

# MEDBA

Diciembre de 2013 | N° 31

MÉDICOS DE BADAJOZ



COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS  
DE BADAJOZ

FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA  
ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN CON EL  
MINISTERIO DE SANIDAD

## Queridos Reyes Magos

Enterado/a por mis papás/abuelos de la visita que harán al Palacio de Congresos en la tarde del 4 de enero a las 17.00 horas, deseo comunicarles que pasaré a saludarles.

Un besito

Pag. 47



1<sup>ER</sup> PREMIO  
TARJETAS DE  
NAVIDAD  
ICOMBA



# Feliz Año Nuevo



*Que en estos días de Navidad los hombres y mujeres de Badajoz, las familias que día a día hacen de nuestra ciudad un lugar más habitable y más humano, sientan de una manera muy especial la paz, la tolerancia y la amistad que tan bien caracteriza la forma de ser de los badajocenses. Y que en el nuevo año 2014 la solidaridad, la colaboración y el diálogo sean la norma entre todos y, especialmente, hacia quienes más lo necesitan.*



**Ayuntamiento de Badajoz**





## CRISIS DE RR.HH. EN LOS HOSPITALES DE BADAJOZ

En las últimas semanas se ha producido el cese de contrato de más de 30 médicos de hospital que venían ejerciendo desde hace tiempo. Muchos de ellos llevaban varios años con contratos a tiempo parcial. Estos contratos obedecían en muchas ocasiones a vacantes de médicos jubilados, otros a apertura de nuevas consultas o servicios y otros a aumentos de la demanda.

Utilizar este tipo de contratos de forma encadenada y reiterada es un fraude de ley, puesto que no fueron creados para ello, pero el médico que lo disfruta no está en condiciones de denunciarlo y la Administración no realiza los ajustes necesarios de plantilla para regularizar estos puestos y no perpetuar estas situaciones. Tanto la anterior Administración como la actual han utilizado estos contratos y no han hecho nada o muy poco por cambiarlo.

En la actual situación de crisis económica que vivimos y con los recursos en sanidad recortados, era esperable un ajuste de plantilla. Sin embargo estos ajustes se han hecho de forma atropellada (los estudios que pregona la Administración nadie los ha visto) y sin contar con los diferentes jefes de servicio implicados, que se supone que son los que mejor conocen sus necesidades y la influencia de esos recortes en su ejercicio diario.

También es llamativo que este abultado recorte haya afectado al CHUB (Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz). El papel de hospital regional y de referencia que ejerce el CHUB lleva consigo un aumento del gasto que no siempre se ha reflejado en sus presupuestos, llevando a un déficit crónico que no se ha paliado en ningún momento.

Al calor de esta polémica hemos presenciado descalificaciones personales y aseveraciones como que "con más médicos no se hace mejor medicina". No podemos estar de acuerdo con estas palabras por cuanto suponen un desprecio al trabajo de estos profesionales para el sistema. Si la Administración reconociese su falta de recursos y no la supuesta falta de necesidades entenderíamos la decisión. Así, la promesa de volver a contratar a la gran mayoría en el inicio de año hubiera contribuido a su aceptación.

Entendemos que el sistema sanitario público debe adoptar medidas que ayuden a la sostenibilidad del sistema y así, como tratamos en este número, lo ha reconocido la OMC, sumándose al pacto firmado con el Ministerio de Sanidad por el Foro de la Profesión Médica el pasado 30 de julio de 2013, basándose en el irrenunciable mantenimiento de una atención sanitaria pública, universal, gratuita y de calidad.

Como Colegio de Médicos debemos defender a nuestros colegiados y la actividad profesional que desarrollan, entendiendo, como manda nuestro Código de Deontología, que debemos colaborar con nuestras instituciones. Por ello, sería deseable que el SES realizara un riguroso estudio de las plantillas de nuestros hospitales y las adecuara a las necesidades asistenciales actuales, acompañándolas de las partidas presupuestarias necesarias.

De nada sirve la ley 1/2005 de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada de plazos si éstas se incumplen por sistema y no se aportan los medios necesarios para cumplirlas. Que los dirigentes sanitarios faciliten a los profesionales los medios adecuados para atender la demanda de la población extremeña y así obtener el resultado satisfactorio que deseamos todos.



### GABINETE DE COMUNICACIÓN ICOMBA

PRESIDENTE Pedro Hidalgo | RESPONSABLE GENERAL José Alberto Becerra Becerra | RESPONSABLE DE LA REVISTA Tomás Pérez Torralba | RESPONSABLE RELACIÓN MM.CC. Manuel Márquez Zurita | RESPONSABLE WEB Juan José Torres Vázquez | CONTENIDOS PRIMARIA José Luis Martín Rodrigo | CONTENIDOS DE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS Luis Fernández Alarcón.

### CONSEJO EDITORIAL "MÉDICOS DE BADAJOZ"

DIRECTOR Tomás Pérez Torralba | PERIODISTA Manuel Márquez Zurita | REDACCIÓN Luis Fernández de Alarcón y José Luis Martín Rodrigo | DOCUMENTACIÓN Javier Rayo Madrid.

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN Studio 10 Image Consulting S.L. | www.studiodiez.es

EDITA Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz | TIRADA: 3.750 ejemplares | DEPÓSITO LEGAL: BA-807-05





## COMPROMETIDOS AMBOS

**DR. D. PEDRO HIDALGO FERNÁNDEZ**  
PRESIDENTE DEL ICOMBA

La firma hace unos meses del acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Foro de la Profesión Médica, y que contó con un broche mediático en la Moncloa con el Presidente del Gobierno, ha tenido gran repercusión en la administración sanitaria (y todos sus estamentos autonómicos) y algunos han querido entender que ha supuesto una victoria de la ministra Mato sobre los médicos. De igual manera, muchos médicos (que trabajando en el SNS se resienten de las medidas de ahorro tomadas, de forma especial las relativas a su remuneración en euros y en especies) se han sentido "traicionados" por esta rúbrica.

Y creo que ninguna de las dos partes se ha estudiado el documento de diez páginas. Sí lo han leído, pero no lo han digerido. Cada parte ha tratado de ver, como en el juego del pañuelo, quien se esfuerza más por acercarlo a sus intereses. Unos pensando que con esto hay "calma chicha" en lo laboral-sindical, y otros pensando que el pacto es un pasto para los próximos dos años. Y no es así.

Los que hemos vivido el desarrollo de este acuerdo sabemos que de lo que se trataba (en un difícil momento de nuestra política económica) es de un PACTO POR LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS. Nos jugábamos eso: el MANTENIMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA en España. Y os puedo asegurar que había al acecho partes interesadas en que no llegara la firma y aprovechar mareas y chapapotes.

En el documento hay tres partes diferenciadas. La primera es un PACTO POR LA SANIDAD, buscando hacer viable (sostenible) el modelo sanitario que tanto tardamos en conseguir y del que presumimos por el mundo, sin saber que siendo barato (% PIB) no podíamos seguir pagando ciertos capítulos en crecimiento exponencial (p.e. farmacia). La culpa, de buscarla, estaría en la NO gestión, que no mala gestión, sino gestión ausente, con partidas no finalistas y siendo conscientes de que gastamos (malgastamos) en las batas blancas el oriente cuatrienal (las elecciones próximas se veían más claras). En este primer apartado se aboga por evitar confrontaciones partidistas y establecer consensos políticos, profesionales y sociales, definiendo una estabilidad presupuestaria para garantizar una sanidad pública, gratuita, universal, equitativa y de calidad, financiada mediante impuestos; y también por garantizar las condiciones básicas de los profesionales dentro del SNS, dando un impulso a la investigación.

La segunda parte se centra en la ORDENACIÓN PROFESIONAL, que entra de lleno en la troncalidad de las especialidades en Ciencias de la Salud, en el desarrollo profesional como proceso de mejora personal y en la creación del Registro de Profesionales Sanitarios, básico y fundamental para organizar unas necesidades en recursos humanos que nos permitan saber a qué médicos formamos y en qué deberíamos canalizarlos según especialidades.

El tercer apartado se dedica a las bases para desarrollar el marco normativo que permita la regulación e implementación de las UNIDADES CLÍNICA DE GESTIÓN, dando los trazos gruesos para su creación y financiación.

Esto no ha hecho nada más que comenzar y la Comisión de Seguimiento nos deberá tener informados de sus logros y avances, o de sus fracasos e incumplimientos.

Por eso titulaba esta carta COMPROMETIDOS AMBOS. No hay vencedores. Estamos convencidos de un sistema sanitario público reformado, correctamente presupuestado y con la implicación de los médicos y de los gestores político-sanitarios.





**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 Guadiana,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





## COMO PREMIO A UNA ABNEGADA DEDICACIÓN... UNA ÚLTIMA E INDIGNA TRAICIÓN

DR. JOSÉ ALBERTO BECERRA BECERRA  
SECRETARIO

Dicen que el título de un artículo hace que el número de lectores sea mayor o menor. Supongo que igual que ocurre con el de un libro o el de una película, a mejor título, más personas se sienten atraídas por él y éste sirve para que lo lean aquéllos que se sienten en mayor o menor medida interesados. Pero mi intención es bien diferente, es que además de los afectados - los médicos titulares -, también lo lean todos los colegiados y no colegiados que reciben esta revista, mi propósito básico es que empiecen y terminen de leerlo, para que entiendan mejor esta situación.

Comprenderán cómo una aberrante, injustificada y traicionera ley va a llevar a los pertenecientes al Cuerpo Nacional de Médicos Titulares - funcionarios del Estado - a un "fusilamiento" laboral al finalizar el año. Injustamente y sin fundamentos jurídicos, eliminan de un vulgar plumazo a quienes han dedicado su vida a cuidar de los más necesitados, de los más alejados, de los pacientes de las localidades más desprotegidas, de uno por uno los pacientes de todos los pueblos de Extremadura, y lo han hecho sin estimar las comunicaciones, las distancias o el número de habitantes. Sí, de esos médicos tan imprescindibles van a prescindir y esta circunstancia me permite ponerle otro título, más poético y que expresa una cruda realidad de los últimos médicos titulares, que sufrirán "la expropiación ilegal de sus derechos, adquiridos y acreditados tras entregar sus vidas, las de sus familias y la de sus hijos, y lo hicieron por el logro y el afianzamiento de una sanidad universal y más justa en todos los pueblos de Extremadura".

Aunque este segundo título suene pretencioso, voy a tratar de hacerles llegar, de darles a conocer, quiénes son los médicos titulares, que de forma tan llamativa proclamo que "entregaron su vida, la de su familia y la de sus hijos".

Son esos médicos, "especie a extinguir", y ahora a "eliminar" por la Administración Sanitaria del Gobierno de Extremadura, amparada y/o obligada por el actual Gobierno de la nación, y en los estertores de su vida profesional (al que más le quedan diez años de ejercicio) son obligados, forzados y amenazados para que pierdan todos sus derechos, que fueron adquiridos tras una oposición nacional y acreditados tras años de entrega por su labor en los pueblos de nuestra región, sin excepciones.

Estos médicos titulares son aquellos que durante años llegaron a los diferentes pueblos de nuestra extensa región a trabajar, a vivir y a convivir con sus vecinos, hasta tal punto que en casi todos los pueblecitos había la denominada "casa

de los médicos", y ahora a "eliminar" por la Administración Sanitaria del Gobierno de Extremadura, amparada y/o obligada por el actual Gobierno de la nación, y en los estertores de su vida profesional (al que más le quedan diez años de ejercicio) son obligados, forzados y amenazados para que pierdan todos sus derechos, que fueron adquiridos tras una oposición nacional y acreditados tras años de entrega por su labor en los pueblos de nuestra región, sin excepciones.

Estos médicos titulares son aquellos que durante años llegaron a los diferentes pueblos de nuestra extensa región a trabajar, a vivir y a convivir con sus vecinos, hasta tal punto que en casi todos los pueblecitos había la denominada "casa del médico", esa que los ayuntamientos construían y preparaban para hacer el efecto llamada, y que para todos los vecinos, sin distinción, se constituía en sala de curas o paritorio, sala de urgencias y otras de emergencias. Era ese punto de referencia donde estaba la solución a tantos y tantos males del cuerpo, del corazón y del alma, donde el médico titular llevaba al grado más extremo la relación médico-paciente porque los estaba tratando dentro de su casa, la de él, y que además emocionalmente también era la de ellos.

En esos pequeños pueblos, en los confines de nuestras provincias, con pocos habitantes y malas carreteras, con pocas comunicaciones y a veces sin agua, allí desarrollaban su importante labor profesional, con aquellos que además de sus pacientes, eran sus convecinos, con los que compartían penas y alegrías, aficiones, iglesia, bares y escuelas. Compartían todo, pero, sobre todo, compartían la vida, y allí iban estos médicos con sus jóvenes esposas, a las que llevaban en la idea de construir una vida en torno a una preciosa profesión, la de ser médico, médico de pueblo, médico de "donde

*"Esta circunstancia me permite ponerle otro título, más poético y que expresa una cruda realidad de los últimos médicos titulares, que sufrirán la expropiación ilegal de sus derechos, adquiridos y acreditados tras entregar sus vidas, las de sus familias y la de sus hijos, y lo hicieron por el logro y el afianzamiento de una sanidad universal y más justa en todos los pueblos de Extremadura".*



*A esta situación se ha respondido enérgicamente desde este colegio, con la pancarta que está en la puerta: "NO a la expropiación de Médicos Titulares". En ella se refleja el sentir de todos y allí seguirá colgada, porque es la bandera de la defensa sin condiciones de los médicos titulares.*

no había nada", donde eran el verdadero uno, uno, dos, donde el uno era el médico y el otro uno su esposa, y sumaban dos. Ellos eran el 112 de la localidad, ambos formaban el equipo de Atención Primaria. Y en esos inicios de la Atención Primaria estaban ellas, y no puedo omitir su importante labor. Actuaban como catalizadoras de la labor asistencial, como celadoras, telefonistas y especialistas en primeras curas, ellas actuaban como grandes profesionales, que aportaban tranquilidad a los familiares y esperanza al enfermo, mientras que llegaba el médico del pueblo, el titular.

Y allí, en esas localidades, fueron naciendo sus hijos. Muchos, muchísimos de éstos han nacido en esas localidades, donde sus padres fueron a trabajar y a ejercer la profesión de médico titular, de médico de APD, que para quien no sepa el significado es médico de Asistencia Pública Domiciliaria. Es ése que durante años (aún siguen) visita a sus enfermos en sus casas, donde es recibido con el agrado y la ilusión del que trae la esperanza de la cura, o sencillamente el consuelo al que no la tiene. Es ése que en los últimos momentos está a la cabecera del paciente. Y una frase que me dijo un paciente resume muy bien su labor: "en la cabecera de un enfermo solo están dos, Dios y su médico".

