Los objetivos de cLDL para pacientes coronarios y/o con diabetes en la práctica real ¿ficticios ó factibles?”*. La segunda conferencia la impartió el Dr. D. Mariano Casado Blanco, médico forense y Presidente de la Comisión Deontológica de Icomba, Profesor de la Facultad de Medicina de Badajoz de la UEx, Jefe de Laboratorio del Instituto de Medicina Legal (IML) de Badajoz; que debatió magistralmente sobre *“Ética de la prescripción: prudencia y deliberación”*.

Asistió como representante de la Consejería de Salud y Política Social y del



(de izquierda a derecha), Dr Alberto Becerra presidente de los CMQ, Sra Gloria Pons Fornelino, alcaldesa de Zafra, Dr Pedro Hidalgo presidente del icomBA, Dr Candido Mena subdirector médico del área Zafra-Llerena-Badajoz.



(de izquierda a derecha), Dr Francisco Carramiñana comité organizador CMQ, Dr Mariano Casado ponente, Dr Pedro Hidalgo presidente del icomBA, Dr Alberto Becerra presidente CMQ, Dr Leopoldo Pérez ponente.

Servicio Extremeño de Salud, el Subdirector Médico de Atención Primaria del Área Sanitaria de Badajoz-Zafra-Llerena, el Dr. D. Cándido Mena García, que tras justificar la ausencia de sus representantes destacó la importancia que tiene que los médicos dediquen un fin de semana para adquirir más conocimientos sobre aspectos profesionales y debates que únicamente es posible reproducir directamente con ponentes de primera línea en estos foros, contribuyendo así a tratar mejor a los pacientes.

El presidente de los Coloquios Médico Quirúrgico de Zafra, Alberto Becerra, destacó que las jornadas habían tenido «alta calidad» y había contado con 115 participantes, de los cuales unos 30 eran alumnos de la Facultad de Medicina, que viene desplazándose los últimos años para asistir al Certamen Médico Decano en Extremadura, ampliando su formación científica, humana y ética en su doble vertiente de adquisición de conocimiento y aprendizaje de los debates que se han desarrollado en los coloquios posteriores a las conferencias.

La alcaldesa de Zafra, Gloria Pons Fornelino, subrayó la importancia de estos Coloquios Médicos Quirúrgicos que

permiten concentrar a estudiantes de medicina, médicos y otros profesionales sanitarios de toda Extremadura, en Zafra desde hace tantos años con importantes conferencias de ponentes nacionales y resaltó que los coloquios permiten una formación de los médicos en una variedad de temas médicos que complementan la formación universitaria y la formación continua de los médicos que trabajan en el sector sanitario público y privado.

Actualmente los Coloquios Médico Quirúrgicos de Zafra está formada por 13 médicos de Zafra y su comarca, que todos los años ponen ganas, ilusión y trabajo para que sean un éxito y poder continuar trayendo ponentes nacionales e internacionales a la ciudad de Zafra y a Extremadura, como ha sido en esta edición

Además, la Asociación de Coloquios Médico Quirúrgicos de Zafra pertenece y desarrolla actividades durante todo el año en el Consorcio Regulador del Museo de Historia de la Medicina de Extremadura en Zafra, pertenece al Comité de redacción y colabora con la Revista Médica de Extremadura de edición autonómica. Está integrado en el Consejo Científico Asesor de la Junta de Extremadura.

Por último, en el año 2004 la Asociación de Coloquios Médico Quirúrgicos de Zafra recibió el premio denominado “Churretin de Pro” de la Asociación de Turismo de Zafra. ■



Imagen de los asistentes a los CMQ.

PREMIOS icomBA 2013



EXCMO. SR. D. MIGUEL ÁNGEL CELDRÁN MATUTE



**DR. D. JOSÉ
ARBUÉS LACADENA**

- Colegiado nº 06/06/02103
- Fecha de alta: 12 de enero de 1977
- Nació el 22 de noviembre de 1928
- Lugar de nacimiento: Castiliscar (Zaragoza)
- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza (1954)
- Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología (1972)

CURRÍCULUM DOCENTE

- Catedrático en Obstetricia y Ginecología en la UEX (desde la primera promoción de medicina).
- Investigador en diversos Proyectos Científicos de la UEX.
- Actualmente Profesor Emérito.

CURRÍCULUM PROFESIONAL

- Director de la Maternidad de Navarra (hasta 1976).
- En 1976 comenzó como Jefe de Departamento en el Hospital Materno Infantil.
- Presidente de la Sociedades Andaluzas y Extremeña de Ginecología.
- Directivo de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Asociación Española contra el Cáncer, Sociedad Española de Menopausia.

PUBLICACIONES

- Más de 200 trabajos y comunicaciones científicas.

- Nació el 14 de marzo de 1940.
- Lugar de nacimiento Badajoz.
- Estudió en el Colegio Hermanos Maristas de Badajoz.
- Licenciado en Ingeniero Técnico Industrial por la Universidad de Córdoba.

CURRÍCULUM PROFESIONAL

- Perito tasador, funcionario de carrera, Ingeniero Técnico del Gabinete de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Director y Profesor titulado de Auto-Escuelas de Conductores.
- Perteneció a la extinta UCD, donde se integró el Partido Liberal de Joaquín Garrigues Walker.
- Ingresó en el Partido Popular en 1990.
- Portavoz del Grupo Popular en el Ayuntamiento de Badajoz en el período 1991-1995.
- Vicepresidente de la Ejecutiva Regional del Partido Popular en Badajoz desde Octubre de 2000.
- Fue Presidente Provincial del Partido Popular en Badajoz desde octubre del 2000 hasta el 2004.
- Miembro del Consejo General de la Federación Española de Municipios y Provincias.
- Senador por la provincia de Badajoz desde marzo de 2000 a noviembre de 2001.

- Senador por la provincia de Badajoz desde marzo de 2004 hasta febrero de 2007.
- Elegido Alcalde de Badajoz en las Elecciones 1995, 1999, 2003, 2007 y 2011 en todas las Legislaturas por mayoría absoluta.

RAZONES:

- Por su colaboración siempre sincera y desinteresada con este icomBA en cuantas ocasiones se le requirió para trabajar y colaborar en la consolidación de la profesión médica entre los ciudadanos y entre las instituciones, especialmente con este Colegio, asistiendo a eventos, congresos y actos:
 - Inauguración nueva Aula Social.
 - Jornadas de Ética y Deontología Médica.
 - Presentación del Libro "El Pretérito más Imperfecto".
 - Videomed.

Pero sobretodo colaborador a nivel político para lograr la colegiación universal en Extremadura, confiando siempre en la obligatoriedad del Registro Colegial como garantía ante el ciudadano.

Nos apoyó y se comprometió para poder lograrlo y así ha sido.

En portada



**DR. D. JUAN JOSÉ
CARDESA GARCÍA**

- Colegiado nº 06/06/02116
- Fecha de alta: 28 de febrero de 1977.
- Nació el 20 de noviembre de 1940.
- Lugar de nacimiento: Huesca.
- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla (1964).
- Médico Especialista en Puericultura y Pediatría (1969).

CURRÍCULUM DOCENTE

- Profesor Adjunto de Pediatría en la Universidad de Sevilla (1969).
- Profesor titular de Pediatría en la Facultad de Medicina de la UEX (1977).
- Profesor Agregado de Pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (1979).
- Catedrático de Pediatría en la Facultad de Medicina de la UEX (1981 – 2010).
- Más de 50 Tesinas de licenciatura y Tesis doctorales, dirigidas en la Facultad de Medicina de la UEX.

CURRÍCULUM PROFESIONAL

- Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil (1977- 2010).
- Estancias formativas en Alemania.
- Fundador de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura. Ha sido Vocal, Vicepresidente y Presidente

PUBLICACIONES

- Más de 200 publicaciones en revistas nacionales e internacionales.
- Más de 400 mesas redondas, comunicaciones y poster presentados a congresos nacionales e internacionales.
- Miembro del Consejo Editorial de varias Revistas Científicas de la Especialidad de Pediatría



**DR. D. MANUEL
PERÉZ MIRANDA**

- Colegiado nº 06/06/02096
- Fecha de Alta: 27 de diciembre de 1976.
- Nació el 8 de agosto de 1938.
- Lugar de nacimiento: Martos (Jaén).
- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (1962).
- Médico especialista en Medicina Internay Endocrinología y Nutrición (U. de Navarra).
- Primer Doctorado en la Universidad de Navarra.
- Segundo Doctorado en Erlangen-Nuremberg (Alemania).

CURRÍCULUM DOCENTE

- Profesor de Patología General e Investigador del CSIC en la Universidad de Navarra (hasta 1976).
- Catedrático de Patología Médica (Medicina Interna) en la UEX (desde 1981).
- Vocal y Presidente de diversas comisiones clínicas del Hospital Universitario Infanta Cristina.
- Subdirector del Departamento de Ciencias Biomédicas y Vice-Decano.
- Decano de la Facultad de Medicina (UEX).
- Director y Profesor de los Cursos de Doctorado de Avances en Medicina Interna (más de 20 años).
- Profesor de los Master de Tercer Ciclo.
- Director de Master.
- Director de Cátedras.
- Investigador en diversos Proyectos Científicos de la UEX (total 77).
- Actualmente Profesor Emérito.

CURRÍCULUM PROFESIONAL

- Plaza por oposición de Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Perpetuo Socorro/Infanta Cristina de Badajoz (1976 – 2008).
- Fundador y Primer Presidente de la "Sociedad Extremeña de Medicina Interna" y de la "Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición".
- Ponente en múltiples Reuniones Médicas.

PUBLICACIONES

- Participación en diversos libros.
- Más de 200 artículos en revistas científicas.



**DR. D. LUIS MARÍA
VINAGRE VELASCO**

- Colegiado nº 06/06/01731
- Fecha de alta: 17 de marzo de 1970
- Nació el 13 de junio de 1938.
- Lugar de nacimiento: Badajoz.
- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Madrid (1963).
- Médico Especialista en Cirugía General (1968).
- Tesis doctoral sobresaliente cum laude (Universidad de Sevilla, 1975).

CURRÍCULUM DOCENTE

- Profesor de la escuela de ATS de la Cruz Roja de Badajoz (1971).
- Ayudante de clases prácticas en Anatomía de la Facultad de Medicina (1974).
- Profesor Adjunto de la Universidad en la Facultad de Medicina (1982).
- Director del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina (1983).
- Catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UEX (1986).
- Secretario (1982), Vicedecano (1983) y Decano (1984) de la Facultad de Medicina de la UEX .

CURRÍCULUM PROFESIONAL

- Médico en prácticas en el servicio de Cirugía Cardiovascular (Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid, 1960 – 1964).
- Médico becario en la Beneficencia Provincial de Madrid (1964).
- Médico Ayudante del Servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Oncología en Madrid (1964 – 1970).
- Jefe del Servicio de Oncología del Hospital de la Cruz Roja en Badajoz (1970).
- Vocal de la Junta del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz (1972).
- Médico Adjunto de Servicio de Cirugía del SES (1974).
- Jefe de Sección del Servicio de Cirugía del SES (1977)

PUBLICACIONES

- Más de 100 trabajos, comunicaciones, ponencias y colaboraciones en monografías científicas.
- Seis premios por sus trabajos científicos

“NO EXISTE SUFICIENTE INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LOS ASPECTOS DE CONTENIDO LEGAL QUE INTERVIENEN EN SU TRABAJO”

RICARDO DE LORENZO Y MONTERO
 Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitaria

¿Qué aspectos legales debe tener en cuenta el médico ante el Consentimiento Informado del paciente?

Lo primero que debe asumir el Médico es su importancia y su carácter de obligación legal. El propio Tribunal Supremo ha calificado al consentimiento, y cito textualmente, como un “derecho humano fundamental” o, como un “derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo... que es “consecuencia necesaria o explicitación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia”.

El propio Tribunal Constitucional ha confirmado plenamente este carácter de derecho humano fundamental que había anticipado la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, entroncando el consentimiento informado directamente con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral.

En consecuencia el consentimiento informado es el requisito indispensable para que surja el contrato de servicios médicos o, como hoy preferimos decir con mayor amplitud, la relación Médico-Paciente. En este sentido decimos que se integra dentro de la “lex Artis”. El consentimiento informado es por sí un acto jurídico ya que de él se derivan efectos jurídicos e integra, junto con el consentimiento del Profesional, el acto complejo y perfecto, bilateral y negocial, que es el contrato de servicios médicos. El consentimiento



informado por sí solo y los consentimientos de Médico y paciente integrados constituyen por tanto un acto médico en cuanto dirigidos a la prevención, curación o rehabilitación de la salud realizados entre personas capaces y productores de efectos jurídicos.

En cualquier caso la falta de información no es tanto un problema legal como un problema de cambio de las relaciones sanitarias: del paternalismo tradicional a la participación en la toma de decisiones sanitarias. Y el aprendizaje de esta nueva relación exige cambios de mentalidad en los profesionales que no se consiguen solo “a golpe de ley”, sino mediante la implantación de medidas educativas, formativas y de participación de los profesionales, como las que viene desarrollando el Colegio de Badajoz.

“El consentimiento informado es el requisito indispensable para que surja el contrato de servicios médicos o, como hoy preferimos decir con mayor amplitud, la relación Médico-Paciente”

¿Qué importancia le otorgaría al conocimiento por parte del médico del Derecho Sanitario en el ejercicio de su profesión médica?

Fundamental, en mi intervención en este Colegio de Médicos, precisé que la Salud no es solo Medicina y alcanzarla como objetivo no es solo un Derecho, y por eso es necesario que esté compuesto por Médicos. Aunque sea de Derecho y por Juristas aunque sea Sanitario.

Y desgraciadamente no existe suficiente información por parte de los Médicos acerca de los aspectos de contenido legal que intervienen en su trabajo. Queda un larguísimo camino por recorrer. Ni el Derecho Sanitario ni la Ética son asignaturas de la licenciatura de Medicina, son asignaturas de postgrado y como tales, sin expresa obligación a ser estudiadas. Sí, en cambio, he de reconocer que se está haciendo lentamente un hueco. De hecho, el Derecho Sanitario nació para completar la esfera formativa de un Médico que, como vemos, ha de poseer. Hoy, el Médico, se va formando por medio de cursos, jornadas, etc. o por el periodismo especializado que le informa de leyes, sentencias, etc...

Cualquier acto médico de la vida profesional resulta de una importancia decisiva: informar, lograr el consentimiento al tratamiento del paciente para una actuación, etc. Y todo va unido, nada es banal. Por ello, es muy importante asumirlo para evitar vulnerar los derechos que todo paciente tiene. De tal modo, estas carencias de las que hablábamos antes, convierten en ocasiones lo que deberían ser procesos dialógicos en procesos administrativos.

Las agresiones en el ejercicio de la profesión siempre preocupa al médico. ¿Qué tratamiento jurídico cree que debería tener este aspecto en España?

“Ni el Derecho Sanitario ni la Ética son asignaturas de la licenciatura de Medicina, son asignaturas de postgrado y como tales, sin expresa obligación a ser estudiadas.”

Las Agresiones Sanitarias tienen la suficiente envergadura, proporcionalidad y magnitud, como para concretar una intervención legislativa y lamentablemente como podemos comprobar todos los días, la aparente ambigüedad del art. 550 de nuestro Código Penal permite que se pueda fluctuar entre considerar al Médico como autoridad, y la percepción de que ni siquiera tienen carácter de funcionarios públicos.

La calificación como Atentado de las agresiones a Médicos plantea que siga habiendo Jueces y Magistrados que sigan considerando una calificación excesiva y una interpretación forzada del concepto de “orden público”, teniendo como consecuencia una distinta protección, a efectos penales, entre los profesionales del sector público y los del sector privado, cuando en realidad podemos admitir que los fines prácticos que satisfacen ambas actividades son idénticos, junto al riesgo de dejar vacío el tipo delictivo como consecuencia de la extensión de los posibles sujetos pasivos dado que entrarían todos los funcionarios, desde el personal administrativo, hasta los conserjes y bedeles, a quienes también se agrede.



La labor desempeñada específicamente por los Médicos, debe de ser susceptible de protección penal específica, en tanto que el bien jurídico a proteger trasciende el interés individual de estos profesionales, dado que la única regulación que permite actualmente la punición de ese bien jurídico protegido que excede de la mera protección personal es el delito de atentado. Por lo tanto, partiendo de la idea de que existe un bien jurídico a proteger, y de la inconveniencia de que éste se proteja bajo la rúbrica actual, debería legislarse autónomamente y tomar carta de naturaleza.

Lo esencial, es garantizar que en el futuro el Código Penal contemple una protección específica, y que no se permita ni que las agresiones a estos valores queden impunes, ni que existan dudas, tanto jurisprudenciales como sociales, sobre la proporción de la reacción penal ante las agresiones al personal sanitario, que pueden salir caras a la seguridad jurídica.

En octubre celebraron su último congreso, que reúne a la profesión médica con los abogados. ¿Qué conclusiones podemos extraer del congreso?

Cada Congreso, además del abordaje de las cuestiones que podríamos denominar clásicas como acontece con las novedades jurisprudenciales, o el análisis de la evolución del Derecho Sanitario que en esta última edición se hizo conmemorando el bicentenario de Tribunal Supremo, se analizan todas aquellas cuestiones relacionadas con el Derecho Sanitario que constituyen actualidad, en los momentos próximos a la celebración del Congreso, o, que se prevé, sean importantes tras la celebración del mismo, como por ejemplo las implicaciones legales por el uso de medicamentos en indicaciones terapéuticas distintas a las estipuladas en su autorización de comercialización a la que hace referencia.

Si tuviera que destacar algunas de las temáticas tratadas en este último Congreso, aparte de lo dicho, destacaría cinco materias: La aplicación del Real Decreto-Ley 5/2012, de 5 de Marzo de Mediación Civil en el Sector Sanitario; La futura Ley de Servicios Profesionales; La incidencia del Real Decreto-Ley, de 20 de abril de medidas urgentes para

garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en la Farmacia ó en la e-salud; Las nuevas normas para gestión de Recursos Humanos, Categorías equivalentes y Áreas de capacitación específica y por último la reforma de la prestación farmacéutica: su proyección sobre Laboratorios, Distribución, Oficinas de Farmacia y Pacientes.

En consecuencia la conclusión fundamental que le puedo decir, es la de su importancia para el sector sanitario y jurídico, tras XIX ediciones con ésta por la que Vd., me pregunta, creo que hemos dejado constancia de la dimensión doctrinal, la repercusión social y el afán de participación y superación profesional en ambos ámbitos jurídico y sanitario, y en todas sus manifestaciones: publicaciones, intervención en producciones normativas, colaboración y asesoramiento a instituciones públicas y privadas presencia de figuras del máximo prestigio, tanto nacionales como internacionales, etc.