A estos abnegados médicos, amparados en un Real Decreto-Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, son a los que esta Administración Sanitaria va a obligar, a despojar, a expropiar

de sus derechos. Y me pregunto: ¿no fueron estos médicos titulares, trabajando durante 24 horas al día, repito 24 horas al día, los trescientos sesenta y cinco días al año, los que hicieron más sostenible el sistema sanitario de salud aportando más dedicación que nadie?

Pero si la situación por sí sola es aberrante, esto no es lo peor, porque no sólo les vulneran, expolían y eliminan sus derechos de funcionarios nacionales, que los tiene como médicos titulares por oposición nacional, sino que además, en caso de no optar por la opción de transformarse en personal estatutario, los amenazan con la sorprendente y alevosa posibilidad de mandarlos a órganos administrativos que no pertenecen a instituciones sanitarias públicas, y lo detallo aún mejor por si no está suficientemente claro. A estos médicos, después de más de treinta años en sus localidades, los quieren mandar a trabajar a ayuntamientos o administraciones públicas como funcionarios, donde no podrán trabajar como lo que realmente son, como lo que siempre han sido.....médicos.

Como reflexión final quiero preguntar: ¿pueden despojar de una profesión?, ¿pueden robar la condición de médico?

A estas preguntas es necesario que alguien responda y, mientras tanto, resuenan fuerte las voces de indignación de todos aquellos amigos, pacientes y vecinos de tantos y tantos pequeños pueblos, donde ejercieron (aún siguen), poniendo su vida a disposición del paciente, con una vocación íntegra, con la dignidad y la profesionalidad de la que siempre han hecho gala, con el sufrimiento de los que han ejercido solos y que han habilitado para la Administración Sanitaria todo: sus casas, sus vidas, sus familias y sus hijos.

A esta situación se ha respondido enérgicamente desde este colegio, con la pancarta que está en la puerta: "NO a la expropiación de Médicos Titulares". En ella se refleja el sentir de todos y allí seguirá colgada, porque es la bandera de la defensa sin condiciones de los médicos titulares.

Si es así, y definitivamente se perpetra esta perversidad, a estos médicos van a darles, como premio a una abnegada dedicación... una última e indigna traición.







## ESCENARIO DE REUNIONES COMEXAP-SES

**DR. TOMÁS PÉREZ TORRALBA**  
**VICESECRETARIO DEL ICOMBA**  
**SECRETARIO DEL COMEXAP**

El Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP), desde su creación, ha venido trabajando para desarrollar sus funciones, recogidas en los estatutos firmados por las organizaciones miembros (los colegios de médicos de Badajoz y Cáceres, las sociedades científicas de primaria y el sindicato médico).

El 2 de junio de 2008 es la fecha de constitución del COMEXAP, coincidiendo con el año de inicio de la actual crisis de los países desarrollados. Crisis que no nos ha puesto nada fácil a nadie el poder generar los cambios positivos deseados en la consecución de la calidad y la excelencia en la Atención Primaria de Salud, dentro del papel que debe desempeñar en el sistema sanitario público.

La crisis nos ha llevado a un espíritu de supervivencia que ha contagiado y paralizado a profesionales y gestores, que se ven afectados por una avalancha de medidas de recortes generalizados amparados desde el Estado, con su punto culmen en el Real Decreto 16/2012, bajo el paradigma de la austeridad. Pese a que se anunció que Sanidad y Educación no iban a sufrir tales recortes, era difícil creer que las políticas que se llevan la mayor parte del presupuesto de las comunidades autónomas no iban a ser tocadas. Más cuando algunos hablan de la "burbuja sanitaria" en tiempos de bonanza, pero que a la Atención Primaria escasos excesos podemos achacar, con una inversión insuficiente para la creciente demanda.

Se han cuestionado incluso los valores más elementales del sistema sanitario público, patrimonio nacional de la ciudadanía, donde los principios de universalidad, equidad y gratuidad (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), la integración de estructuras al servicio de la salud y el desarrollo de la Atención Primaria, han sido debilitados y acotados hasta donde los profesionales de la sanidad y los ciudadanos hemos dicho basta.

El paro médico está alcanzando niveles muy elevados y la falta de presupuesto para sustituciones alimenta lo anterior, con médicos que terminan su formación MIR y se encuentran sin oportunidades de trabajo. Un dato significativo publicado en estos primeros días de diciembre: el SNS tiene 53.000 trabajadores menos que hace dos años, lo que supone casi el 10% de los trabajadores de la sanidad pública, lo que se atribuye sobre todo a la no renovación de contratos interinos o eventuales, y a jubilaciones que no se han repuesto. Un descenso que, según fuentes sindicales, obedece a que los recursos humanos representan el 45% del gasto sanitario público y el objetivo del Gobierno es reducirlo para que pase del 7,2 al 5,4% del PIB en 2016, lo que conllevaría volver diez años atrás.

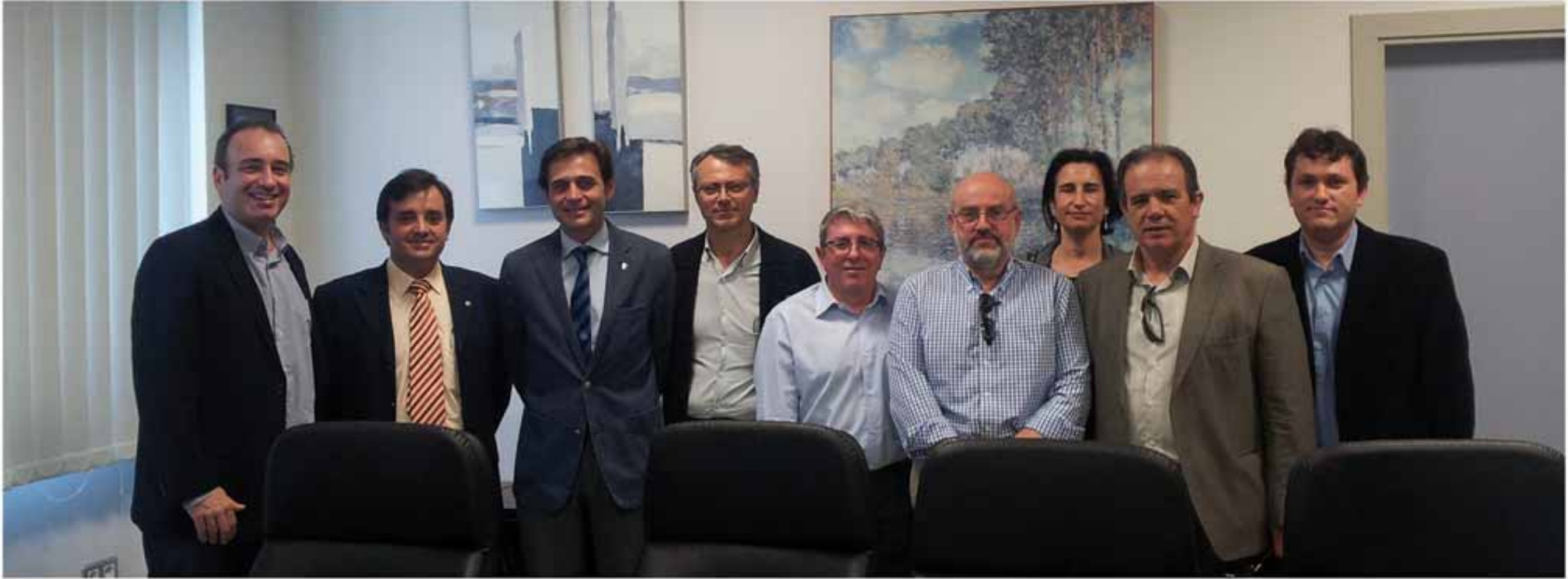
*La crisis nos ha llevado a un espíritu de supervivencia que ha contagiado y paralizado a profesionales y gestores, que se ven afectados por una avalancha de medidas de recortes generalizados amparados desde el Estado.*

Ante este preocupante panorama, en los últimos meses asistimos a un nuevo y esperado escenario de diálogo. Parece que nuestros gestores, tras años en los que la comunicación con los profesionales sanitarios ha estado arrinconada, en situación de mínimos, comienzan a valorar la participación de las organizaciones profesionales médicas en la búsqueda conjunta de soluciones. Asistimos, a nivel nacional -como informamos en este mismo número de la revista-, a un encuentro entre el ministerio y el Foro de la Profesión Médica, a partir del que parece que se construyen puentes de debate y consenso, con la finalidad de que las reformas sanitarias a emprender cuenten con las garantías necesarias para que sean llevadas a cabo. Cuenten con quienes tienen que contar: los médicos. Y es que los médicos de la sanidad pública, dentro de nuestra vocación, sentimos el compromiso de defender los valores que conduzcan al Sistema Nacional de Salud a buen puerto y de rechazar aquéllos que nos distancian de ello. Y la sostenibilidad es una preocupación compartida con nuestros gestores.

En ese escenario piramidal de diálogo, encontramos una dificultad añadida en nuestra comunidad autónoma extremeña: la peculiar inestabilidad que hemos tenido en los cargos políticos sanitarios autonómicos, con la que la entrada y salida de actores hacían complicado seguir un guión. Tras la reunión del COMEXAP con la primera consejera de salud del Gobierno extremeño, Sayagués, vino otra con el siguiente consejero, Perianes, y con el director gerente del SES, Albino Navarro. Pero ahí no quedó la cosa y en un par de años vinieron ceses y nombramientos de nuevo consejero, Hernández Carrón, y de nuevo director gerente, García Guerrero. Además de numerosos cambios a niveles gerenciales de áreas. Demasiados cambios en poco tiempo, para una Administración sanitaria extremeña que le está costando encontrar la necesaria estabilidad, conveniente para el buen gobierno.

En el COMEXAP, tras la reunión solicitada al SES y celebrada el 17 de abril en Mérida con el director gerente del SES, García Guerrero, seguimos con el calendario de reuniones





Reunión del COMEXAP en la sede del SES el pasado 17 de abril, con el Director Gerente del SES, Joaquín García Guerrero.

con el SES el 26 de junio, con un encuentro con el director general de Asistencia Sanitaria, Eduardo Laguna, y con el subdirector general de Atención Primaria del SES, José Ignacio Cardenal. Como resultado surgieron importantes discrepancias. Podríamos decir que fue una reunión para olvidar, donde encontramos unos gestores sin propuestas ni apertura para colaborar y potenciar juntos la AP.

Finalizando el verano, el 26 de septiembre tuvimos en el COMEXAP una importante reunión interna de balance de la situación de la AP y de autocrítica de nuestro foro, donde nos planteamos las líneas estratégicas de trabajo para el nuevo curso 2013-2014 desde la perspectiva de las distintas organizaciones que lo componen.

Con esa base, y convocados por el SES, nos reunimos en Mérida el día 17 de octubre con el gerente del Área de Mérida - Don Benito - Villanueva, Gustavo Tomás Vega, y su equipo directivo de primaria, encabezado por Concha Ravelo y Jesús Gallo, subdirectores de AP de Mérida y Don Benito, acompañados por sus técnicos de salud. En esta nueva reunión retomamos el ambiente de diálogo que nunca debimos perder, hablando el mismo idioma como conocedores de la primaria. El reconocimiento de decisiones pasadas del SES erróneas y de algunas carencias fundamentales lastradas hasta la actualidad, ayuda a situarnos en un nuevo escenario de acercamiento y de encarrilamiento de las conversaciones entre el SES y las organizaciones médicas representativas de la AP, en torno al COMEXAP. Entre los compromisos positivos obtenidos de esta reunión, señalamos la puesta en marcha de nuevo de los consejos de gestión de área como unidad de participación de los profesionales y la incorporación a todos los planes integrales de patologías prevalentes que se van a empezar a diseñar de personal experto de AP en dichos comités.

Y más recientemente, el 20 de noviembre, mantuvimos una reunión con el gerente del Área de Badajoz - Zafra - Llerena, César Téllez, y su equipo directivo de primaria, encabezado por Cándido Mena. Salimos con la percepción de que este área parece querer retomar el pulso de la primaria, mediante proyectos piloto de autogestión presupuestaria en centros de salud urbanos y encuentros de coordinación entre los niveles de primaria y hospitalaria. Esta gerencia de área

viene recibiendo desde hace años a los coordinadores de los centros de salud urbanos (ahora también a los rurales) de forma periódica, lo que se traduce en una mayor cercanía y conocimiento directo de los problemas de la primaria. Pero el proyecto de autogestión que proponen, hasta conocer más detalles, se ciñe a lo económico, dejando la gestión clínica de momento en espera.

Hemos sido muy claros al recalcar en todas estas reuniones, una vez más, que el actual diseño del sistema JARA debe sufrir importantes reformas para poder servir de verdadera herramienta de gestión clínica del equipo. El liderazgo del médico en estas nuevas fórmulas de gestión debe sustentarse en la dotación de la formación, regulación y recursos necesarios para la asunción de estas nuevas responsabilidades.



Reunión del COMEXAP con el gerente de Área de Badajoz, César Téllez, y el subdirector de AP, Cándido Mena. Por parte del icomBA asistieron el vicesecretario, Tomás Pérez, y el vocal de AP rural, Juan José Torres.

Nos preocupan y trabajaremos en los próximos meses desde el COMEXAP en otras líneas que también nos interesan: certificación médica y sus abusos; abordaje de la cronicidad en la AP; actualización de la cartera de servicios; relación entre niveles asistenciales; abordaje al maltrato y situación laboral de los médicos de la Atención Primaria extremeña.

Os seguiremos informando.





## TIEMPO DE PLANIFICACIÓN

DR. JOSÉ ANTONIO MÁRQUEZ SÁNCHEZ  
TESORERÍA

Se acercan las Navidades y, además de los eventos típicos festivos de estas fechas, en lo tocante al área de Tesorería que presido, es tiempo de planificación, tiempo de previsiones para el próximo ejercicio.

La Tesorería, compartida entre el colegio y su fundación, FUNCOMEBA, es el departamento encargado de elaborar el plan de actuación (fundación) y el presupuesto (colegio) que, aunque con denominaciones diferentes, vienen a significar lo mismo.