Y como todos los años, al día siguiente de la finalización del Congreso comienza la preparación del siguiente, que será el XX y en este sentido en el próximo mes de Mayo se reunirá la Comisión Científica para la proposición de los temas de interés que habrán de ser abordados en octubre próximo. Pero no puedo concluir sin poner de manifiesto que las actuaciones de la Junta Directiva de Derecho Sanitario también se dirigen hacia la docencia y la formación de tal modo que se está impartiendo en la Universidad CEU San Pablo, con la colaboración de la Asociación Española de Derecho Sanitario el II Máster de Derecho Sanitario, habiendo participado activamente los alumnos que cursan el mismo tanto en la asistencia y participación en el pasado Congreso, como en el próximo en el deberán presentar sus trabajos de fin de Máster en las comunicaciones libres del XX Congreso Nacional de Derecho Sanitario. ■

“Las agresiones sanitarias tienen la suficiente envergadura, proporcionalidad y magnitud, como para concretar una intervención legislativa”

“SI LA SANIDAD PÚBLICA ES IMPORTANTE, MÁS LO SON LOS RECURSOS HUMANOS QUE LA HACEN POSIBLE”

**MARÍA JOSÉ
 RODRÍGUEZ
 VILLALÓN**

**Secretaría General del
 Sindicato Médico Extremeño
 (SIMEX)**



Cuáles son los retos que os marcáis en vuestra gestión?

Queremos ante todo defender y potenciar la sanidad pública. No entendemos otra forma de atención sanitaria que sea más justa, equitativa y solidaria. Aceptamos, como no podría ser de otra manera, otras formas de gestión, pero siempre bajo el modelo, hasta hoy, vigente.

Pero si la Sanidad Pública es importante, más lo son los recursos humanos que la hacen posible. Nuestros profesionales son insustituibles y por ello son nuestro objetivo número uno. Somos conscientes de las dificultades actuales, pero también somos sabedores de que sin recursos humanos, éstas no pueden superarse.

¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrenta el médico extremeño en la actualidad?

Sin lugar a dudas la incertidumbre a la que está siendo sometido el profesional, hoy en día. Actualmente, la mayoría somos funcionarios o estatutarios, pero sobre nosotros pende la laboralización por vía directa; es decir desde Madrid. Y es que ,el primer paso está ya dado e iniciado (RDL 16/2012: Modificación del estatus de funcionarios de los médicos de APD y los médicos de Cupo y Zona). En medicina, se trabaja con diagnósticos diferenciales, pero para nuestra vida laboral y personal no son nada aconsejables.

Luego están los “problemas generales” de aquellos afortunados que tenemos trabajo y que se resumen en tres, lo que yo vengo a llamar la “Triada de la Crisis o MMM”, Menos sueldo, Más trabajo y Menos vacaciones...

Pero por desgracia, y en el lado opuesto, asistimos al triste espectáculo del paro en nuestra profesión, producto de la política del incremento del horario laboral y de la reducción de las contrataciones.

Hay otro tipo de problemas que son productos de las diferentes formas de interpretar los decretos, pactos, normas, instrucciones,... entre las distintas Gerencias de Áreas del SES, y que todos mis compañeros conocen perfectamente por lo histórico del tema: jornadas laborales, jornadas complementarias, acumulaciones, programaciones funcionales, contrataciones, festivos que caen en sábado...Todos los trabajadores de esta Comunidad, estamos bajo el amparo

“Asistimos al triste espectáculo del paro en nuestra profesión, producto de la política del incremento del horario laboral y de la reducción de las contrataciones”

ENTREVISTA CON...

- o desamparo - de los pactos o normas que nos sean de aplicación, pero lo que no puede ser, es que lo estén unos sí y otros no, dentro de nuestra querida Comunidad. Esto es un sinsentido.

Tenemos, así mismo, la necesidad de modificar y/o firmar nuevos acuerdos, que acaben con desigualdades entre compañeros, dentro del mismo SES, o fuera de éste.

Pero hay un tema especialmente delicado, que atañe a la salud laboral de nuestros compañeros. Me refiero a los mayores de 55 años y el Pacto de 23 de julio de 1997 anulado, con fecha 1 de agosto de 2012, según resolución del Servicio Extremeño de Salud de 19 de julio de 2012 y publicada en DOE de 27 de julio del mismo año.

Mientras otras categorías, disfrutaban de turnos antiestrés, a nosotros se nos niega una adaptación de nuestras guardias por razones de edad. De un plumazo, lo que un día era un derecho adquirido y concedido por un pacto vigente, nos lo anulan aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid. Urge retomar y solucionar semejante desdén.

Se habla de la privatización sanitaria. ¿Cuál es vuestra postura?

La atención sanitaria cuesta dinero, luego hay que saber administrarla, pero la

*“¿Estamos en contra de la sanidad privada?: ¡NO!
¿Estamos en contra de privatizar la sanidad pública?: ¡SÍ!”*

salud ni se compra ni se vende, por lo tanto no es un negocio..., y aquéllos que la consideren como tal, se equivocan.

Entendemos que el fondo de armario de un buen sistema sanitario, es la sanidad pública y no sería rentable para el país, cargarnos “la joya de la corona”, ni en términos económicos y mucho menos en términos de salud.

Sinceramente, me da vergüenza que se esté cuestionado el sistema sanitario público, máxime cuando asistimos, diariamente, al nivel actual de corrupción. Me gustaría, de los casos que están actualmente hablando todos los días los medios de comunicación, calcular la suma de lo defraudado y sus intereses, más el coste de los medios que el Estado ha destinado para su detección, inculpaición y procesamiento de acusados. Seguro que es una cifra nada des-

preciable, máxime cuando estos casos deben ser, me temo, la punta de un gran iceberg.

Quiero decir con esto, que cuando en casa hay que apretarse el cinturón, renunciamos, primero a lo superfluo, para por último reducir en la cesta de la compra. Y nunca lo haremos, en sentido inverso. ¿Esto es demagogia?, no; simplemente, sentido común.

¿Estamos en contra de la sanidad privada?: ¡NO!

¿Estamos en contra de privatizar la sanidad pública?: ¡SÍ!

Hasta ahora, ambas formas de gestión sanitaria, han coexistido, y no hay ningún motivo para que no puedan seguir así. Hay que corregir las deficiencias detectadas y el llamado turismo sanitario, es un ejemplo de descontrol en la gestión de la sanidad pública. Pero esta mala gestión, no puede justificar la aniquilación de un sistema sanitario, por otra parte, tan valorado fuera de nuestras fronteras. No podemos aplicar, en este caso lo del perro y la rabia...

Cuando comencé a escuchar sobre la privatización de nuestra sanidad, lo primero que pensé es, que sería el fin de la Prevención Primaria y de la Organización Nacional de Trasplantes. ■





Dr. Mariano Casado Blanco

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

COLABORACIÓN DE LOS MÉDICOS CON LOS CUERPOS POLICIALES

En el presente artículo me gustaría plantear una situación, a caballo entre lo legal y lo ético y deontológico, que se genera con cierta frecuencia y que a nuestros compañeros les plantea serias dudas y preguntas y que a la hora de dar respuestas no saben si están actuando correctamente o por el contrario están contraviniendo normas legales (secreto profesional, acceso a historia clínica...). Se trata del caso práctico que se genera cuando los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se personan en los centros sanitarios, requiriendo asistencia sanitaria para personas detenidas.

De forma genérica, si esta actuación policial se lleva a cabo por propia iniciativa o a instancia de su superior jerárquico, y con la finalidad de obtener datos o resultados exploratorios e incluso analíticos, hay que tener en cuenta que esta actuación se está llevando a cabo en el contexto del ejercicio de las funciones encomendadas a la Policía Judicial, sin que sea necesario ningún mandamiento judicial o requerimiento del Ministerio Fiscal, que exija esta actuación médica.

Existe un amplio abanico de circunstancias en las que la intervención y colaboración del médico con la Policía Judicial se hace evidente. En hechos como agresiones, determinaciones de alcoholemias, muertes violentas o de dudosa etiología, accidentes de tráfico, atropellos, lesiones en las vías públicas y un largo etcétera, hacen necesaria y obligada esta colaboración. Para ello el médico responsable del proceso asistencial debe dejar constancia

escrita tanto en la historia clínica como en los documentos médico legales que es preciso emitir en el momento de la actuación médica (partes de lesiones y/o informes asistenciales). Estos documentos se configuran como imprescindibles para conocer la entidad de las lesiones o procesos patológicos y así poder determinar la forma de proceder correcta desde el punto de vista policial y dar debida cuenta al Juez de guardia, de los hechos ocurridos.

Existe un amplio marco jurídico regulador que regulan estas actuaciones médicas:

“Existe un amplio abanico de circunstancias en las que la intervención y colaboración del médico con la Policía Judicial se hace evidente. En hechos como agresiones, determinaciones de alcoholemias, muertes violentas o de dudosa etiología, accidentes de tráfico, atropellos, lesiones en las vías públicas y un largo etcétera, hacen necesaria y obligada esta colaboración”

1.- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, el artículo 7.1 dispone que, *“toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”*.

2.- Ley de Enjuiciamiento Criminal recoge el deber general de perseguir delitos:

- Artículo 259; *“el que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de Instrucción, de Paz...”*

- Artículo 262; *“aquellos que por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente...”*

- Artículo 365; *“si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera, consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido, están obligados a dar parte de su estado y su adelanto en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor”*.

- Artículo 796.1.1ª sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas y de modificación del procedimiento abreviado establece que *“la Policía Judicial solicitara del facultativo o personal sanitario que atendiere al ofendido, copia del*

Comisión Deontológica

informe relativo a la asistencia prestada para su unión al atestado policial”.

Por su parte el Código Penal, sobre menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o psíquica indica que:

- b) El incumplimiento de esta medida por el Médico de la Sanidad Pública, sería castigado en virtud del artículo 408 CP *“la autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de los que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años”.*

Estas funciones de Policía Judicial, están expresamente reconocidas por disposiciones reguladoras, y atribuidas, con carácter general, a todos los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por lo que resulta aplicable lo dispuesto en la propia Constitución Española, artículo 126, *“la policía judicial depende de los Jueces, de los Tribunales y del Ministerio Fiscal en sus funciones de averiguación del delito y descubrimiento y aseguramiento del delincuente, en los términos que la ley establezca”.*

Del mismo modo en la Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, Título III. *“De la Policía Judicial”*, se establecen todo lo concerniente al funcionamiento y funciones de la citada Policía.

En concreto, el artículo 292 indica que *“los funcionarios de Policía judicial extenderán, bien en papel sellado, bien en papel común, un atestado de las diligencias que practiquen, en el cual especificarán con la mayor exactitud los hechos por ellos averiguados, insertando las declaraciones e informes recibidos y anotando todas las circunstancias que hubiesen observado y pudiesen ser prueba o indicio del delito”.* Según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal dispone en su artículo 22.2, que *la recogida y tratamiento para fines policiales de datos de carácter personal por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sin consentimiento de las personas afectadas estén limitados a aquellos supuestos y categorías de datos que resulten necesarios para la prevención de*



un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales, debiendo ser almacenados en ficheros específicos establecidos al efecto, que deberán clasificarse por categorías en función de su grado de fiabilidad. Por tanto creo que queda sobradamente determinada la obligación del médico en su colaboración con los Cuerpos Policiales y la responsabilidad que conlleva el incumplimiento de estos preceptos.

Ahora bien para poder colaborar debidamente si es preciso garantizar la confidencialidad de los datos clínicos de un paciente, ya esté en situación de detenido como en cualquier otra situación.

De ahí que hay que determinar que las solicitudes de la Policía Judicial cumplan una serie condiciones:

- Que los datos que se solicitan sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación penal y queden debidamente acreditados.
- Que se efectúen por medio de una petición concreta.
- Que la petición se efectúe con la debida motivación.
- Que haya una perfecta identificación del agente o agentes policiales que la solicitan.

Deontológicamente hay artículos en nuestro Código de Deontología que sobradamente da respuesta a estas cuestiones:

Artículo 5

- La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.
- El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.
- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal.
- El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia.

Artículo 7.4

El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad.

Artículo 12.2.

El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica. ■



D. Héctor Galache Andújar

Asesor Jurídico del icomBA
asesoriajuridica@colegiomedicobadajoz.org

MIXTI FORI

TREN DE LARGO RECORRIDO

Desde...

9986 RECURSO de inconstitucional núm. 1174-2003, promovido por Presidente del Gobierno contra un inciso del art. 17.1 de la Ley de Extremadura 11/2002, de 12 de diciembre.

El Tribunal Constitucional, por providencia de 29 de abril actual, ha admitido a trámite el recurso de inconstitucionalidad número 1174-2003, promovido por Presidente del Gobierno, representado por el Abogado del Estado, contra el inciso «o para la realización de actividades propias de su profesión por cuenta de aquellas» del art. 17.1 de la ley de Extremadura 11/2002, de 12 de diciembre, de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura.

Madrid, 29 de abril de 2003.—El Secretario de Justicia.

FALLO

En atención a todo lo expuesto, el Tribunal Constitucional, POR LA AUTORIDAD QUE LE CONFIERE LA CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ESPAÑOLA.

Ha decidido

Estimar el recurso de inconstitucionalidad núm. 1174-2003 interpuesto por el Presidente del Gobierno contra el inciso “o para la realización de actividades propias de su profesión por cuenta de aquellas” del art. 17.1 de la Ley del Parlamento de Extremadura 11/2001, de 12 de diciembre, de Colegios y Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura y, en consecuencia, declarar su inconstitucionalidad y nulidad.

Publíquese esta Sentencia en el “Boletín Oficial del Estado”

Dada en Madrid, a veintiocho de febrero de dos mil trece.

Ha pasado mucho tiempo entre una y otra imagen. Al final será verdad eso que dicen de que la Justicia es lenta. 10 años habrá tenido que esperar un atento lector del BOE para encontrarse con ambas imágenes. 10 años y el tiempo que haya tardado en leer los 8 folios de la **Sentencia de 28 de febrero de 2013**, esa que nos conmocionó en la tarde del miércoles 6 de Marzo. Sentencia puesta por el Presidente del Alto Tribunal y aprobada **unánimemente** por el Pleno. No nos equivocamos entonces si decimos que es la noticia de la década. Y es que nunca es tarde si la dicha es buena. Pero es que hemos esperado demasiado mucho: el precepto legal declarado inconstitucional se publicó en el Diario Oficial de Extremadura el 28 de Diciembre de 2002. El Recurso interpuesto por el Presidente del Gobierno a través del Abogado del Estado tuvo entrada en el registro del Alto Tribunal el 28 de Febrero de 2002. Se admitió como hemos visto, el 29 de Abril de 2003, emplazándose en esa fecha para alegaciones al Congreso, el Senado, a lo que entonces se llamaba Asamblea de Extremadura y al Consejo de Gobierno de lo que ahora se llama Gobierno de Extremadura.

Resultando que el **16 de Mayo de 2003** la Presidenta del Congreso dijo que nada tenía que decir (“*el Congreso no se personará en el proceso y no formulará alegaciones*”), que el día 23 su homónimo de la Cámara Alta alegó que se personaba en el proceso y que ofrecía su colaboración (*para no volver a decir nada más*), y que la Asamblea y el Consejo de Gobierno de Extremadura se opusieron al Recurso a través de sus respectivos servicios jurídicos en fecha de 26 y 28 de Mayo de 2003.

Desde entonces, que por Mayo era por Mayo (de 2003), el recurso entra en situación de **letargo decenal** hasta que el 26 de febrero de 2013, una resolución de mero trámite nos avisa de que el recurso se votará y fallará dos días después, con el feliz resultado para la profesión que ahora conocemos.

En realidad, esta recién alumbrada Sentencia tiene una “hermana mayor”: el 17

de Enero de este año conocíamos la STC 3/2013 que decretaba la Inconstitucionalidad del artículo 30.2 de la Ley del Parlamento de **Andalucía** 15/2001, de 26 de diciembre, de Medidas Fiscales, Presupuestarias, de Control y Administrativas por la que se introducía la colegiación voluntaria. Y existe también una “hermana gemela”, pues a la par que para Extremadura, el mismo día **28 de febrero de 2013** veía la luz la Sentencia que anulaba los art. 10 (apartados 2 y 3) y un inciso del art. 11 de la Ley 6/2003 del **Principado de Asturias** de 30 de diciembre de medidas presupuestarias, administrativas y fiscales. Y esta familia quiere ser todavía más numerosa pues queda todavía pendiente de resolver el conflicto de las Islas Canarias

¿Técnicamente qué significan estas resoluciones?

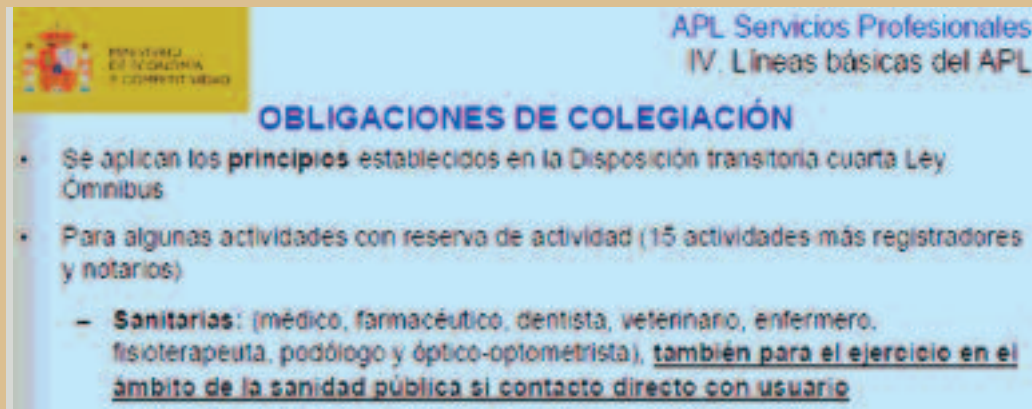
a) Lo primero **hay que precisar lo que fue objeto de recurso**. En lo que afecta concretamente al ámbito autonómico extremeño, se llevó a discusión el inciso del art. 17.1 de la Ley de Colegios Profesionales de Extremadura que se destaca:

“... No obstante lo previsto en el artículo anterior, el requisito de la colegiación no será exigible al personal funcionario, estatutario o laboral de las Administraciones Públicas de Extremadura para el ejercicio de sus funciones **o para la realización de actividades propias de su profesión por cuenta de aquéllas..**”

El Abogado del Estado consideraba que este inciso, en cuanto que eximía de la colegiación forzosa a los empleados públicos que realizan actividades propias de una profesión colegiada por cuenta de la Administración cuando sus destinatarios eran ciudadanos o terceros, **vulneraba la competencia y regulación estatal para determinar los supuestos de colegiación obligatoria y sus excepciones**.

b) La disposición estatal vulnerada era la **Ley de Colegios Profesionales 2/1974**, y concretamente el artículo 3.2 de la misma que establecía que “será requisito in-

Asesoría Jurídica



dispensable para el ejercicio de las profesiones hallarse incorporado al Colegio Profesional correspondiente cuando así lo establezca una Ley estatal".