Sobre la base de los gastos e inversiones del ejercicio en curso (2013), la experiencia y trayectoria de años pasados, las expectativas y potenciales actuaciones de futuro y los ingresos que pueden entrar en previsión, se elaboran los presupuestos de ingresos, gastos e inversiones del próximo ejercicio (2014), así como las normas que han de regir su desarrollo y ejecución.

Estos documentos, siguiendo los mandatos estatutarios de cada institución, se someten a la consideración de los órganos soberanos de ambas entidades. En el caso del colegio, tras pasar por el pleno de la Junta Directiva, pasan a la Asamblea General, que suele cerrar el ejercicio presupuestario - este año previsto para el próximo día 26 de diciembre -. En la fundación, es su Patronato el encargado de refrendar el plan de actuación para el próximo año, lo que está programado para la reunión de este órgano marcada para el día 11 de diciembre.

En principio, el plan de actuación de la fundación se dotará de partidas destinadas a la formación y a las actividades científicas y educativas. Así, forman parte del mismo, con carácter anual, el ya tradicional concurso de casos clínicos, que tan magnífico cometido está proporcionando con respecto a las finalidades propias de esta institución, que no son otras que la promoción de nuestra profesión sobre el fundamento de la formación continuada y el fomento y difusión de actividades de contenido científico, en especial aquéllas que sean desarrolladas por miembros de nuestra comunidad colegial, como es el caso.

*“La fundación amplía su elenco de actividades, pero sobre las líneas de actuación que constituyen sus finalidades fundacionales”.*

*Por lo que se refiere al presupuesto del colegio, la planificación es continuista, en consonancia con la situación económica y financiera general, buscando la optimización de los costes e inversiones.*

También tenemos previsto destinar partidas presupuestarias de la fundación a un programa de becas de investigación, así como a un concurso de fotografía de temática relacionada con las actividades médicas.

En definitiva, la fundación amplía su elenco de actividades, pero sobre las líneas de actuación que constituyen sus finalidades fundacionales. Año tras año conseguimos que las actividades de la fundación sean más amplias y variadas, gracias a lo cual hemos registrado importantes congresos, jornadas y eventos de similar naturaleza.

Por lo que se refiere al presupuesto del colegio, la planificación es continuista, en consonancia con la situación económica y financiera general, buscando la optimización de los costes e inversiones.

Destacar el capítulo de inversiones, donde habrá montantes para la reforma del sótano del icomBA, a fin de destinarlo a archivo general, además de para la rehabilitación de los apartamentos de Valdelagrana. Ambos son proyectos del ejercicio anterior, que no se han llevado a término por falta de tiempo o de oportunidades efectivas de realización. En ambos casos, se trata de iniciativas de interés para el colegio y se pondrán en marcha en este próximo año.

En otro orden de cosas, nuestra tesorería continúa colaborando con los auditores en la elaboración de las auditorías económica y de gestión del período de mandato de la Junta Directiva anterior. El informe de auditoría se presentará en la Asamblea General del 26 de diciembre próximo y constará de una valoración de la operativa, cuentas anuales y liquidaciones presupuestarias de los ejercicios 2009 a 2012, así como de la ejecución del presupuesto a junio de 2013, fecha del cambio de la Junta Directiva.

Para finalizar, encontrándonos en tan significadas fechas, me gustaría haceros llegar las felicitaciones en mi nombre y en el del personal que trabaja en esta tesorería, con el deseo de prosperidad para el próximo año.



## MÉDICOS APD DE CUPO Y ZONA: ¿DÓNDE ESTÁN Y DÓNDE SE LES ESPERA?

DR. FERNANDO BLAS TABLA HINOJOSA  
VOCAL DE MÉDICOS DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS



### ANTECEDENTES

*Real Decreto-ley 16/2012, 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.*

*Corrección de errores del Real Decreto-ley 16/2012, 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.*

*Resolución de 24 de octubre de 2013, de la secretaria general, por la que se acuerda la apertura del trámite de información pública en relación con el proyecto de decreto por el que se establece el procedimiento para la integración directa del régimen jurídico de personal estatutario fijo de los servicios de salud, del personal funcionario sanitario que preste servicios en instituciones sanitarias públicas.*

### DESARROLLO

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, introduce una serie de reformas, medidas y recortes que cambian claramente el modelo del SNS e inician una senda peligrosa sobre cuestiones claves como la universalidad de las prestaciones sanitarias y, por tanto, contiene efectos directos sobre los pacientes. El Real Decreto 16/2012 rompe también algo básico e imprescindible: el consenso político que durante treinta años se ha mantenido fiel a los principios establecidos tras la Ley General de Sanidad.

La segunda parte del acuerdo alberga cuestiones de máximo interés relacionadas con la profesión; entre ellas, el establecimiento de un marco legislativo para regular la gestión clínica, algo que no todo el mundo tiene claro, pero

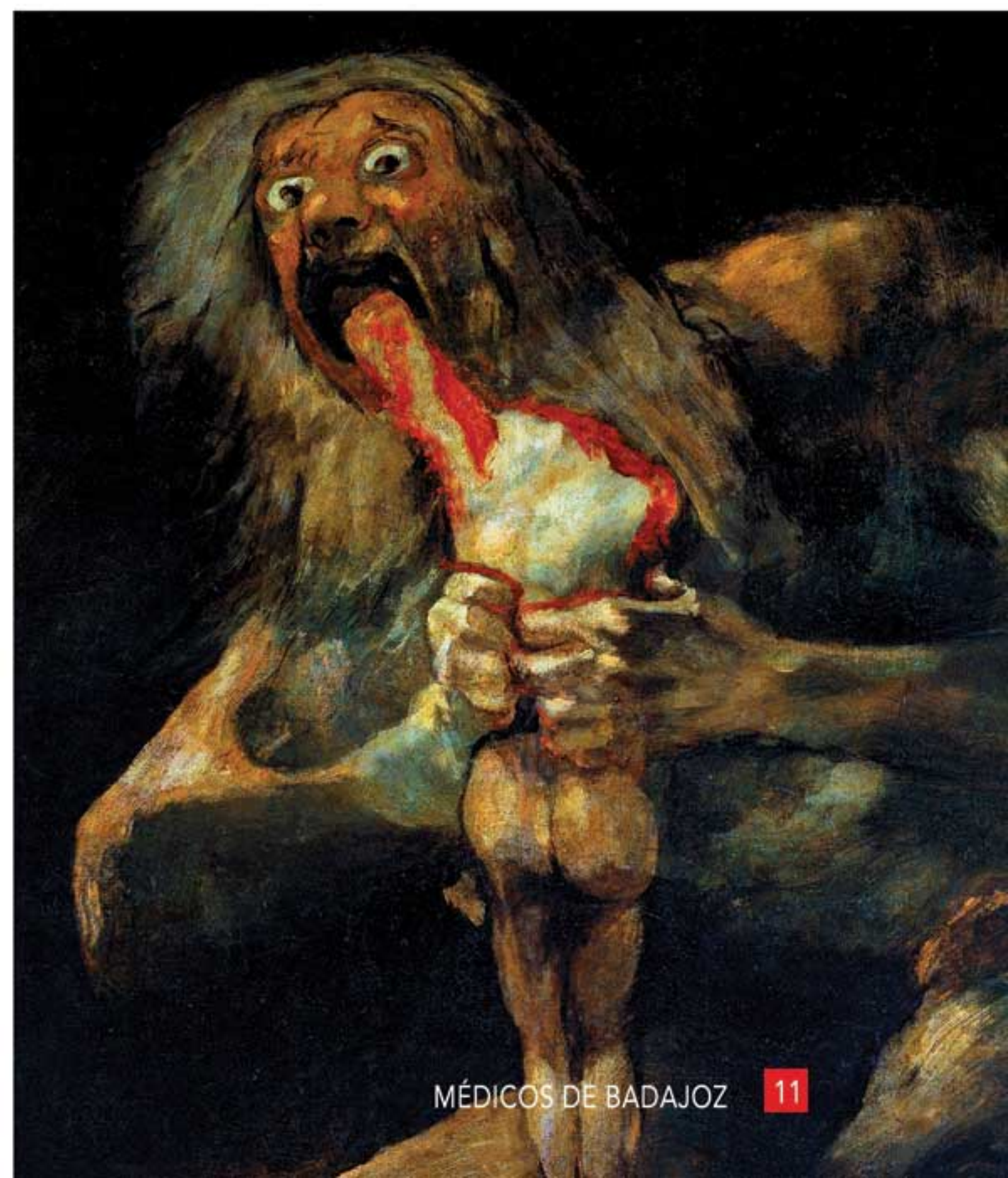
que consideramos que es el mejor camino para frenar las tendencias privatizadoras que algunas comunidades han iniciado. Se trata de que, desde el ámbito público, los profesionales, además de asumir la responsabilidad clínica, afronten responsabilidades en la gestión de los recursos del SNS sobre los que deciden y obtengan compensaciones en base a la excelencia profesional de sus comportamientos y resultados.

### ¿A QUIÉN AFECTA DICHO REAL DECRETO?

Funcionarios sanitarios locales procedentes del cuerpo APD.  
Funcionarios del Estado pertenecientes a cuerpos de AISNA, hospitales provinciales, etc.  
Funcionarios sanitarios propios de las CC.AA.

Actualmente la mayoría de ellos están integrados o incorporados en los centros de salud (equipos de Atención Primaria) y en los hospitales públicos de las comunidades autónomas, con una normativa legislativa propia e independiente, conjunta para todo el personal sanitario y en igualdad de condiciones que el personal estatutario.

Según lo redactado en el Real Decreto-ley 16/2012, 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 caso de que este personal opte por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de personal funcionario, las comunidades autónomas adscribirán a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, puedan articularse.

Los médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales que presten sus servicios como médicos generales, practicantes y matronas de los servicios de salud, y el resto del personal funcionario sanitario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas, dispondrán hasta el 31 de diciembre de 2013 para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo, sin perjuicio de los derechos consolidados. A tal fin, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos.

El RDL 16/2012 obliga a renunciar a uno de esos dos primeros derechos; o impide realizar las funciones propias de las plazas de médico de familia del EAP o impide mantener la condición de funcionario. Y puede impedir el tercero al modificar las condiciones de la jubilación.

Se modifica el objeto del ejercicio de la profesión.  
No se respetan derechos consolidados.

Se cambia el modo de ejercicio profesional. A los médicos APD y funcionarios de CC.AA. - actualmente la mayoría integrados en los equipos de Atención Primaria de las diferentes zonas de salud contempladas desde el RD 137/1984, de estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad 14/1986 - se les adscribe a órganos administrativos que no pertenezcan a instituciones sanitarias públicas, sin conocimiento previo de la nueva situación laboral creada.

### ¿QUÉ HA HECHO EL SES?

Resolución de 24 de octubre de 2013, de la secretaría general, por la que se acuerda la apertura del trámite de información pública en relación con el proyecto de decreto por el que se establece el procedimiento para la integración directa del régimen jurídico de personal estatutario fijo de los servicios de salud, del personal funcionario sanitario que preste servicios en instituciones sanitarias públicas.

### ALEGACIONES DE LA ASESORÍA JURÍDICA DEL ICOMBA

En ejercicio de la facultad conferida en el apartado primero de la Resolución de 28 de octubre de 2013, de la secretaría general, por la que se anula la Resolución de 24 de octubre de 2013, de la secretaría general, y se acuerda la apertura del trámite de información pública en relación con el proyecto de decreto por el que se establece el procedimiento para la integración directa en el régimen jurídico de personal estatutario fijo de los servicios de salud, del personal funcionario sanitario que preste servicios en instituciones sanitarias públicas (DOE 209, de fecha 29 de octubre de 2013), el Ilustre Colegio Provincial de Médicos de Badajoz formula dentro de plazo y por medio del presente escrito y en relación al articulado y disposiciones del proyecto, las siguientes alegaciones:

Por consiguiente esta corporación entiende que en el ámbito de nuestra comunidad autónoma ya se ha producido la integración de estos funcionarios, si bien sólo a efectos funcionales y retributivos, pero conservando su condición funcional.

Y, por tanto, la aplicación de lo contenido en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud debe entenderse que carece de efectos prácticos significativos y debería llevar al ánimo del legislador extremeño la innecesidad del proyecto elaborado.

Esta corporación estima que es una solución normativa integradora de las distintas sensibilidades e intereses en juego, respetuosa con la legalidad y con los legítimos intereses y derechos adquiridos por los funcionarios integrantes del Cuerpo Facultativo de Médicos Titulares.

*El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, introduce una serie de reformas, medidas y recortes que cambian claramente el modelo del SNS e inician una senda peligrosa sobre cuestiones claves como la universalidad de las prestaciones sanitarias y, por tanto, contiene efectos directos sobre los pacientes.*



## SALARIOS DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES

DR. JORGE MARIÑO DEL REAL  
VOCAL DE MÉDICOS DE HOSPITALES



Don Emilio. Así se llamaba el cura de mi pueblo cuando yo era un niño. Toda una institución. Yo me llevaba muy bien con Don Emilio y participaba en muchas tareas de la parroquia. Cada vez que fallecía alguien en el pueblo, subía con un primo mío que era monaguillo a lo más alto del campanario a tocar las campanas.

Una tarde calurosa de verano, me preguntó Don Emilio:

– ¿Y tú, Jorge, qué quieres ser de mayor? Yo le contesté sin reticencia: médico cirujano.

– Él me espetó: ¿y no has pensado en ser cura?

Miró la cara que puse y se alejó poco a poco con su larga sotana y su boina, sin decir ni media palabra...

Os preguntaréis, ¿a qué viene todo este relato?

Es evidente, y no quiero ser repetitivo, la mala situación económica y social que estamos viviendo en estos momentos. Media España está en paro y de la media que trabaja, una gran parte llega a los mil euros de sueldo. Debido a esta situación, se palpa en el ambiente cierta corriente por parte de algunos compañeros y de la administración, en cuanto a no hablar de nuestras retribuciones y criticar los recortes sufridos en nuestro sector desde el inicio de la maldita crisis, porque a pesar de los recortes, como nuestras retribuciones seguirían siendo más altas que la media, como que parecería de mal gusto y poco ético hablar de este asunto.

Pues bien, voy a meter un poco el dedo en el ojo, porque, además, "nadie apalea a un perro muerto..."