- c) Que aunque el actual Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura reservaba al ámbito regional las competencias exclusivas sobre Colegios Profesionales, lo cierto es que **el mismo estatuto, en su art. 8.1 señalaba que dichas competencias se ejercerán sin perjuicio de las que pudieran corresponder al Estado en virtud de títulos competenciales propios previstos en la Constitución.**
- d) Que **esa competencia del Estado para regular los Colegios Profesionales viene dada por el art. 149.1.18 de la Constitución Española**, que le permite fijar los principios y reglas básicas de este tipo de entidades corporativas.
- e) Que en conclusión, el inciso impugnado, al eximir de la colegiación obligatoria a los empleados públicos, cuando ejercen la profesión por cuenta de la Administración, establecía **una excepción no contemplada en la Ley estatal de Colegios Profesionales. Y siendo competente el Estado para establecer la colegiación obligatoria, lo es también para establecer las excepciones** que afectan a los empleados públicos a la vista de los concretos **intereses generales** que puedan verse afectados. Dato este que queremos destacar: **la colegiación voluntaria afecta al interés público.**
- f) Destaca el Tribunal Constitucional que la exigencia de la colegiación obligatoria para el ejercicio de una determinada profesión, y en consecuencia sus excepciones, constituye, además, una condición básica que **garantiza la igualdad en el ejercicio de los derechos y deberes constitucionales**. Guarda una relación directa, inmediata y estrecha con el derecho reconocido en el art. 35.1 de la Constitución (deber de trabajar y derecho a un trabajo digno), sobre el que incide de forma directa y profunda. Constituye **una excepción, amparada en el propio art. 36 CE, a la**

libertad de asociación para aquellos profesionales que, para poder hacer efectivo el derecho a la libertad de elección y ejercicio profesional, se ven obligados a colegiarse y, por tanto, a formar parte de una entidad corporativa asumiendo los derechos y deberes que se imponen a su miembros y a no abandonarla en tanto en cuanto sigan ejerciendo la profesión (FJ 8).

Quiere puntualizarse por último que la vuelta a la colegiación obligatoria retorna vuelve para quedarse, toda vez que el **Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales** que conocíamos el 20 de Diciembre de 2012 anticipaba esto:

LA FISCALÍA Y EL PARTE DE LESIONES

Ha tenido difusión ente el colectivo que presta atención en urgencias el siguiente correo:

"Por la presente se comunica a todos los profesionales sanitarios incluidos en los servicios de urgencias y emergencias del Servicio Extremeño de Salud, para evitar malos entendidos en lo referente a la colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 772.1^a de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, los sanitarios deben colaborar con la fuerza policial, siempre que se estén instruyendo diligencias por la presunta comisión de un delito. Así mismo según el artículo 796 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su capítulo II sobre actuaciones de la policía judicial sin perjuicio de recabar los auxilios a que se refiere el ordinal 1 del artículo 770, solicitará del facultativo o del personal sanitario que atiende al ofendido, copia del informe relativo a la asistencia prestada para su unión al atestado policial. De no cumplir con esta normativa, se podría incurrir en un delito de obstrucción a la justicia por desobediencia o denegación de auxilio previsto en los artículos 410 a 412 o 556 del C.P., que en su caso será imputado y enjuiciado."

Han sido varias las consultas que han llegado a la Asesoría Jurídica preguntan-

do si en atención a la vehemencia del texto estábamos ante una novedad con respecto a la tradicional forma de tramitar los partes de lesiones, que habrían entonces de ser remitidos a la policía en vez de a los juzgados.

La respuesta es negativa. De tal manera que para conciliar ese **incuestionable deber de colaboración con las autoridades policiales y judiciales** que desde estas páginas siempre se ha proclamado con el deber del secreto profesional que proclaman el CDM y la Ley de Autonomía del Paciente hay que tener en cuenta que 1) Un médico entrega un parte de asistencia a la Policía cuando la fuerza interviniente está en labores de **Policía Judicial**; 2) **investigando un delito**; 3) el informe médico es **imprescindible** en ese momento para el buen fin de la investigación y esclarecimiento de los hechos; 4) el sujeto de atención es el ofendido o forma parte de la investigación policial.

Se aconseja remitir además el formulario propio para las comunicaciones judiciales (la policía judicial es una especie de apéndice del Juzgado), ya que estos documentos son los que permiten la más correcta delimitación de los **datos que son de interés judicial de aquellos otros de carácter sanitario y personal ajenos a la investigación.** Todo ello sin perjuicio de remitir al Juzgado en una fase posterior una información asistencial más exhaustiva a petición del mismo.

Fuera de estos supuestos, el médico cumple si informa verbalmente a los agentes y además remite a la autoridad judicial el oportuno parte, habiendo resoluciones judiciales a favor del médico que así lo avalan.

De todas formas, esta edición contiene un excelente artículo de la autoría del Dr. **D. Mariano Casado**, Presidente de la Comisión Deontológica del icomBa que profundiza ampliamente en la cuestión y cuya lectura es obligatoria.

SUPRESIÓN DE MÓDULOS

Cerca del centenar han sido las demandas interpuestas desde la Asesoría Jurídica del icomBa frente a la decisión de suprimir los módulos de atención continuada que en mérito a la supresión de guardias venían realizando los facultativos mayores de 55 años. Decisión desde luego sorprendente, cuando en fechas recientes no se había contemplado la anulación de los módulos sino todo lo contrario, la ampliación del sistema a la atención extrahospitalaria.

El debate jurídico está iniciado y las espadas en alto. ■



III CERTAMEN ICOMBA DE CASOS CLÍNICOS PARA MÉDICOS RESIDENTES

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

Entre todos los casos clínicos presentados y aceptados se seleccionarán los diez mejores por el Comité Científico designado por la Junta Directiva del icomBA como jurado. Estos casos clínicos seleccionados se expondrán en el Salón de Actos en una sesión de la que se elegirán los tres premiados, los cuales se darán a conocer y se entregarán en el Día de la Profesión Médica de 2013.

Los premios estarán dotados con:

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

Además de la cuantía económica, sometido

a las retenciones correspondientes, se premia a cada autor principal de los diez casos finalistas con una **estancia gratuita de diez días en los apartamentos colegiales** en la playa de Valdelagrana (Cádiz) o en playa de La Antilla (Huelva) en periodo no estival, a disfrutar antes de 15 de marzo de 2014.

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

Podrán participar en este certamen todos los médicos internos residentes de la provincia de Badajoz que estén colegiados en este icomBA y ser médicos en formación MIR a la fecha de finalización del plazo de entrega de los casos clínicos.

El Comité Científico seleccionará y decidirá, tras su exposición pública en el Salón de Actos del icomBA a celebrar el **martes 28 de mayo de 2013**, los tres casos premiados de entre los diez finalistas. El ponente dispondrá de un tiempo de diez minutos,

contestando alguna posible pregunta de los presentes. Se tendrá en cuenta la valoración que hagan los colegiados asistentes a tal jornada para la concesión de los premios, colegiados asistentes que darán su puntuación personal a los ponentes.

Consulta las bases en:

www.combadajoz.com ■





Dr. Juan José Torres Vázquez
Vocal de Atención Primaria Rural del IcomBA

GRADETECA

El factor de mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario es lo que los economistas de la salud denominan la *prestación sanitaria media*. Dicho para que se entienda: los costes que suponen la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas en la práctica clínica diaria. De todos es conocido que las nuevas tecnologías para el diagnóstico, así como los nuevos fármacos, vacunas y productos innovadores se van incorporando a la práctica clínica, inicialmente de forma muy seleccionada y posteriormente de forma masiva. Pues bien, esta renovación de la tecnología diagnóstico-terapéutica es lo que, según los entendidos en economía de la salud, realmente contribuye al encarecimiento de la prestación sanitaria amenazando la sostenibilidad del sistema, y no tanto el envejecimiento de la población y el consumo de medicamentos.

Para seleccionar cual de las innovaciones tecnológicas que aparecen en el mercado deben incorporarse a la práctica clínica, algunos sistemas sanitarios crearon agencias de evaluación tecnológica, con la misión de evaluar y recomendar aquellas tecnologías que realmente producen beneficios en salud al tiempo que contribuyen a la sostenibilidad del mismo.

Hasta hace unos meses disponíamos en Nuestra Comunidad de la *Oficina de Evaluación de Medicamentos* que evaluaba las novedades terapéuticas que aparecían en el mercado. Esta Oficina estaba compuesta por su director, único asalariado, y por un grupo de profesionales que colaboraban de modo altruista en dichas evaluaciones. La Oficina llegó a tener gran prestigio y renombre nacional, pues era la única en España que utilizaba metodología GRADE para evaluar la calidad de las evidencias que habían recomendado la autorización de nuevos medicamentos. Tras dicha eva-

luación, el informe emitía una recomendación fuerte o débil, a favor o en contra de dicho fármaco para que el clínico decidiera libremente sobre la conveniencia o no de incorporar dicho medicamento a su práctica diaria. El producto de todo ese trabajo puede verse en www.evalmed.es

Pero la Oficina no sólo realizó esta labor evaluadora, sino que hizo escuela impartiendo formación en metodología GRADE para evaluar la literatura científica. En esa labor llegó a formar decenas de médicos en Nuestra Región. Sólo en este Colegio, la Oficina impartió cuatro cursos en los últimos años; gracias a los cuales hemos lle-

“La desaparición de la Oficina de Evaluación de Medicamentos de Extremadura ha supuesto para las arcas públicas el ahorro de los costes de un puesto de trabajo. Sin embargo esta medida ha privado a cientos de médicos de una fuente de información independiente realmente útil para el manejo de los fármacos y; peor aún, no ha contribuido a mejorar la seguridad de nuestros pacientes a la hora de utilizar las novedades terapéuticas”

gado a conocer la relevancia clínica que tienen para nuestros pacientes los nuevos fármacos en la prevención de enfermedades y eventos dramáticos. Aprendimos a distinguir el sonido de los ecos. Aprendimos a diferenciar las variables intermedias de los beneficios en salud. Y así comprobamos que medicamentos que reducen fuertemente el colesterol no reducen mortalidad ni eventos cardiovasculares, como los nuevos anticoagulantes no son tan seguros como nos quieren hacer creer... Todo esto ha producido no solo grandes ahorros económicos para el Servicio Extremeño de Salud, sino lo más importante, ha contribuido a librar a nuestros pacientes de la ausencia de efectividad y de los efectos indeseables de ciertas innovaciones terapéuticas.

La desaparición de la Oficina de Evaluación de Medicamentos de Extremadura ha supuesto para las arcas públicas el ahorro de los costes de un puesto de trabajo. Sin embargo esta medida ha privado a cientos de médicos de una fuente de información independiente realmente útil para el manejo de los fármacos y; peor aún, no ha contribuido a mejorar la seguridad de nuestros pacientes a la hora de utilizar las novedades terapéuticas.

En definitiva, la única intervención que se realizaba en Nuestra Comunidad para moderar el crecimiento de la prestación sanitaria media ha desaparecido. Una vez más hemos vuelto a mirar el dedo en lugar de mirar hacia dónde apuntaba el dedo.

Desde estas páginas queremos expresar nuestro malestar por esta decisión, pero al mismo tiempo manifestamos que no nos resignamos a que la labor formativa que ha realizado, la difunta Oficina de Evaluación de Medicamentos, en este Colegio quede estéril.

Desde estas páginas anunciamos el nacimiento de una nueva sección en la revista de este Colegio de Médicos: La GRADETECA. Asistimos de este modo al comienzo de una sección en la que, los asistentes a nuestros cursos y todos aquellos colegia-

“Desde estas páginas queremos expresar nuestro malestar por esta decisión, pero al mismo tiempo manifestamos que no nos resignamos a que la labor formativa que ha realizado, la difunta Oficina de Evaluación de Medicamentos, en este Colegio quede estéril”



dos que estén formados en esta metodología evaluadora, y lo deseen, podrán publicar sus evaluaciones GRADE, previa declaración de conflicto de intereses, con el

asesoramiento y revisión del antes Director de la Oficina de Evaluación de Medicamentos de Extremadura, al que desde aquí agradecemos su colaboración. ■

TE HACEMOS UN REGALO DE “IMPRESIÓN”



OFERTA ESPECIAL
PARA COLEGIADOS DEL COLEGIO
DE MÉDICOS DE BADAJOZ



Valorada en 650 €

GRATIS esta IMPRESORA
Laser B/N de **40 ppm**

Equipo recomendado
para la actividad del sector

Características

- Hasta 40 páginas por minuto en A4
- Doble cara (Duplex) de serie
- Bypass de 100 hojas y casete de 500 hojas
- Procesador PowerPC 440/533 MHz, memoria 128-1,152 MB RAM
- Conexión de red
- Impresión directa de PDFs desde dispositivos USB de memoria Flash

29,65 € / mes | **Hasta 1.000** impresiones incluidas

Tóner, piezas originales, mano de obra, desplazamiento, instalación, configuración, explicación y adecuación. Contrato a 48 meses. Exceso de las 1.000 impresiones mensuales 0,0245.-€ + IVA

924 317 900
Mérida - Badajoz - Don Benito - Zafra

Copiadoras de Extremadura
www.copiadorasextremadura.com



Galo Agustín Sánchez Robles
Farmacéutico de equipo de A.P.

QUÉ ES GRADE, EN POCAS PALABRAS

El movimiento de Medicina Basada en la Evidencia¹ cristalizó con los discípulos de David Sackett en la Universidad McMaster de Ontario (Canadá) y se expandió mundialmente en 1992. En esas fechas el grupo más inquieto de los clínicos comenzó a interrogarse qué intervenciones estaban *Basadas en las Creencias con Buena Voluntad*, sin haber sido probadas, y comprobaron que eran la mayoría, porque comprendieron que la “Buena Voluntad” no exige ningún ejercicio cognitivo, centrándose en el mejor de los casos en una variable simple, olvidándose de la relación entre las muchas otras variables que hay en todo sistema complejo, pero que no emergen con facilidad a la mente. Una de las más desconocidas funciones evolutivas de la mente es encontrar y otorgar coherencia a todos nuestras creencias y comportamientos. La mente no escolarizada se complace con las *Creencias con Buena Voluntad* y el módulo intérprete² les confiere una apariencia de coherencia tal que las confunde con la realidad real.

En 1992 era todo un logro encontrar intervenciones sanitarias cuyo Riesgo Relativo no atravesaran el 1 con su intervalo de confianza, porque eso probaba que la intervención sanitaria era estadísticamente mejor que el control. Pero de la merecida devoción en 1992 se pasó en muy pocos

años a idolatrar a los Riesgos Relativos que no atraviesan el 1, persiguiéndose las intervenciones cuyos RR mostraban ser estadísticamente significativos, pero obviando el hecho de que muchas eran clínicamente irrelevantes.

Al abrigo de esta nueva *Creencia Benevolente en el Riesgo Relativo*, se han edificado congresos, y los comités de expertos han emitido recomendaciones que han llenado la medicina de intervenciones relevantes e irrelevantes, sin que el lector haya sido entrenado para distinguir entre unas y otras. En el año 2004 el grupo original de Medicina Basada en la Evidencia, junto con un importante número de practicantes, englobaron todo lo mejor de su legado, y dada la gran cantidad de “pruebas” biomédicas, y la necesidad de aumentar la precisión de los beneficios y riesgos e incluir los valores y preferencias de los pacientes, dieron un avance cualitativo que denominaron GRADE³.

GRADE es una metodología que busca y evalúa las intervenciones sanitarias según las variables de beneficios y riesgos que importan al paciente, que puntúa la calidad de la evidencia y mide la magnitud de la eficacia y seguridad en frecuencias relativas (HR, OR y RR) y absolutas (RAR y NNT), con sus intervalos de confianza, de modo que permite hacer recomendaciones en función de un balance de beneficios, riesgos, inconvenientes y costes.

Algunas de las mejores Guías de Práctica Clínica del mundo se hacen con la metodología GRADE. El panel de expertos que va a firmar la Guía recibe una formación mínima de 20 horas para entender qué características añade GRADE a la metodología tradicional que ya conocen. En una segunda reunión ese panel, a ser posible con pacientes informados, bajo la coordinación de los técnicos GRADE, determina los beneficios en salud y daños añadidos que importan al paciente. Los técnicos GRADE toman la lista para hacer una búsqueda sistemática, extraer los datos y calcular los resultados, con la que elaboran un borrador, que se envían a cada uno de los integrantes del panel para su estudio. A continuación se produce la tercera reunión, en la que técnicos GRADE presentan todos los detalles de la evaluación y los resultados de modo que los integrantes del panel debatan entre sí para hacer las recomendaciones.

Para aprender a hacer evaluaciones GRADE a nivel de publicación hace falta una formación avanzada en varias sesiones mediante la metodología de aprendizaje basado en problemas. El Colegio de Médicos de Badajoz ya ha organizado y llevado a cabo tres grupos de formación GRADE a nivel de miembro de un panel, de entre los que salió un grupo que recibió formación GRADE avanzada a nivel de publicación. ■

1 Evidencia se ha acuñado en castellano debido a la similitud con “evidence”, cuyo originario sentido en inglés, que significa “pruebas, hechos probados”. Contrariamente, en español “evidencia” es aquello que no necesita demostración. El atractivo sonoro puede mover a equívocos en el lector, pues Evidence-Based Medicine significa Medicina Basada en Hechos Probados, o Medicina Basada en Pruebas.

2 Michael Gazzaniga. El cerebro social. Edit Alianza. Madrid, 1993 (traducido del original The social brain. Discovering the network of the mind. Basic Books Inc., 1985)

3 GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Graduación de la valoración, desarrollo y evaluación de las recomendaciones).



Jaime Sánchez Cortés
Médico de Atención Primaria. Lisboa

USO PROLONGADO DEL EXTRACTO DE GINKGO BILOBA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO

VELLAS B, COLEY N, OUSSET PJ, ET AL. LONG-TERM USE OF STANDARDISED GINKGO BILOBA EXTRACT FOR THE PREVENTION OF ALZHEIMER'S DISEASE (GUIDAGE): A RANDOMISED PLACEBO-CONTROLLED TRIAL. 2012 OCT;11(10):851-9

Abreviaturas: ACV: accidente cerebrovascular; AIT: ataque isquémico transitorio; CV: cardiovascular; DE: desviación estándar; DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4ª edición; EVA: escala visual analógica; HR: hazard ratio; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: intervalo de confianza; MMSE (Mini Mental State Examination): mini examen del estado mental; NNT: número necesario a tratar para evitar 1 evento; RAR: reducción absoluta del riesgo; RR: riesgo relativo.