Como os he comentado antes, soy médico de vocación, como la mayoría de vosotros, y es evidente la gran carga ética, moral y humanitaria de nuestra profesión. Pero yo soy médico, no sacerdote, ni trabajo en una ONG. Éste es nuestro medio de vida y creo que estamos en nuestro completo derecho a criticar los recortes sufridos en nuestras retribuciones y a dejar claro que también nosotros estamos contribuyendo con nuestro esfuerzo, en muchos casos mayores que el de otros sectores profesionales de la sociedad, a salir de esta crisis.

La sociedad en general tiene una excelente opinión de los profesionales de la medicina -también en nuestro medio-, pero

*Posiblemente los propios profesionales no hemos sido capaces de transmitir e informar bien a la sociedad de lo que ganamos por nuestra jornada habitual de trabajo y de la responsabilidad que tenemos*

pienso que tiene el concepto de que ganamos grandes sueldos -aunque también creo que, en gran medida, merecidos-.

Esto es debido a varias razones. Posiblemente los propios profesionales no hemos sido capaces de transmitir e informar bien a la sociedad de lo que ganamos por nuestra jornada habitual de trabajo y de la responsabilidad que tenemos, dejando claro que gran parte del sueldo es a base de dejarse la piel y media vida en el hospital haciendo guardia tras guardia, trasplantes (por cierto, actividad que en el caso del trasplante renal dejó de percibirse la mínima asignación que tenía, sin previo aviso ni comunicación alguna desde hace más de tres años... otro día echaré un ratito en esto...), cirugía de tarde, cursos, ensayos clínicos y demás trabajo extra que en modo alguno puede considerarse jornada habitual.

La otra es porque nuestros gestores y políticos han dado siempre información poco clara al respecto, como por ejemplo ha ocurrido tiempo atrás con la publicación de los sueldos de empleados públicos de la Administración autónoma, donde nos encontramos ineludiblemente los médicos del SES, como profesionales públicos de más alta cualificación. Pero no han publicado el sueldo base y/o los complementos, sino las retribuciones totales, donde se incluyen jornadas maratónicas que duplican o triplican la media de un empleado público.

Para llegar a ser médico en España es necesario tener un bachillerato con media extraordinaria, realizar una selectividad excelente y seis años de estudios universitarios. A continuación preparar durante mínimo un año (en el mejor de los casos) y superar el examen MIR y, finalmente, realizar el período de formación, de una duración de cuatro o cinco años. En total son al menos once o doce años, de manera que la vida profesional comienza a los 30 años.

Mientras uno estaba en esta travesía por el desierto, la mayoría de nuestros amigos universitarios a los 23-24 años había terminado sus diplomaturas o licenciaturas -aparejadores, ingenieros de caminos, industriales, arquitectos, etc.-, y comenzaban su vida profesional, ganando sueldos en muchas ocasiones dos y tres veces mayores de los nuestros. Sin hablar de los oficios, que comenzaban con menos de 20 años de edad. Cualquier encofrador en uno de los muchos edificios en construcción durante la burbuja inmobiliaria ganaba más que el mejor de los médicos especialistas y nadie ponía peros. Y mientras algunos de nuestros amigos se compraban el mejor coche de gama alta o hacían su pequeña huchita, tú seguías con el trasero pegado a la silla y bajo el calorcito del flexo.

Ahora los tiempos han cambiado y, por desgracia, aquellos que



en esos años progresaban y prosperaban, en este momento están en su particular travesía por el desierto, mientras nosotros seguimos en la misma situación, con el trasero pegado a la silla, quizás algo menos que entonces, pero ganando lo mismo que entonces.

Si lo pensamos un poco, estamos en todo el derecho a quejarnos por los recortes sufridos, y si alguno se siente ofendido de antemano le pido disculpas sinceras, pero a continuación le recomiendo que hable con su obispado, porque puede ser que haya equivocado su vocación. Oración y estudio, pero en el convento.

Y para convencer a mojigatos y escépticos, vayamos a los datos.

En Europa, España está a la cola en cuanto a salarios de los médicos de hospitales. Sólo tenemos por detrás de nosotros a 4-5 países como Malta, Grecia o Portugal. Otros países como Suecia o Suiza ganan entre tres y cuatro veces más que nosotros.

#### Estudio CESM sobre retribuciones de los médicos (2010-2012)

En un plano más cercano, a finales del pasado mes de septiembre la CEMS publicó un estudio serio y riguroso sobre los recortes sufridos en las retribuciones de los médicos desde 2010 hasta 2012. Los datos de este estudio, en mi opinión, son ciertamente espeluznantes.

Por ejemplo, las retribuciones netas de un médico de hospital recién terminado -con un trienio, sin carrera profesional reconocida, sin exclusividad- van desde unos 1.800 euros/mes en Andalucía, hasta 2.848 en Ceuta y Melilla. En Extremadura estamos en la media de España, con 2.346 euros. Llamen la atención los 1.047 euros/mes de diferencia que hay entre el máximo y el mínimo de España, diferencia que aumenta a los 1.873 euros/mes en caso de médicos de más de 55 años con nivel 4 de carrera profesional retribuida y 10 trienios. En cómputo anual, estas diferencias van desde los 13.242 euros para los médicos jóvenes, a los 24.449 euros para los médicos en su etapa final de la actividad.

Si hablamos de guardias médicas, en el año 2012 las diferencias son de 11,14 euros/h (el 72%) entre los médicos andaluces (en último lugar, con 15,47 euros/hora) y los médicos de Murcia (al frente, con 26,61 euros/h) para la guardia de día laborable. En nuestra comunidad, con 20,46 euros/h en laborable y 21,48 euros/h brutos (11,02 y 11,57 euros/h netos), estamos un poquito por debajo de la media.

Donde salimos un poquito perjudicados es en la hora de guardia de día especial (24, 25, 31 de diciembre y 1 de enero), ya que estamos a la cola de España con 23,53 euros/h brutos, mientras la media nacional es de 37,19 euros/h y el máximo es de 53,22 euros/h, en Murcia.

Teniendo en cuenta que el IRPF es progresivo, dependiendo del número de guardias realizadas, podemos encontrarnos con que la retribución neta por hora de guardia puede quedar en 8,41 euros y la máxima de 15,32 euros, con lo que si necesitas contratar una canguro para cuidar de tus hijos, puede que te cueste dinero trabajar.

*La sociedad en general tiene una excelente opinión de los profesionales de la medicina -también en nuestro medio-, pero pienso que tiene el concepto de que ganamos grandes sueldos -aunque también creo que, en gran medida, merecidos-.*

Con las retribuciones mensuales brutas y netas del médico joven recién terminada su formación y del que está en la parte final de su vida laboral con guardias (el estudio se ha realizado con 50 h de guardia/mes de presencia física), pasa tres cuartos de lo mismo, con el mínimo de Andalucía de 2.330 euros/mes netos y el máximo de 2.648 euros/mes netos de Ceuta y Melilla, para el segundo ejemplo. En Extremadura seguimos por debajo de la media, con 2.979 y 3.741 euros/mes netos, respectivamente.

Las diferencias netas entre máximos y mínimos van desde los 1.318 euros/mes (56,58%) para los jóvenes hasta los 2.092 euros/mes para los segundos.

Entre los años 2010 y 2012, los médicos de hospitales que no hacen guardias sufrieron recortes que se traducen en la pérdida de 1.983 euros/año (el 4,2%) y 10.842 euros/año (el 16,1%), muy por encima de la pérdida del resto de los empleados públicos. La pérdida directa media supera en todos los tipos de médico el 10%, y va desde los 4.404 euros/año para el primer tipo de médico hasta los casi 7.000 euros/año para el segundo. Si a esto le sumamos el aumento del IRPF, IVA, etc., la pérdida de poder adquisitivo en los médicos de hospital sin guardias supera ampliamente el 20%.

Para los médicos que hacen guardias la pérdida directa va desde los 2.542 euros/año hasta los 11.429 euros/año. Sumando los incrementos de los impuestos se llega fácilmente nuevamente a más del 20% de pérdida de poder adquisitivo.

A esto hay que añadir, en nuestra comunidad, la media hora de guardia diaria que se ha dejado de abonar por el aumento de la jornada laboral.

No quiero aburrirlos con más números, pero las conclusiones son claras.

La primera es que es evidente que hemos sufrido un recorte brutal en nuestro poder adquisitivo, bastante más importante que otros empleados públicos, y esto es de justicia que se reconozca.

La segunda, es que es inaceptable, en mi humilde opinión, que dentro del mismo país, y con un nivel de asistencia sanitaria tan parejo, haya diferencias retributivas tan tremendas entre unas y otras comunidades. Esto pasa, lógicamente, por tener 17 reinos de taifas.

Si después de estos datos hay alguno que piensa que ganamos demasiado y que no debemos quejarnos, debería hacérselo mirar... pero que no se me enfade.



## APROXIMACIÓN A LA MICROGESTIÓN

DR. JUAN JOSÉ TORRES VÁZQUEZ  
VOCAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL



Desde el 25 de septiembre de 1991, cuando se presentó en el Congreso de los Diputados el famoso Informe Abril, hasta el 30 de julio de 2013, cuando se firmó en el Palacio de la Moncloa el acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y el Foro de la Profesión Médica - que incluye, entre otros, el pacto por la gestión clínica - han pasado veintidós años. En este período nos hemos familiarizado con términos tales como: nuevas fórmulas de gestión, fundaciones sanitarias, eficiencia, transferencia de riesgo a los profesionales, gestión de recursos, gestión de pacientes... y un sinnúmero de expresiones más, en un intento por incorporar verticalmente criterios empresariales a la práctica clínica, sin que en ningún momento se concrete a nivel micro la trascendencia numérica de estos conceptos. Esto supone, usando el lenguaje de Kelvin, que nuestro conocimiento sobre esta materia es pobre e insatisfactorio. A penas hemos avanzado en nuestro pensamiento, máxime cuando los actores destinados a desarrollar la gestión clínica no han sido adiestrados para gestionarla.

Antes de adentrarnos en la gestión o microgestión clínica debemos cuestionarnos cuál es la misión de las intervenciones clínica y, por extensión, del Sistema Nacional de Salud. Podríamos decir que la misión de las intervenciones clínicas es la de mejorar la salud de la población, entendiendo esta mejora de la salud como la disminución en una magnitud relevante de los riesgos basales graves y moderados de esa población sin que, como consecuencia de dichas intervenciones, se le añada un daño tal que iguale o supere la de su situación inicial. Para conseguir esta misión debemos todos dirigir la gestión clínica.

Pero sabemos que en la salud de la población contribuyen, en distintas proporciones, varios factores: los estilos de vida (50%),

la herencia (20%), el ambiente (20%) y por último el sistema sanitario (10%). Sin embargo, el dinero destinado a controlar los factores que condicionan la salud es inverso a su peso en la responsabilidad de la misma. Así, a la herencia se destina el 6.9%, a la mejora del medio ambiente el 1.5%, a los estilos de vida el 1.2%, mientras que el sistema sanitario consume el 90.6% de los recursos económicos que se dirigen a cuidar y mejorar la salud. El objetivo final de la gestión sanitaria sería ensanchar ese 10% de salud que se obtiene desde el sistema sanitario, utilizando el 90.6% de recursos.

Según esto, podríamos decir que la gestión sanitaria es el conjunto de intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población desde las instituciones sanitarias, ya que hay multitud de intervenciones de otro tipo que igualmente podrían aumentar la salud de la población y que no se producen en el ámbito sanitario. Un ejemplo de esto ha sido la implantación del carnet por puntos, que ha disminuido considerablemente la mortalidad vial.

Para llevar a cabo su misión, el sistema sanitario precisa tres tipos de recursos: normativos (leyes, presupuestos, decretos, resoluciones, etc.) materiales (infraestructuras, aparataje, material, etc.) y humanos. Estos recursos, a su vez, se distribuyen en tres niveles de gestión: macrogestión o política sanitaria, mesogestión o gestión de centros y microgestión - que sería, en el caso concreto de Atención Primaria, el conjunto de intervenciones clínicas que realiza un médico sobre la población que tiene asignada, utilizando unos recursos previamente presupuestados para contribuir a cumplir con la misión del sistema de salud -.

Actualmente cada médico de familia gestiona, como media, unos recursos cuantificados en más de 600.000€

*Cuando puedes medir aquello de lo que hablas, y expresarlo con números, sabes algo a cerca de ello; pero cuando no lo puedes medir, tu conocimiento es pobre e insatisfactorio. Puede ser el principio del conocimiento, pero a penas has avanzado en tus pensamientos*

(William Thomson Kelvin, primer barón Kelvin, 1824 - 1907) Físico y matemático británico.



anuales, distribuidos en los capítulos de: farmacia, IT, pruebas complementarias y derivaciones al segundo nivel. No hay ningún colectivo de empleados públicos que gestione, con sus decisiones, semejante cantidad de dinero. Por ello, no es extraño que cada vez sean más las voces que reclaman el rendimiento de cuentas en los servicios financiados con fondos públicos y la implicación de los médicos en la gestión clínica.

Sin embargo, introducir criterios empresariales de gestión en las decisiones clínicas es complicado por muchas razones. La más importante de ellas la encontramos en que la cultura, contenido y contexto de las disciplinas gestoras difieren de la cultura, contenido y contexto de las disciplinas clínicas. Los médicos siempre hemos visto con recelo la conjunción de salud y costes. Por otra parte, los objetivos que persigue la gestión clínica varían de los objetivos que persigue la gestión empresarial. La empresa tradicional tiene como objetivo la obtención de beneficios y el reparto de dividendos. En la empresa sanitaria pública, por el contrario, la última línea del balance se expresa en muertes aplazadas y calidad de vida ganada.

*Es preciso introducir una herramienta de gestión diseñada desde la base, con la ergonomía necesaria para permitir el desarrollo de la microgestión, y que no provoque la aversión que produce la que se emplea en la actualidad.*

La gestión supone la toma de decisiones basadas en información previa, y dirigidas a un objetivo concreto. Es necesario saber de dónde se parte para fijar a dónde se quiere llegar. Por ello, disponer de información clínica e indicadores sanitarios a nivel micro es básico antes de emprender aventuras y asumir riesgos de gestión clínica en Atención Primaria. En la actualidad pocos médicos de familia de nuestra región conocen datos tan básicos como: cuál es la pirámide de población que atiende cada cupo, cuál es la prevalencia de las enfermedades crónicas que atiende cada unidad asistencial, qué asignación presupuestaria maneja, cuál es el coste de las patologías más prevalentes, cuántas derivaciones realiza al segundo nivel por población ajustada, cuál es el índice de reingresos de pacientes pluri-patológicos, cuál es su calidad de prescripción, dónde están los yacimientos de ahorro, que objetivos terapéuticos ha alcanzado, etc.