OBJETIVO. El presente estudio GuidAge pretende evaluar la eficacia y seguridad del ginkgo biloba en el retraso (o reducción) de la enfermedad de Alzheimer en pacientes mayores que se quejan a sus médicos de alteraciones en la memoria.

B) TIPO DE ESTUDIO. Estudio aleatorizado, paralelo, doble ciego, controlado con placebo. Nivel de significación estadística 5% y potencia estadística 20% para detectar un 25% de RRR desde un 13,8% de incidencia de enfermedad de Alzheimer esperados en el grupo control en 5 años. Con estos datos obtenemos un tamaño de muestra de 1400 pacientes por grupo.

C) POBLACIÓN ESTUDIADA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

1º Criterios de inclusión: Personas ≥ 70 años de edad que consultan a su médico de atención primaria por quejas de memoria. Deben tener un acompañante identificado, puntuación en el Mini Mental State Examination (MMSE)¹ ≥ 25 puntos; escala de ansiedad de Covi (de 0 a 12 puntos) < 6 puntos; y en la escala de depresión geriátrica (de 1 a 30 puntos) < 15 puntos.

2º Criterios de exclusión: a) Trastorno mayor de la memoria (percentil $< 10\%$ en el "Free and Cued Selective Reminding Test", FCSRT²); b) clasificación clínica de la demencia CDR $> 0,5$; c) Diagnóstico de demencia (según criterios DSM IV y



Nuestras sociedades científicas

Personas ≥ 70 años de edad que consultan a su médico de atención primaria por quejas de memoria, sin deterioro cognitivo (≥ 25 puntos de media en el Mini Mental State Examination), sin trastornos de ansiedad ni depresivo.						
EVA Guralge, mediana de seguimiento 5 años (IQR 2,5-5,1)	Ginkgo biloba n= 1419	Placebo n= 1435	Cálculo por riesgos acumulados			
			RR (IC 95%)	RAA (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
VARIABLE PRIMARIA Y SECUNDARIA (*)						
Incidencia de enfermedad de Alzheimer	61/1406 (4,34%)	73/1414 (5,16%)	0,84 (0,60-1,17)	0,82% (-0,77% a 2,41%)	121 (42 a -130)	17,54%
Incidencia de Enfermedad de Alzheimer o demencia mixta	70/1406 (4,98%)	84/1414 (5,94%)	0,84 (0,62-1,14)	0,96% (-0,73% a 2,65%)	104 (38 a -136)	20,12%
Nº DE EFECTOS ADVERSOS TOTALES (**)						
Muerte	76/1406 (5,41%)	82/1414 (5,80%)	0,93 (0,69-1,26)	0,39% (-1,32% a 2,1%)	254 (46 a -76)	6,60%
ACV	65/1406 (4,62%)	60/1414 (4,24%)	1,09 (0,77-1,54)	-0,38% (-1,91% a 1,16%)	-263 (86 a -52)	7,07%
ACV isquémico y AIT	37/1406 (2,63%)	37/1414 (2,62%)	1,01 (0,64-1,58)	-0,01% (-1,22% a 1,19%)	-6717 (84 a -82)	2,65%
ACV hemorrágico	5/1406 (0,36%)	3/1414 (0,21%)	1,68 (0,4-7)	-0,94% (-0,6% a 0,35%)	-697 (285 a -166)	10,66%
Otros ACV	23/1406 (1,64%)	20/1414 (1,41%)	1,16 (0,64-2,1)	-0,22% (-1,16% a 0,73%)	-452 (138 a -87)	6,93%
Eventos hemorrágicos	148/1406 (10,53%)	164/1414 (11,6%)	0,91 (0,74-1,12)	1,07% (-1,25% a 3,39%)	93 (29 a -80)	14,60%
Hemorragia gastrointestinal	29/1406 (2,06%)	32/1414 (2,26%)	0,91 (0,55-1,5)	0,2% (-0,91% a 1,3%)	499 (77 a -110)	5,54%
Hemorragia vascular	26/1406 (1,85%)	38/1414 (2,69%)	0,69 (0,42-1,13)	0,84% (-0,3% a 1,95%)	199 (51 a -331)	32%
Hemorragia del SNC (incluyendo ACV hemorrágico)	9/1406 (0,64%)	5/1414 (0,35%)	1,81 (0,61-5,39)	-0,29% (-0,89% a 0,32%)	-349 (312 a -118)	18,97%
Trastornos cardíacos	341/1406 (24,25%)	354/1414 (25,04%)	0,97 (0,85-1,1)	0,78% (-2,4% a 3,96%)	128 (25 a -42)	6,96%
Insuficiencia cardíaca	46/1406 (3,27%)	51/1414 (3,6%)	0,91 (0,61-1,34)	0,34% (-1,03% a 1,7%)	298 (59 a -97)	7,04%
Angina de pecho	33/1406 (2,35%)	34/1414 (2,4%)	0,98 (0,61-1,57)	0,06% (-1,09% a 1,21%)	1741 (83 a -91)	3,14%
Infarto de miocardio	13/1406 (0,92%)	18/1414 (1,27%)	0,73 (0,36-1,48)	0,35% (-0,48% a 1,15%)	287 (87 a -210)	14,14%

(*) Los datos de las variables principal y secundaria son sólo los primeros eventos, de modo que un individuo sólo computa por el primer evento pero no por los sucesivos. (**) Los datos de los efectos adversos son los eventos totales, de modo que un individuo puede computar por el primer evento y también por los sucesivos.
ACV: accidente cerebrovascular; AIT: ataque isquémico transitorio; IC: intervalo de confianza; NNT: número necesario a tratar para evitar 1 evento; RAA: reducción absoluta del riesgo; RR: riesgo relativo.

NINCDS-ADRDA³; d) Depresión mayor (criterios DSM IV); e) trastorno de ansiedad (criterios DSM IV).

3º Características de los pacientes en el inicio: Edad: 76.3 años (DE 4,4); Mujeres 66%; Nivel educativo: a) sin educación formal 13,5%, b) certificado de estudios primarios 37%, c) escuela secundaria sin

diploma 24%, d) escuela secundaria con diploma (bachillerato) o mayor 25%; HISTORIAL MÉDICO: Hipertensión 55%; Diabetes 9%; Hipercolesterolemia 30%; Quejas al médico de pérdida de memoria desde hace 3,3 años (rango 1,9 a 5,2); EVA 58,4 sobre 100 en la memoria funcional; MMSE ≥ 27,6 (DE 1,9); Clasificación clínica de la demencia: a) CDR 0: 46, b) CDR

0,5: 54%, c) CDR >0,5: <1%; Escala de depresión geriátrica 6,6 puntos sobre 30; Escala de ansiedad de Covi: a) 0 puntos: 38%, b) 1 punto: 23%; c) 2 puntos: 16%; d) 3 puntos: 13%; e) 4 puntos: 7%; f) de 5 a 12 puntos: 2%; APOE₄: 23,5%.

D) RESULTADOS. Mostramos la tabla de resultados al final.

E) CALIDAD DEL ESTUDIO (VALIDEZ DE LA EVIDENCIA). Sistema GRADE: Calidad de la evidencia ALTA.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Para personas ≥ 70 años de edad que consultan a su médico de atención primaria por quejas de memoria (desde hace 3,3 años), sin deterioro cognitivo (≥ 25 puntos de media en el Mini Mental State Examination) y sin trastornos de ansiedad ni depresivo, según la calidad de la evidencia y la magnitud y precisión de los resultados de este ensayo clínico, la utilización de extracto de ginkgo biloba no supone ninguna mejora comparado con placebo, aunque hay incertidumbre respecto al subgrupo de varones.

JUSTIFICACIÓN:

1º Beneficios y riesgos añadidos: No se encuentra beneficio estadísticamente significativo en la prevención de enfermedad de Alzheimer con ginkgo biloba frente a placebo, aunque hay incertidumbre en el subgrupo de varones. Los riesgos añadidos en mortalidad, eventos cerebrovasculares, eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y hemorrágicos son similares en ambos grupos.

2º Inconvenientes: Tomar el medicamento dos veces al día.

3º Costes: 240 mg/día suponen 0,58 euros/día y 208 euros/año. ■



1 MMSE: Escala de 0 a 30 puntos, siendo la mejor valoración del estado mental la de 30 puntos.

2 Test de recuerdo selectivo libre y proporcionando claves.

3 Los criterios NINCDS-ADRDA de Alzheimer fueron propuestos en 1984 por el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke y la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ahora conocida como la Asociación de Alzheimer).