Para conseguir esa información es preciso introducir una herramienta de gestión diseñada desde la base, con la ergonomía necesaria para permitir el desarrollo de la microgestión, y que no provoque la aversión que produce la que se emplea en la actualidad. La herramienta de documentación clínica que usamos en nuestras consultas ha sido diseñada para dar información a los gestores sin que ésta revierta en el clínico ni facilite su labor.

*No es extraño que cada vez sean más las voces que reclaman el rendimiento de cuentas en los servicios financiados con fondos públicos y la implicación de los médicos en la gestión clínica.*

En resumen, para adentrarse en la microgestión y asumir riesgos en Atención Primaria, debe hacerse un ejercicio previo de reflexión y recabar información básica de los riesgos basales graves y moderados de morbimortalidad que padece la población que atendemos. Se han de marcar unos objetivos, a ser posible de muertes aplazadas y calidad de vida ganada, que vayan acompañados de la dotación presupuestaria necesaria y las herramientas de gestión y documentación clínica que permitan la monitorización, a ser posible en tiempo real, de la evolución de los indicadores clínico-asistenciales y presupuestarios acordados.

Mientras no dispongamos del adiestramiento y la información señalada, todo intento de introducir la microgestión en nuestro ámbito asistencial será una tarea estéril y puede que pasen otros veintidós años sin que se avance en el desarrollo de la gestión clínica en Atención Primaria.



*La gestión supone la toma de decisiones basadas en información previa, y dirigidas a un objetivo concreto. Es necesario saber de dónde se parte para fijar a dónde se quiere llegar. Por ello, disponer de información clínica e indicadores sanitarios a nivel micro es básico antes de emprender aventuras y asumir riesgos de gestión clínica en Atención Primaria.*



## COMPATIBILIZACIÓN DE LA PENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON LA CONSULTA PRIVADA

DR. D. ALFONSO AMBEL ALBARRÁN  
VOCAL DE MEDICINA PRIVADA CUENTA PROPIA



Los médicos con consulta privada y que además alcanzamos cierta edad, tenemos desde hace meses un nuevo motivo de preocupación. Por si no fuese poco con la crisis económica que ha afectado directamente a nuestras consultas y con la lucha sempiterna con las aseguradoras -que cada vez nos aprietan más y nos pagan menos-, ahora se nos ha añadido la incertidumbre de poder compatibilizar, cuando nos jubilemos, la pensión con el mantenimiento de nuestra consulta, tanto la que realizamos por nuestra cuenta como la que hacemos para compañías de seguro.

*Se mantiene la regulación anterior, es decir, la plena compatibilidad entre la pensión de jubilación de la Seguridad Social y la consulta privada por cuenta propia.*

Desde siempre el médico que se jubilaba del trabajo público, solía mantener durante unos años su consulta privada con la doble finalidad de no cortar bruscamente la relación con sus pacientes y al mismo tiempo conseguir unos ingresos que ayudaran a mantener su estatus.

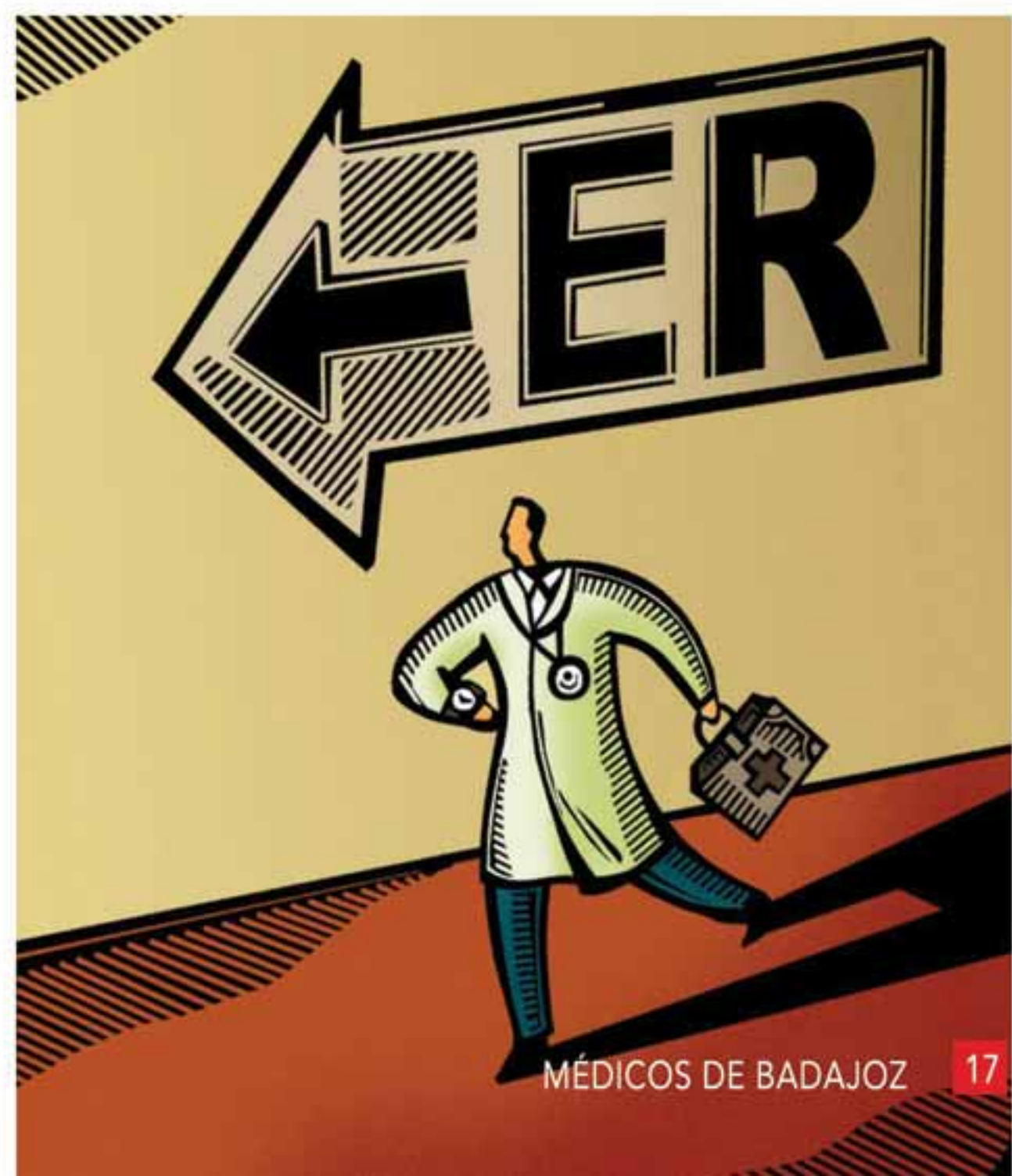
Por el año 1970 se establece una normativa oficial para esta compatibilización y así se ha estado haciendo, y de hecho se sigue haciendo. Con la llegada de la crisis económica se aprovecha para intentar cambiar la situación y en mayo de 2011 se produce un intento de incompatibilizar pensión y consulta por parte del Congreso de los Diputados, una norma que se empezaría a aplicar desde el 1 de julio de ese año y que afectaría a los médicos que se jubilaran a partir de esa fecha y sin carácter retroactivo. La rápida movilización del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCM), que contó con el apoyo de la minoría catalana, consigue que no se lleve a cabo dicho propósito.

Esa orden TIN/1362/2011 -que no está derogada pero que de momento se encuentra en suspenso- establecía una incompatibilidad absoluta de pensión-consulta privada sin excepción para médicos y abogados, que hasta ahora mantenían la compatibilidad. Con el revuelo que se suscita y la movilización del CGCM, el Gobierno publica la disposición adicional 37-2011, que establece que éste presentará un proyecto de ley que regulará pensión y consulta privada, y que mientras éste no se publique se mantiene el criterio anterior a la Orden TIN/1362/2011, es decir, la compatibilidad pensión-consulta privada.

Esta disposición adicional 37, para complicar más las cosas, incorpora un apartado 4 que dice textualmente: "el percibo de la pensión de jubilación será compatible con la realización de trabajos por cuenta propia cuyos ingresos anuales totales no superen el salario mínimo interprofesional (SMI) en cómputo anual". Todos los expertos consultados, como son los prestigiosos bufetes de Madrid de Lorenzo y Gómez-Acebo&Pombo, coinciden en que esto parece un resquicio claro para la compatibilización pensión-consulta, aunque a expensas de cualquier investigación por la inspección de trabajo de la Seguridad Social.

En estas estábamos cuando se publica el Real Decreto Ley 5/2013 de Medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral de los trabajadores de mayor edad y promover el envejecimiento activo. Este RDL compatibiliza cualquier trabajo con el cobro del 50% de la pensión.

Según Fernández Orrico, profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, esta medida no afectaría a los profesionales de la sanidad, al recogerse en este RDL que: "la modalidad de jubilación requerida en este capítulo se entenderá aplicable sin perjuicio del régimen jurídico previsto para cualesquiera otras modalidades de compatibilidad entre pensión y trabajo, establecidas legal o reglamentariamente". Por lo que debe considerarse, según el citado profesor, que se mantiene la regulación anterior, es decir, la plena compatibilidad entre la pensión de jubilación de la Seguridad Social y la consulta privada por cuenta propia.







## TIEMPOS NUEVOS PARA PROBLEMAS VIEJOS

**DR. MANUEL FERNÁNDEZ CHAVERO**  
**VOCALÍA DE MEDICINA PRIVADA POR CUENTA AJENA**

Estimados compañeros: antes de nada quiero daros las gracias por la confianza depositada en esta vocalía. Iniciamos una segunda andadura y lo hacemos exactamente con las mismas ideas y convicciones, pero también, si ello fuera posible, con mayores ilusiones que en la primera ocasión. Ahora nos conocemos y será más fácil la colaboración, la ayuda y la complicidad ante los retos que generan los problemas comunes. En la Vocalía de Medicina Privada por Cuenta Ajena hay una gran variedad de situaciones contractuales. Hay una dispersión grande y es bien sabido que cuanto mayor sea esa dispersión menor es la homogeneidad y, por tanto, menor es la posibilidad de aunar esfuerzos en pos de un objetivo común. No olvidemos que cuanto más solos, más débiles, y cuanto más débiles, más vulnerables.

Los objetivos de esta vocalía -siempre ayudada, respaldada y apoyada por la Vocalía de Medicina Privada por Cuenta Propia y, como es lógico, por el resto de vocalías y por la Comisión Permanente- son:

1. Luchar por nuestra supervivencia, respeto, espacio y aprovechamiento en el Sistema Nacional de Salud.
2. Darnos a conocer y difundir nuestra importante y necesaria aportación asistencial, a veces complementaria y a veces suplementaria del sistema público.
3. Establecer medios de comunicación y coordinación con el servicio público, inspección y médicos de familia, para la buena y eficaz gestión de las I.T., las pruebas complementarias, etc.
4. Facilitar nuestra formación continuada. En este aspecto creo que la nueva Vocalía de Formación y el enorme proyecto de Saber Medicina serán pilares básicos.
5. Reconocer nuestra carrera profesional en los mismos términos que la sanidad pública.
6. Establecer unas vías de diálogo, información y asesoramiento con nuestro colegio y con aquellos mecanismos colegiales que faciliten y ayuden a la consecución de los objetivos.
7. Estar pendiente de la especialidad de medicina de urgencias y, en caso de concretarse, luchar por la inclusión de aquellos compañeros que acrediten el tiempo y la dedicación que se exija a los compañeros de la sanidad pública.
8. Estar pendiente de la normativa sobre envejecimiento activo, del nuevo decreto sobre jubilaciones y de toda aquella norma que nos afecte en este período 2013-2017.
9. Asistir a todos los actos de nuestro colegio y a todos aquellos en los que esta vocalía deba tener presencia.
10. Participar activamente en la revista colegial y en aquellas comisiones para las que sea requerida.

Como veréis, los objetivos son ambiciosos, pero la ambición se convierte en virtud cuando nos conduce al éxito.

Como ya dijera Homero en el siglo VIII A.C.: "llevadera es la labor cuando muchos comparten la fatiga". Sólo con la ayuda de todos vosotros será posible hacer realidad estos objetivos. Os pido vuestra ayuda, vuestra colaboración, vuestras ideas y vuestras críticas.

Hemos iniciado esta segunda legislatura con una primera reunión nacional de vocales provinciales en la sede de la OMC el 15 de noviembre. El orden del día se inició por la mañana, con la celebración de una jornada, bajo el título: Jornada sobre los problemas actuales del ejercicio médico privado.

En el transcurso de la misma se realizó la presentación del libro La previsión social de los profesionales sanitarios de la sanidad privada, de D. Francisco Javier Fernández Orrico. La obra está a disposición de todos vosotros en la sede colegial. Incluso se puede adquirir por un precio casi simbólico.

En cuanto a la reunión de vocalías, hubo un punto que protagonizó prácticamente toda la jornada: Problemática de la relación contractual con las compañías aseguradoras. Propuesta de acciones a tomar ante las comunicaciones de cese en la prestación de servicios a los profesionales.

Todos los médicos que nos dedicamos al ejercicio privado estamos siendo connotados de despidos unilaterales por parte de las compañías de seguros. Después de unos pocos, o muchos, años de trabajo para las compañías, de pronto un día se recibe una comunicación de alguna de ellas donde se nos informa de que prescinde de nuestros servicios y de que proceden a darnos de baja en sus cuadros médicos. Ante esta situación siempre surgen las mismas interrogantes: ¿qué he hecho para que me echen?, ¿en qué he fallado? Si los asegurados acuden a mi consulta conformes y satisfechos con mi trabajo y dedicación... En tal caso, ¿por qué mi baja?, ¿por qué a mí?, ¿tengo algún derecho?, ¿tengo protección jurídica?, ¿es posible una defensa?

Todas estas interrogantes producen una mezcla de desasosiego, de incredulidad, de indefensión y de rabia. Ante esta situación, lo primero que tenemos que tener claro es: ¿qué relación contractual me une con esta compañía?

Es bien sabido que las relaciones contractuales no se determinan por el nombre que le otorgan las partes, sino por la realidad de las funciones que tengan lugar en cada caso concreto. De ello se deduce algo fundamental: cada relación particular y



concreta exige un análisis específico (sentencia del Tribunal Supremo de 23 de abril de 2001).

El criterio general para calificar una relación contractual como laboral es que concurren dos requisitos: DEPENDENCIA Y AJENIDAD. Existirá un contrato laboral siempre que concurren ambos requisitos en la prestación de los servicios, sea cual sea la denominación que al contrato hayan otorgado las partes. Estos dos requisitos lo distinguen del contrato de arrendamiento de servicios, regulados por el Código Civil (sentencia de 9 de diciembre de 2004, dictada en el recurso de casación para la unificación de doctrina nº 5319 / 2003).

### REQUISITO DE DEPENDENCIA

Para que una relación de servicios se considere como laboral debe tener lugar dentro del ámbito de organización y dirección del empleador. Habrá que valorar y tener en cuenta:

- Asistencia al puesto de trabajo del empleador o al lugar de trabajo designado por éste.
- Sometimiento a un horario.
- Desempeño personal del trabajo.
- Inserción del trabajador en la organización del trabajo del empleador, que a su vez se encarga de programar su actividad.
- Inserción del trabajador dentro del esquema jerárquico de la empresa, debiendo, por tanto, cumplir las órdenes, mandatos o directrices que se le impongan.
- Subordinación del trabajador a una o varias personas que tengan facultades de mando.
- Sumisión del trabajador a las normas disciplinarias de la empresa.

Por el contrario, no puede hablarse de relaciones laborales cuando el trabajador dispone de organización propia y se comporta como empresario laboral.

### REQUISITO DE AJENIDAD

Con carácter general, se considera que concurre este requisito cuando el trabajador no soporta los riesgos del trabajo, sino que son asumidos por el empresario. Entre los indicios comunes de Ajenidad tenemos:

- La entrega o puesta a disposición del empresario por parte del trabajador de los servicios realizados.
- Adopción por parte del empresario y no del trabajador de las decisiones concernientes a las relaciones de mercado o de las relaciones con el público, como fijación de precios y tarifas, selección de clientela e indicación de personas a atender.
- El carácter fijo o periódico de la remuneración.
- El cálculo de la retribución o de los principales conceptos de la misma con arreglo a un criterio que guarde una cierta proporción con la actividad prestada.

En cualquier caso, se trata siempre de establecer criterios de laboralidad. Entre ellos tenemos:

- Percepción de una retribución garantizada a cargo no del paciente sino de la entidad de asistencia sanitaria en función de una tarifa predeterminada por actos médicos realizados.
- Percepción de honorarios en función de un coeficiente por el número de asegurados atendidos o atendibles.

También os aconsejo leer la sentencia del Tribunal Supremo del 11 de diciembre de 1989.

El 15 de noviembre fue el último día para que las compañías aseguradoras se unieran al nuevo convenio. Continúan Adeslas, Asisa, DKV e Iguatorio Médico. Ha salido Sanitas. El acuerdo es para el año 2014 y el cuadro médico presentado a la fecha del concierto no pueden modificarlo (salvo situaciones extraordinarias) hasta el final del convenio. Por tal motivo, no deben producirse bajas o despidos hasta el 31-12-2014.

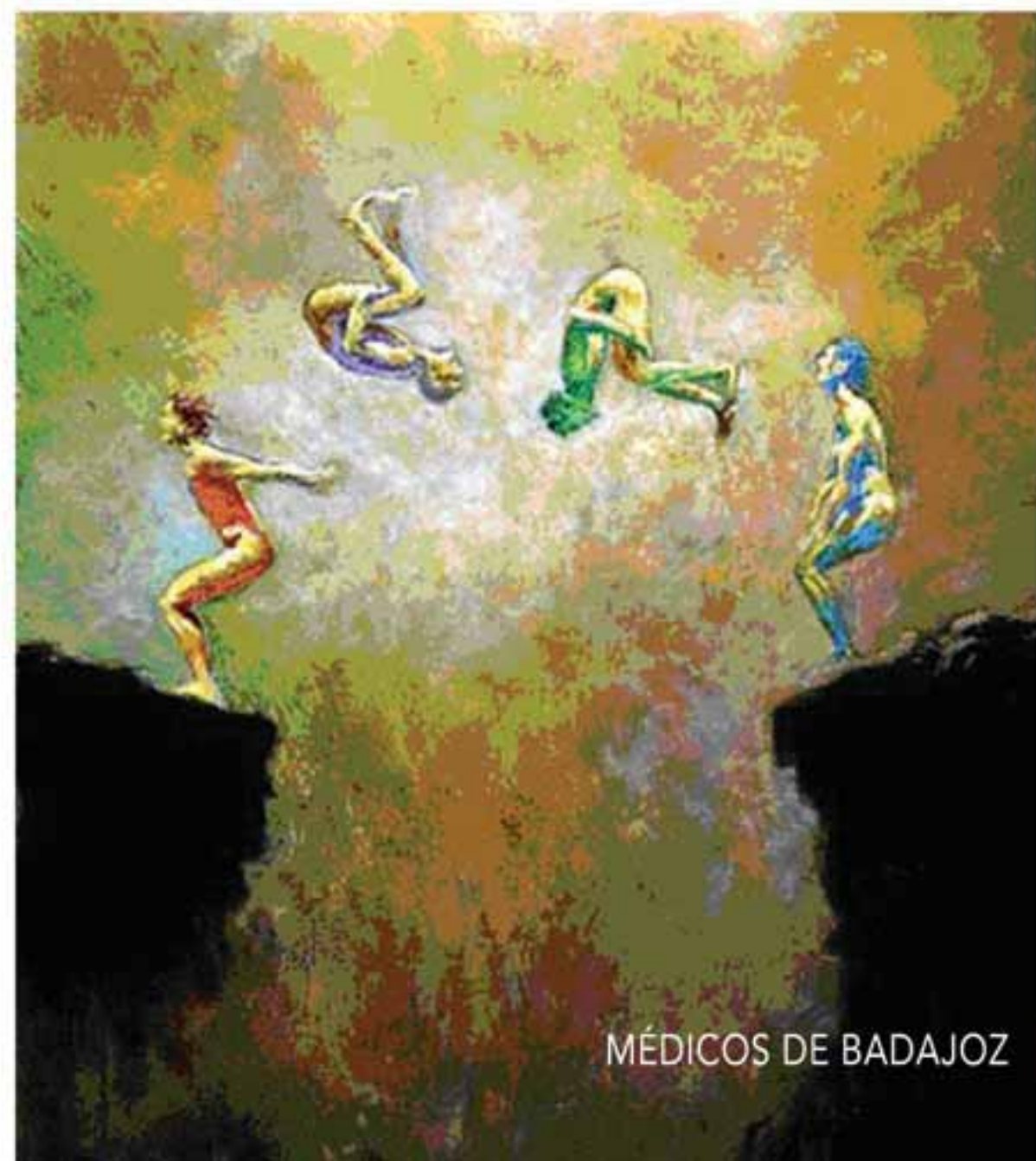
De todo lo anteriormente expuesto, sólo puede sacarse una conclusión. Aquellos compañeros que se vean inmersos en un caso similar deben:

- Ponerse en mano de la Asesoría Jurídica colegial o de cualquier otra de su confianza.
- Estudiar detalladamente cada caso.
- Conocer la relación laboral que les une con las distintas compañías.
- Situaciones idénticas han generado sentencias distintas en distintas provincias, lo que nos lleva a aconsejar que hay que estudiar y luchar cada caso como si fuera único.
- Solicitar amparo al colegio.

Quisiera terminar este escrito con una llamada a la solidaridad. Sanidad pública-sanidad concertada-sanidad privada: ¿qué más da?, ¿no son todas ellas lo mismo?, ¿no persiguen la misma meta?, ¿acaso el objetivo final no es el bienestar social, el bienestar de las personas, nuestro propio bienestar?

Sólo desde la solidaridad se podrá evitar el mensaje que os he querido transmitir con la foto elegida para este artículo. Si nos damos la espalda, si evitamos ayudarnos, si pensamos que nuestra individualidad es suficiente, estaremos tirándonos al vacío, inmolándonos en nuestro propio egoísmo.

No puedo menos que terminar haciendo de nuevo mención a una frase de Oliverio Girondo: "solidario por predestinación y por oficio. Solidario por atavismo, por convencionalismo. Solidario a perpetuidad. Solidario de los insolidarios y solidario de mi propia solidaridad".





## ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN CON EL MINISTERIO

EL FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA HA FIRMADO UN ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN CON EL MINISTERIO DE SANIDAD, PRESENTADO EL PASADO OCTUBRE EN UNA CONFERENCIA, CON ANUNCIO MINISTERIAL DE UNA SERIE DE IMPORTANTES MEDIDAS QUE DAMOS A CONOCER POR SU INTERÉS.



Hay que poner este pie de foto.

La Conferencia de Presentación de los Pactos para la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud ha reunido a 500.000 profesionales para desarrollar los acuerdos firmados entre la ministra y los médicos y enfermeros el 30 de julio. También estuvieron presentes la mayoría de los consejeros de salud autonómicos, incluido el de Extremadura, Luis Alfonso Hernández Carrón, "como responsables de la gestión sanitaria y el papel central que se les otorga en el diseño, la implementación y el desarrollo del pacto presentado", según refería la ministra.

La ministra Mato ha destacado que "su compromiso como responsables de la gestión sanitaria les concede un papel central en el diseño, la implementación y desarrollo del pacto". Sin embargo, este compromiso se extiende a otra profesión, los farmacéuticos, que tal y como ha adelantado la ministra, han pedido sumarse al proceso de diálogo y al acuerdo. También se han iniciado conversaciones con asociaciones de pacientes.

Para facilitar este diálogo, la ministra ha adelantado la creación de "un marco estable para el diálogo abierto con médicos y enfermeros". Se trata del Foro de las Profesiones

Sanitarias Tituladas, cuyo proyecto legislativo, que requerirá la modificación de la Ley Orgánica de las Profesiones Sanitarias, se presentará próximamente. Una ampliación del actual Foro de la Profesión Médica, constituido por el Consejo General de Colegios Médicos, la Federación de Sociedades Científicas, la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

*El pacto entre el Foro de la Profesión Médica, de Enfermería y el Ministerio de Sanidad, firmado el en julio, culminó el 21 de octubre con una Conferencia de Presentación de los Pactos para la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud, celebrada en la sede del Ministerio de Sanidad, donde se explicaron y concretaron los puntos de un acuerdo con tres ejes: Pacto por la Sanidad, Recursos Humanos y Gestión Clínica.*





## EL COMPROMISO DE LA MINISTRA

*Mato se ha comprometido a estudiar las medidas que plantean médicos y enfermeros en materia de ordenación profesional y gestión clínica. "Somos conscientes de que para su plena efectividad habrá que introducir cambios normativos y adopción de medidas por parte de las consejerías y servicios autonómicos". Ha matizado que "no sería acertado reducir todo a un enfoque económico y presupuestario", pues la sostenibilidad "también depende de problemas organizativos, de cultura de gestión y de política de recursos humanos".*

## Registro de profesionales, a principios del próximo año



En este ámbito, la ministra ha anunciado la presentación, en breve, de un paquete de 50 propuestas sobre política y gestión de recursos humanos, para su valoración por el Consejo Interterritorial. Asimismo, ha adelantado que a principios de 2014 verá la luz el Real Decreto que regulará el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

Otro proyecto normativo de próxima publicación será el Real Decreto que regula la troncalidad. Y también se está ya tramitando el Real Decreto de equivalencias, que supondrá "una verdadera apuesta por la movilidad de nuestros profesionales y la seguridad del reconocimiento igualitario en todo el Sistema Nacional de Salud". Se trata de propuestas que figuran en el Libro Blanco que ha elaborado la Universidad Rey Juan Carlos con la colaboración del Consejo Asesor de Sanidad, en el que participan los presidentes de los Consejos Generales de las distintas profesiones sanitarias.

También aseguró que llevará al próximo Consejo Interterritorial del SNS una propuesta de acuerdo sobre la integración de médicos y enfermeros APD y de Zona y Cupo, "con el fin de que las dificultades existentes se puedan resolver con criterios de flexibilidad y con un amplio horizonte

temporal, según han empezado a hacer algunas CC.AA.". Respecto al nuevo modelo de gestión clínica, dijo que está en estudio y colaboración con CC.AA. y con profesionales para su aplicación en el SNS. Quizás sea éste uno de los aspectos más polémicos y que más recelo genera entre algunos sectores médicos, por el posible cambio de régimen jurídico que conlleva, al pasar del régimen estatutario a un arriesgado régimen laboral. Esto, junto con las dudas de la aplicación real del pacto, ya que las competencias en materia de recursos humanos llevan años transferidas desde el Gobierno central a las comunidades, son los puntos débiles críticos destacados del pacto. De hecho, Mato recordó que "el proceso de negociación y pacto no se cierra con la firma del mismo, queda camino por recorrer. Las CC.AA. y los grupos políticos pueden, con sentido de responsabilidad social y política, lograrlo. Así lo piden los médicos y enfermeros".

El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Dr. Juan José Rodríguez Sendín, pidió a los consejeros de sanidad de las diferentes comunidades autónomas que "nos ayuden a cumplir con estos acuerdos para intentar, con compromiso, sacar adelante el SNS porque no hay otra alternativa mejor".