Dr. Juan Parra Barona

Presidente de la Sociedad Extremeña de Diabetes

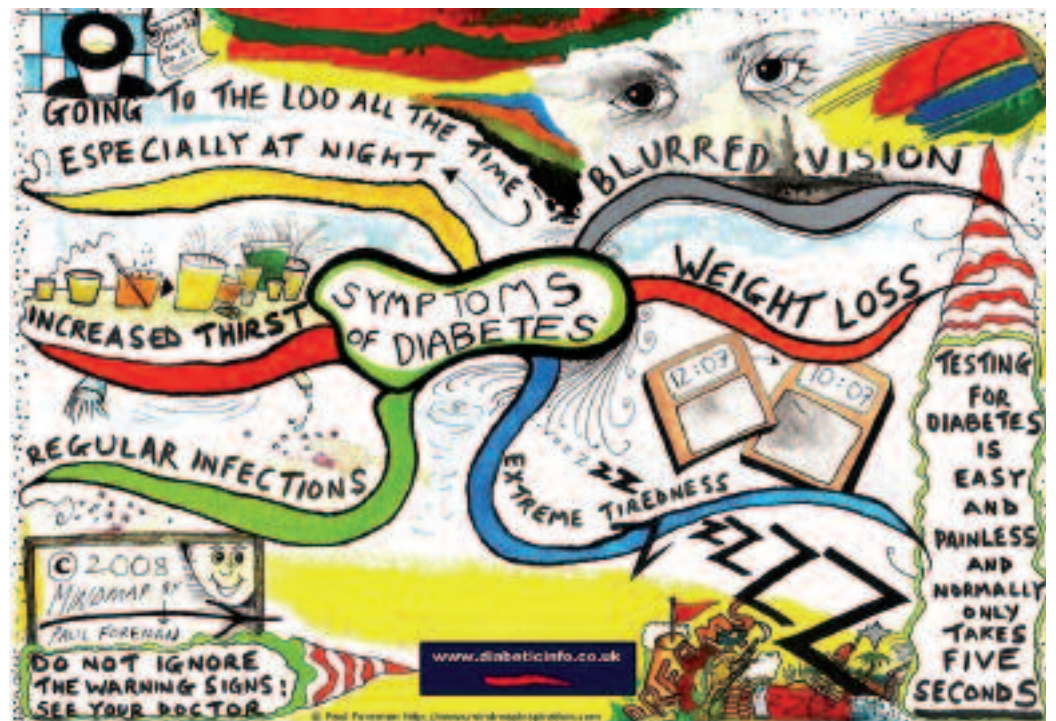
“QUEREMOS SER UNA SOCIEDAD QUE SIRVA DE ASESORAMIENTO A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA”



Cuáles han sido las motivaciones para poner en marcha la Sociedad?.

La Sociedad Extremeña de Diabetes (SEDI) nace en abril de 2012 con un carácter multidisciplinar y multiprofesional derivada de la antigua Asociación de Educadores en Diabetes para abarcar a todos los profesionales en Extremadura que estén interesados en la atención, educación o investigación en el paciente diabético. La necesidad de crearla se origina si tenemos en cuenta que la Diabetes Mellitus (DM) constituye hoy día un grave problema de salud en nuestra comunidad tanto por las morbilidad que ocasiona así como por el gasto sanitario que supone, afectando a un número muy importante de extremeños. Así los datos del estudio di@bet.es promovido por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas en España la sitúan casi en el 13,8% (IC 95 %: 12,8-14,7) de la pobla-

“Tenemos que procurar y exigir que en la atención a nuestros diabéticos en Extremadura no haya diferencias por el lugar donde viven como ocurre ahora”



ción y de este total, la diabetes desconocida supone el 6,0 % (IC 95 %: 5,4-6,7) con el peligro que supone no tomar medidas adecuadas al no estar diagnosticados. Asumiendo una prevalencia similar al resto de España, en Extremadura más de 100.000 personas padecerían diabetes, aunque solo estarían diagnosticados con esta enfermedad entre 70.000 y 80.000 personas, siendo el resto diabéticas sin saberlo. Es decir, puede haber unas 30.000 personas en nuestra comunidad que tienen diabetes sin saberlo y un número similar de personas con "pre-diabetes", con un riesgo aumentado de complicaciones cardiovasculares y de desarrollar una diabetes franca.

Si esto es importante sin embargo aún mayor problema lo constituye el ritmo

de crecimiento. Las previsiones para las próximas décadas debido al incremento mundial de la obesidad y la vida sedentaria, calculan proporciones pandémicas de DM 2. Para el 2030 se prevé que uno de cada 10 adultos tendrá diabetes (551 millones de personas en todo el mundo) y sabemos que la diabetes mal controlada es la primera causa de ceguera, de tratamiento sustitutivo renal (diálisis/trasplante) y amputación no traumática en los países occidentales y se asocia a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte y por otra parte el tratamiento precoz y multifactorial retrasa la aparición de complicaciones y mejora la calidad y esperanza de vida. Ante éste número de pacientes el gasto sanitario ocupa un capítulo importante,

Nuestras sociedades científicas

así en el año 2011, en Europa, los costes sanitarios debidos a la DM se calcularon en 465 billones de euros (11% del gasto sanitario total). En Extremadura el gasto no difirió del ocasionado en otras autonomías estimando un gasto medio por persona en torno a los 2.834 € /año de los que las hospitalizaciones supondrían la mitad del total, con una media de ingreso de 23 días al año y en concreto en fármacos para la diabetes supuso un 12% del total que se concreta en 3,7 millones de € en Antidiabéticos Orales y 6 millones de € en Insulinas.

Dado, con éste preámbulo, que estamos hablando de una Enfermedad que puede llegar a cifras epidémicas y con un coste social y sanitario importante es porque los profesionales extremeños que nos preocupa y ocupa la Diabetes nos decidimos a formar la SEDI

¿Cuáles son los principales objetivos que se marca la Sociedad?

Como no podía ser de otra forma una Sociedad de reciente creación y con tanta implicación social nace con unos objetivos ambiciosos comenzando por la Formación con la organización, celebración y participación de reuniones científicas locales y regionales así como la organización de actividades de formación continuada para los socios. Apoyar y estimular el desarrollo de proyectos científicos, estudios y guías clínicas y de forma específica promover la formación en Educación Diabetológica promocionándola en todos los niveles asis-

“Para el 2030 se prevé que uno de cada 10 adultos tendrá diabetes (551 millones de personas en todo el mundo)”

tenciales y potenciando la coordinación entre ellos.

Queremos ser una Sociedad que sirva de asesoramiento a la administración pública para facilitar la asistencia sanitaria a la población general en materia relacionada con la diabetes y muy especialmente en el desarrollo del Plan Integral de la Diabetes. Por último entre nuestros objetivos nos marcamos el proporcionar información a la población de los riesgos individuales y colectivos de la diabetes y la forma de prevenirlos en la población de riesgo con énfasis en la educación alimentaria colaborando con las Asociaciones de Diabéticos para fomentar el cumplimiento de objetivos comunes.

En el ámbito de nuestra región, ¿cuales son sus principales preocupaciones en la actualidad?

En primer lugar tenemos que procurar y exigir que en la atención a nuestros diabéticos en Extremadura no haya diferencias por el lugar donde viven como ocurre ahora. Para ello hay que distribuir los recursos dotando a todas las áreas de salud de los mismos profesionales, medios materiales y técnicos. En una enfer-

medad crónica donde la atención primaria para Diabéticos 2 es crucial y con múltiples visitas a distintas especialidades es fundamental programas de coordinación y derivación entre distintos niveles. Queremos formar parte de la discusión y desarrollo del próximo plan integral de diabetes en Extremadura y por último hay que potenciar programas para el abordaje de la obesidad tanto en adultos como en niños para prevenir la epidemia de diabéticos que se nos avecina.

En noviembre del año pasado celebraron su primer congreso en Cáceres. ¿Qué conclusiones puede extraer del congreso?

Efectivamente el pasado noviembre celebramos nuestro primer congreso teniendo una afluencia de congresistas masivas y demostrando claramente nuestro carácter multiprofesional tratando temas actuales como los nuevos y prometedores tratamientos farmacológicos para la diabetes tipo 2, cuales son los mejores protocolos y guías clínicas para utilizarlos, así como el papel de las nuevas tecnologías como los monitores continuos de glucosa en tiempo real o las nuevas aplicaciones desarrolladas en el campo de la diabetología sin olvidarnos de la mesa del abordaje global desde la perspectiva de la Educación Terapéutica.

Por último desde SEDI nos ofrecemos a todos los profesionales que trabajan en Extremadura para que formen parte de nuestra Sociedad y entre todos ayudemos a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes diabéticos. ■





RESONANCIA MAGNÉTICA 3 TESLAS de Philips
C/ Eladio Salinero de los Santos,6
Entreplanta Hospital de Clideba
Badajoz



**RESONANCIA MAGNÉTICA ABIERTA DE
ALTO CAMPO DE Philips**
C/ Avenida del Guadiano,6
Badajoz Salud

CLÍNICA SAN MIGUEL,

la más alta tecnología en el diagnóstico por imagen



CENTROS SAN MIGUEL EN

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

Su Audi, dos veces nuevo.



Descubra nuestra exclusiva selección de vehículos Audi Selection :plus.

Disfrute de la sensación de conducir un Audi tan nuevo como el primer día. Hemos seleccionado los mejores vehículos seminuevos, y los hemos sometido a una exhaustiva revisión. Visítenos y elija su Audi con la tranquilidad de acertar.

- 110 puntos de chequeo certificado.
- Garantía 24 meses y kilometraje certificado.
- Asistencia 24 horas con cobertura europea.
- Vehículo sustitutivo.
- Financiación y Opción Futuro a su medida.
- Opción de cambio o devolución.
- Prueba sin compromiso.
- Entrega de su vehículo a cambio.

Audi Selection :plus
Vehículos de Ocasión. Elección garantizada.

Centrowagen

Ctra. Madrid-Lisboa, km 399
06008 Badajoz
Tel. 924 2074 75

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

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