**JULIO**



ALTAS



BAJAS



FALLECIMIENTOS

Espejo Yep	Alberto	06/08/42957	Ldo. Medicina
Guillén Álvarez	Paloma E.	06/06/06710	Lda. Medicina
Muñoz Reyes	M <sup>a</sup> del Carmen	06/06/06711	Lda. Medicina
González Ascarza	María	06/06/06712	Lda. Medicina
Mahecha García	Alba Catherine	06/07/08184	Lda. Medicina
De la Cruz Díaz	Gissel	06/28/67686	Lda. Medicina
González García	Raúl	06/28/55893	Cirugía Oral y Maxilofacial
Hernández Romera	Lucía	06/06/06713	Lda. Medicina
Urbano Cansado	José Antonio	06/06/06714	Ldo. Medicina
Lazo Jorge	Miguel S.	06/08/46546	Ldo. Medicina, Homologado
Morales	Leandro	06/06/06715	Ldo. Medicina
Jiménez Navarro	Mariana	06/06/06716	Lda. Medicina
Carrera Haché	Pura Juliana	06/10/04071	Aparato Digestivo
Membrillo Lucena	M <sup>a</sup> Guadalupe	06/06/06377	Pediatría
Piña Alcántara	Yonil Gregorio	06/28/65364	Ldo. Medicina
Colombo Stenstrom	Juan José	06/06/06717	Ldo. Medicina
Seva Delgado	Antonio E.	06/06/06718	Ldo. Medicina
Amador Penco	Luisa M <sup>a</sup>	06/06/06719	Lda. Medicina
Benguigui Benadiva	Jacob Meir	06/29/08326	Anatomía Patológica
Casanova González	María José		Traslado a Madrid
González Heredia	Raquel		Traslado al extranjero (EEUU)
López Domínguez	Rebeca		Traslado al extranjero (Francia)
Foronda Rojas	Andrés Rodrigo		Traslado a Valencia
Díaz Baquero	Inés		Traslado a Cáceres
Hernández de la Rosa	Juan Luis		fallecimiento

**AGOSTO**

Corrales Mera	José Antonio	06/11/08926	Cirugía Cardiovascular
Serrano Arias	José Manuel		Traslado al extranjero (Suecia)
Cabrera García	Rodolfo		Traslado a Sevilla
Casique Zambrano	Lilian Mercedes		Traslado a Madrid
Calvo Cano	Antonia María		Traslado a Barcelona
Baltasar Tello	Itziar		Traslado al extranjero (EE. UU.)
López de Ayala Granda	M <sup>a</sup> Dolores		fallecimiento
Ruíz Castellano	Ramón Carlos		fallecimiento
Gerona de la Figuera	Federico		fallecimiento



**SEPTIEMBRE**

Casquet Gómez	Ana Belén	06/06/06720	Lda. Medicina
García Caruezo	Verónica	06/06/06721	Lda. Medicina
Cardesa Cabrera	M <sup>a</sup> Rocío	06/41/15959	Hematología y Hemoterapia
Albano del Pozo	Ana Belén	06/06/06722	Lda. Medicina
Seva Delgado	Antonio Eloy		No necesaria colegiación
Membrillo Lucena	M <sup>a</sup> Guadalupe		Traslado a Cáceres
García Sánchez	Cristina		Traslado a Sevilla
Rodríguez González	Lucía Amparo		Traslado a Sevilla
De la Cruz Díaz	Gissel		Traslado a Madrid
Torres Solís	Ignacio		Traslado a Vizcaya
Urquiola Martínez de Lizarduy	Margarita		Traslado al extranjero
Carrillo Tamayo	José Edison		Traslado a su país

**OCTUBRE**

Costa Mendoza	Francisco Vte.	06/41/15680	Ldo. Medicina
Galán Bueno	Laura	06/06/06723	Lda. Medicina
Prieto Zazo	M <sup>a</sup> del Carmen	06/06/06724	Lda. Medicina
Pires e Santos de Martins Gonçalves	Pedro Alexandre	06/06/06726	Ldo. Medicina
Oliveira Azevedo	Lilia Mariana	06/06/06725	Lda. Medicina
Gómez Sánchez	Israel	06/06/06727	Ldo. Medicina
Pérez Álvarez	Antonio	06/06/06728	Ldo. Medicina
Exalus	Diara Jihane	06/06/06729	Lda. Medicina
Shub Skorniakov	Maxim	06/11/08788	Urología
Pérez Rodríguez	Andrés S.	06/06/05029	Cirugía y Traum.y MF y C.
Serrano Arias	José Manuel	06/06/05496	Medicina Familiar y Comunitaria
Martín Rodríguez	Ignacio		Traslado a Málaga
Lazo Jorge	Miguel		Traslado al extranjero
Palacios del Valle	M <sup>a</sup> Elena		Traslado a Cádiz
Manzano Carmona	Rosa		Traslado a Vizcaya
García Martínez	Elba Rosa		Traslado a Cáceres
Ocón Revuelta	Elisa María		Traslado a Ciudad Real
Morillo Blanco	M <sup>a</sup> Lorena		Traslado a Ciudad Real
Del Águila Díaz	Manuel		fallecimiento

ALTAS
  BAJAS
  FALLECIMIENTOS





# UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

#### PROMOCIÓN 2019-2020







# EXTREMADURA

## DE MEDICINA EN MEDICINA CIÓN XXXV



Benitez Rodriguez Don Julio    Gañán Presmanes Doña Yolanda    Fernández Vigo Don José    Bajo Gómez Don Roberto    Muñoz Sanz Don Agustín



Tormo García Doña M<sup>a</sup> Ángeles (Vicedecana)    Morán Penco Don José Miguel (Padrino)    Rodríguez Santos Doña Laura    Carrillo Norte Don Juan Antonio    Galán Gómez Don Enrique    Pérez Rodríguez Doña Coronada    Salas Martínez Don Jesús    Meireles Da Silva G. Ribeiro Don Joao N.    Rodríguez Macías Don Domingo    Bueno Jiménez Don Cristóbal    Cordero Torres Don Remigio



Berrocal Acevedo Elena    Borrego Díez Alejandro    Botet Gómez Rosario    Calvo Cillán Alicia    Cambrero Honrubia Isabel    Campanón Toro M<sup>a</sup> del Valle    Casero González María Marina    Chacón González Miriam    Chamizo Gallego Juan Pablo    Chamorro Bonítez Sergio    Chavero Méndez Belén



Espinosa González Alicia    Flores Rivera Cristina    Forte Guerrero María    García Calderón Javier    García-Cancho Sánchez Miguel    García Durán Carmen    García Montero Pablo    García Moreno Daniel    García Muñoz Alejandro José    García Ruiz-SantaQuiteria M<sup>a</sup> Isabel    Gibellino Coelho Achoga Duarte



Lledó Gómez Marta    López Gómez-Tostón María    López Masegosa Alberto Vicente    Lozano Real Lorena    Magno Serrano Joao    Márquez Trinidad Antonio    Martín Andújar Sandra    Martín Carrasco Bárbara    Martín Chamorro María    Martínez Acevedo Marta    Martínez Carapeto Ana M<sup>a</sup>



Nieto Carrascosa Saray    Nieto-Guerrero Gómez José M<sup>a</sup>    Olivas Menayo Jesús    Oreja Durán Zoraida de la Soledad    Ortega Rey Cristina    Palacios Loro M<sup>a</sup> Luisa    Palomo Herrera Larisa    Pascual Moreno Patricia    Paz Cabrera Blanca    Pazos Rodríguez Beatriz    Pecero Hormigo M<sup>a</sup> del Carmen



del Oliveira Cristina    Regaña Feijóo M<sup>a</sup> José    Rocha Romero Santiago    Rodríguez García M<sup>a</sup> Isabel    Rodríguez Godoy Clara Eugenia    Rojas Leandro Álvaro    Rojo Espada Beatriz    Román Pons Silvia    Romero Carmona María    Romero Castro M<sup>a</sup> José



Torosano López Daniel    Torres Serrano Leticia    Turégano Yedro Miguel    Turpin Vaz Lopes Estefanía    Vaquerizo Vaquerizo Virginia    Vaquero Martínez Marta    Velardo Andrés Christian    Vicho González M<sup>a</sup> Cristina





## JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ONCOLÓGICA EXTREMEÑA (AOEX)

LOS DÍAS 7 Y 8 DE NOVIEMBRE DE 2013 NUESTRO SALÓN DE ACTOS ACOGIÓ LAS JORNADAS SOBRE CÁNCER EN EXTREMADURA, ORGANIZADAS POR LA ASOCIACIÓN ONCOLÓGICA EXTREMEÑA (AOEX).



Tras la inauguración de las jornadas de AOEX: El Director de Janssen Ibérica; el presidente del icomBA, el Dr. Hidalgo; la presidenta de AOEX, Dña. Isabel Rolán; el alcalde de Badajoz, D. Francisco J. Fragoso, y el gerente del SES, el Dr. García Guerrero.

El acto de inauguración estuvo presidido por el alcalde de Badajoz, Francisco J. Fragoso; el Director Gerente del SES, el Dr. Joaquín García Guerrero; el presidente del icomBA, el Dr. Hidalgo, y la presidenta de la asociación, Dña. Isabel Rolán Merino.

Durante las jornadas se trataron temas relativos al cáncer de mama, de próstata y el cáncer hematológico, con un enfoque dirigido tanto a los pacientes como a los cuidadores y profesionales médicos relacionados con estos tumores.

Dentro del programa de estas jornadas estaba incluida una Cena Solidaria que tuvo lugar en el Hotel Río el viernes 8 de noviembre, en el transcurso de la cual se hizo entrega de la distinción "Socio de Honor" a este Ilustre Colegio de Médicos por el apoyo y colaboración incondicional que se viene prestando a esta asociación.



D. Francisco Javier Fragoso Martínez, alcalde de Badajoz firma en el libro de honor del icomBA en su primera visita a nuestra sede.



Miembros de la Junta Directiva y de la Comisión Deontológica del icomBA en la cena solidaria de AOEX, donde nuestro colegio recibió de manos de su presidente el premio de Socio de Honor.



Acto de clausura con la presidenta de AOEX, Isabel Rolán; el gerente del SES, el Dr. García Guerrero; y el vicepresidente del icomBA, el Dr. Fernández de Alarcón.

*Durante las jornadas se trataron temas relativos al cáncer de mama, de próstata y el cáncer hematológico, con un enfoque dirigido tanto a los pacientes como a los cuidadores y profesionales médicos relacionados con estos tumores.*



## XXIV CONGRESO DE LA SETO

Durante los días 25 y 26 de octubre de 2013 la Sociedad Extremeña de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SETO) celebró en los salones del Hotel Extremadura de Cáceres su vigésimo XXIV Congreso Regional, dedicado en esta ocasión a las fracturas osteoporóticas. Al acto de inauguración acudió, en representación de nuestro colegio, el Dr. Fernández de Alarcón, vicepresidente de Hospitales del icomBA, acompañado por el presidente de la SETO, el Dr. Gustavo Vega; el presidente del Colegio de

Médicos de Cáceres, el Dr. Arjona; el director médico asistencial del Área de Salud de Coria-Cáceres, el Dr. Hernández Batuecas, y la concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres, la Sra. Dña. María Luisa Caldera Andrada. El comité organizador, presidido por el Dr. Eusebio Hernández Carretero, consiguió que el congreso contara con una importante participación de traumatólogos de todos los hospitales de la región y una numerosa presencia de médicos residentes.



## VIDEOCONFERENCIA CARDIOVASCULAR VIRTUAL TOPICS

El 6 de noviembre de 2013 se celebró en el salón de actos de nuestro colegio una videoconferencia sobre Cardiovascular Virtual Topics. Organizada de forma conjunta con otros colegios de médicos, estaba presente en nuestro salón la Dra. Reyes González, cardióloga y hemodinamista del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Asistieron a dicha conferencia prestigiosos especialistas de nuestra comunidad, de diferentes ámbitos de la sanidad.



La Dra. Reyes González en la videoconferencia.

## Firma del convenio con la Fundación Grünenthal y conferencia sobre "El dolor en nuestra sociedad"



El Dr. Hidalgo, el conferenciante Dr. Luis Miguel Torres, el coordinador de Relaciones Institucionales de la Fundación Grünenthal, D. Francisco José Fernández Vargas, y el Dr. Becerra.

El día 14 de Noviembre de 2013 se procedió a la firma de un convenio de formación con la Fundación Grünenthal. Por parte de dicha fundación firmó su coordinador de Relaciones Institucionales, D. Francisco José Fernández Vargas, y por parte del icomBA su presidente, el Dr. Hidalgo. Tras la firma del convenio se celebró en el salón de actos de nuestro colegio una conferencia titulada "El dolor en nuestra sociedad", a cargo del Dr. Luis Miguel Torres Morera, jefe del servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Puerta del Mar de Cádiz y subdirector de la Cátedra del Dolor de la Universidad de Cádiz. Desde hace más de diez años, la Fundación Grünenthal lleva a cabo distintas iniciativas de apoyo a la investigación, la formación y la divulgación científica y social, dirigidas a mitigar el sufrimiento y el desgaste en la calidad de vida de los pacientes que padecen dolor y deterioro cognitivo.

## ASAMBLEA DE MÉDICOS TITULARES



Mesa presidencial de la asamblea.

El día 5 de noviembre de 2013 se celebró en el Salón de Actos del icomBA una Asamblea de Médicos Titulares para abordar la problemática suscitada acerca de la integración a nivel laboral de los Médicos Titulares APD / Cupo / Zona del Servicio Extremeño de Salud.

Se estudiaron las posibles alegaciones dentro del trámite de información pública en relación con el proyecto de decreto por el que se establece el procedimiento para la integración directa en el régimen jurídico de personal estatutario fijo de los servicios de salud, del personal funcionario sanitario que presta servicios en instituciones sanitarias públicas (DOE 209, de 29 de octubre de 2013).

Intervinieron en la Asamblea: el Dr. Pedro Hidalgo, presidente del icomBA; el presidente del Colegio de Médicos de Cáceres, el Dr. Carlos Arjona; el Dr. Leopoldo Gil, Presidente de Atención Primaria del Sindicato Médico (SIMEX); el Dr. Fernando Tabla, vocal de Médicos de Administraciones Públicas del icomBA, y D. Héctor Galache y D. Rafael Gil, como letrados de la Asesoría Jurídica de licomBA.



## PRESENTACIÓN DEL LIBRO DEL III CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS

EL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2013 SE CELEBRÓ EN EL SALÓN DE ACTOS DE LA SEDE CENTRAL LA PRESENTACIÓN DEL LIBRO DEL "III CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS". RECOGE LOS 25 CASOS MEJOR CLASIFICADOS EN NUESTRO CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS, QUE SE HA CELEBRADO, UN AÑO MÁS, CON GRAN ÉXITO DE PARTICIPACIÓN Y DE CALIDAD EN LOS CASOS PRESENTADOS, TENIENDO UNA TIRADA DE 5.000 EJEMPLARES. PRESIDÓ EL ACTO NUESTRO PRESIDENTE, EL DR. HIDALGO, Y LA PRESENTACIÓN CORRIÓ A CARGO DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE NUESTRO CERTAMEN: EL DR. PÉREZ TORRALBA (PRESIDENTE DEL COMITÉ Y COORDINADOR DEL LIBRO), EL DR. MARTÍN RODRIGO (SECRETARIO) Y LOS DRES. ROMERO REQUENA Y JIMÉNEZ REDONDO (VOCALES).



El Dr. Hidalgo con los miembros del Comité Científico en la biblioteca del icomBA.

## JORNADA SOBRE "TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: CLÍNICA, TRATAMIENTO Y ASPECTOS MÉDICO-LEGALES"



El presidente del colegio con los participantes en las jornadas, la gerente del SEPAD y la gerente de Área de Badajoz-Zafra-Llerena.

El 23 de octubre de 2013 se celebró en el salón de actos del icomBA una Jornada sobre Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Una vez más, de la mano de la asociación de pacientes con este trastorno, el icomBA se abrió a nuestra sociedad para acoger estas jornadas sobre esta enfermedad de indudable impacto social, no sólo para los enfermos, sino también para sus familias y el conjunto de los ciudadanos. Contamos para ello con un magnífico grupo de ponentes coordinado por el presidente de la Asociación Extremeña de Familiares de Afectados por TLP, D. Manuel Márquez Martín. Participaron especialistas, como el catedrático y jefe de

sección de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, Francisco Vaz Leal; el catedrático de la Complutense de Madrid y del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, José Luis Carrasco Perera; el jefe de servicio del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, Vicente Rubio Larrosa, y el profesor de Medicina Legal de la Universidad de Extremadura y presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Badajoz, Mariano Casado. Al acto inaugural acudió la Gerente del SEPAD, Dña. Cristina Herrera Santa Cecilia, y el gerente del Área de salud de Badajoz-Zafra-Llerena, D. Cesar Téllez.



Ponentes y autoridades en su visita a nuestra biblioteca.



## Presentación del libro "Consentir e informar: la responsabilidad del médico", en el XX Congreso de Derecho Sanitario



Foto centro: Letrados, Oficial Mayor y empleados del icomBA presentes en el congreso, en nuestro stand.. Foto izqda. y dcha.: El presidente del icomBA y el Presidente de la Comisión Deontológica del icomBA con la ministra Ana Mato.

Fruto de las jornadas realizadas en el transcurso de este 2013 sobre el consentimiento informado y la responsabilidad del médico, el icomBA ha publicado un libro que recoge todas las ponencias de dichas jornadas.

Para su presentación y tras aceptar la amable invitación que nos hizo D. Ricardo de Lorenzo, una delegación del icomBA- encabezada por nuestro presidente, el Dr. Pedro Hidalgo, el presidente de la Comisión Deontológica, Dr. Mariano Casado, el secretario, Dr. José Alberto Becerra, y nuestros letrados D. José Luis Galache, D. Rafael Gil y D. Héctor Galache, -se desplazó a Madrid los

días 17 y 18 de octubre de 2103 y participó en el XX Congreso de Derecho Sanitario.

Con un stand presente en el congreso, se repartieron más de 500 ejemplares de nuestro libro entre las autoridades y los asistentes, teniendo una magnífica aceptación entre todos ellos.

La inauguración estuvo presidida por la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato Adrover; el secretario de la OMC, D. Serafín Romero; el presidente del Consejo General de Enfermería, D. Máximo González Jurado, y la presidenta del Colegio de Médicos de Madrid, Dña. Sonia López Arribas.

## HOMENAJES A COMPAÑEROS POR SU JUBILACIÓN



**DR. GUILLERMO TÉLLEZ DE PERALTA**  
Rehabilitador (Catedrático de Fisioterapia de la UEX)

El Dr. Guillermo Téllez de Peralta recibe la placa de manos del Dr. Hidalgo.

**DR. JOSÉ LUIS CASTAÑO CASASECA**  
Urólogo del Hospital Infanta Cristina de Badajoz

El homenajeado Dr. Castaño Casaseca con el Dr. Hidalgo entregándole su placa.



**DR. DIEGO CACHERO**  
Jefe de sección de Traumatología del Hospital Infanta Cristina

El homenajeado Dr. Cachero recibe la placa de manos del Dr. Fernández de Alarcón y del Dr. Márquez.

**DR. HORMIGO**  
Médico de familia del EAP de Oliva de la Frontera

El Dr. Hormigo y Sra. con el Dr. Hidalgo en su homenaje.





## XIV JORNADAS MÉDICAS ACCU EXTREMADURA

El 9 de noviembre de 2103 tuvo lugar en el salón de actos de nuestro colegio la XIV Jornada Médicas de ACCU Extremadura, que en esta edición tenía carácter hispano luso, dada la presencia de especialistas de Portugal.



Acto inaugural de las jornadas con el Dr. Domingo Aguilera, el Dr. Pedro Hidalgo y D. Antonio Zambrano.

El 9 de noviembre de 2103 tuvo lugar en el salón de actos de nuestro colegio la XIV Jornada Médicas de ACCU Extremadura, que en esta edición tenía carácter hispano luso, dada la presencia de especialistas de Portugal. Organizada por la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) de Extremadura, contó con la presencia de nuestro presidente en su acto inaugural, acompañado del subdirector médico del Hospital Infanta Cristina, el Dr. Domingo Aguilera, y del presidente de la asociación, D. Manuel Zambrano.



El Dr. Hidalgo acompañado por el Dr. Herrerías Gutiérrez y el Dr. Sánchez Cantos, Médicos de Honor de nuestro icomBA en 2012.

La jornada, dirigida a especialistas del aparato digestivo, médicos de atención primaria, enfermos y familiares, versó sobre los tratamientos actuales de las enfermedades inflamatorias intestinales, su tratamiento quirúrgico y sus manifestaciones extraintestinales, así como sobre el papel que desempeña en el diagnóstico la enteroscopia de doble balón o la incidencia de la cápsula endoscópica en la enfermedad. Las materias fueron expuestas por los especialistas Patricia López, del Hospital Infanta Cristina de Badajoz; Joao Pimentel, del Hospital Universitario de Coimbra (Portugal); Andrés Manuel Sánchez, del Hospital Costa del Sol de Marbella; Miguel Mascarenhas-Saraiva, del Laboratorio de Endoscopia e Motilidad Digestiva de Oporto (Portugal), y Juan Manuel Herrerías, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

## REUNIÓN DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE AGRESIONES DE LA OMC CON EL FISCAL GENERAL DEL ESTADO



El encuentro, celebrado el 5 de noviembre de 2103 en la sede de la fiscalía, abordó la problemática de las agresiones a los médicos. El Observatorio de Agresiones de la OMC - encabezado por los Dres. Rodríguez Sendín y Romero, junto al Dr. José Alberto Becerra, secretario general del icomBA y coordinador nacional del Observatorio - mantuvo una reunión conjunta con el Fiscal General del Estado, Eduardo Torres-Dulce. También participaron por parte de esta institución, los fiscales de la Secretaría Técnica, José Antonio del Cerro y Joaquín Soto.

La situación de las agresiones a médicos en 2012 alcanzó la cifra de 416 casos en España, por lo que podemos afirmar que disminuyeron en un 16% respecto a las registradas el año anterior, registrándose en nuestro colegio un total de 18 agresiones en 2012, bastante menos de las 25 agresiones registradas en 2011, lo que supone un descenso del 28%."

El Sr. Torres-Dulce expresó su solidaridad con los planteamientos expuestos por la corporación médica y se comprometió a establecer un canal de comunicación directo y permanente para el seguimiento de las sentencias recopiladas. Por parte del Dr. Becerra se solicitó al Fiscal General del Estado que se analizaran posibles medidas para abordar los casos de agresiones que se producen en el ámbito privado, de manera similar a como se tratan las agresiones a médicos en el ámbito público. La respuesta que se obtuvo fue que para que se equipararan sería necesario un importante cambio legislativo, algo que consideró sumamente difícil, ya que necesitaría una tipificación especial o una ampliación de la actual tipificación con aplicación de un agravante por la agresión a un médico en las sentencias condenatorias.







## NORMA & ÉTICA RESPECTO A LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

DR. MARIANO CASADO BLANCO. Presidente de la Comisión de Deontología del icomBA y Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC

HASTA NO HACE MUCHO TIEMPO, CUANDO SE PRODUCÍA EL ALUMBRAMIENTO, LA SANGRE PROCEDENTE DEL CORDÓN UMBILICAL ERA DESECHADA. PERO GRACIAS A LOS AVANCES CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS QUE SE HAN IDO ORIGINANDO EN ESTE CAMPO SE HA PODIDO SABER QUE LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL CONTIENE GRAN CANTIDAD DE CÉLULAS ESPECIALIZADAS, QUE PUEDEN SER DONADAS A PACIENTES PARA TRATAR DE BUSCAR UNA SOLUCIÓN TERAPÉUTICA A DIVERSAS ENFERMEDADES.

En 1988, en Francia, tuvo lugar el primer trasplante de sangre de cordón umbilical, a un niño diagnosticado de anemia de Fanconi y, más tarde, en 1991, se realizó otro trasplante a un niño con leucemia mieloide crónica. En ambos casos, el éxito fue grande, lo que abrió las posibilidades a los trasplantes con sangre de cordón umbilical como alternativa a los trasplantes de médula ósea.

A partir de ahí, y dados los beneficiosos resultados obtenidos con esta técnica, fue preciso plantearse una regulación legal respecto a estas prácticas, que como todas plantean valoraciones de tipo ético.



Actualmente, la normativa reguladora de la actividad de donación y obtención de sangre del cordón umbilical se recoge en el Real Decreto (RD) 1301/2006 de 10 de noviembre, la cual hace una trasposición de las directivas europeas, concretamente la 2004/20/CE y la 2006/17/CE.

Básicamente, en este RD se regulan las normas de calidad y seguridad en torno a la donación, obtención, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de células y tejidos humanos, orientado exclusivamente a una finalidad terapéutica, excluyendo, por tanto, las actividades de investigación sobre material biológico humano, que quedan reguladas en la Ley de Biomedicina de 2007.

El modelo español de donación y trasplante de órganos y tejidos se fundamenta en los postulados de solidaridad,

gratuidad, ausencia de ánimo de lucro, necesidad de autorización, consentimiento informado, confidencialidad y secreto, promoción, publicidad y equidad en el acceso al material biológico conservado con fines terapéuticos; y no prohíbe expresamente la existencia de bancos privados para uso autólogo o alogénico intrafamiliar, como bien queda recogido en el preámbulo del RD.

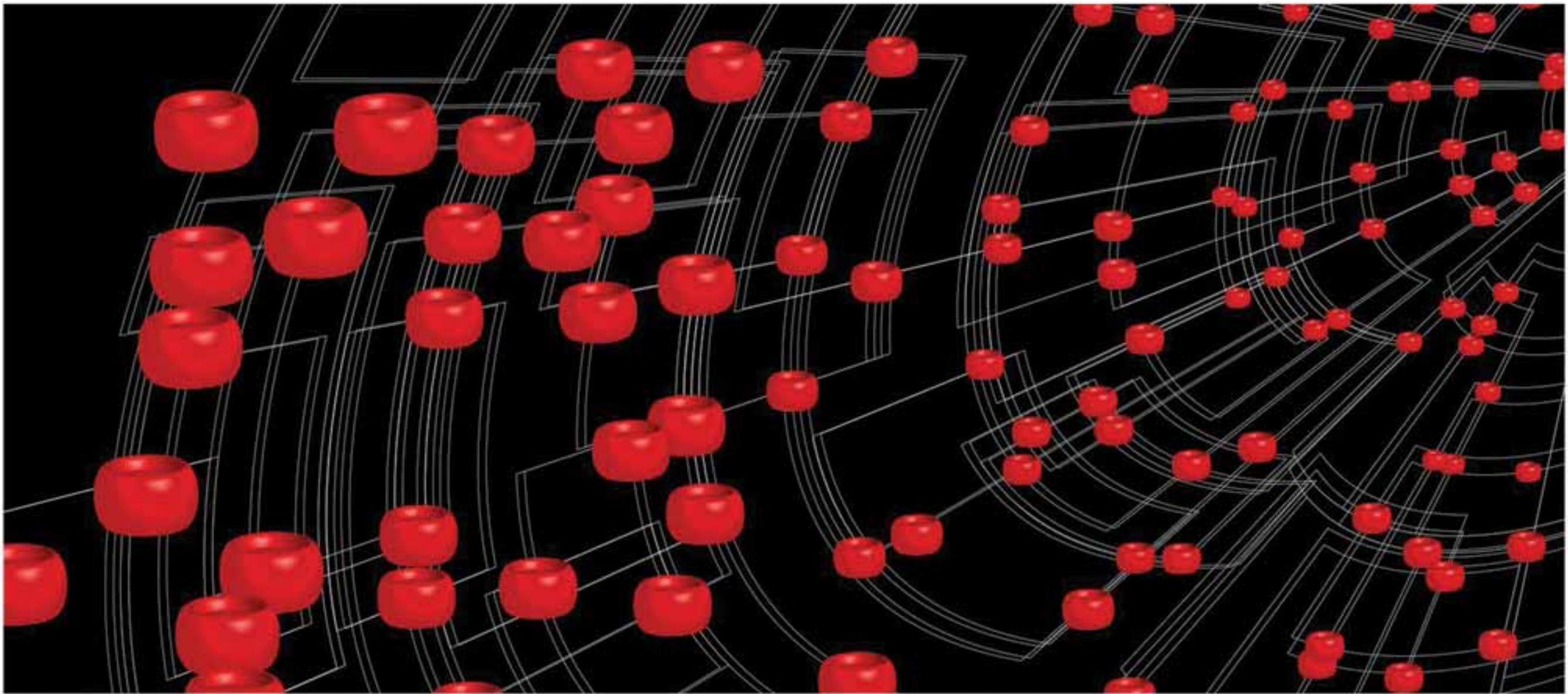
Sin entrar en excesivas puntualizaciones, dado lo limitado del artículo, reflexionaremos acerca de dos cuestiones muy concretas que se recogen en la normativa y que desde mi punto de vista se podrían considerar como restrictivas en diversos aspectos. Nos fijaremos concretamente en la limitación de la autonomía de la voluntad así como en el papel de los bancos privados.

En la actualidad, y sin temor a equivocarme, en nuestro país no hay ningún banco de sangre de cordón umbilical para uso autólogo autorizado, lo que impide conservar sangre del cordón umbilical para este uso de una forma personal y eventual. La única posibilidad contemplada es la donación de dicha sangre tras su recogida y su conservación en un banco público. Pero también existe la posibilidad de utilizar un banco mixto, mediante el cual las muestras autólogas se pueden almacenar en bancos públicos, pero con la condición de que si en un momento determinado la muestra fuera requerida por otra persona ajena al donante, habría que dársela, lo que conlleva un problema contractual muy importante y complejo, en el que no vamos a entrar.

De esta forma, si unos padres desean conservar la sangre del cordón umbilical de su hijo para uso exclusivamente personal y con fines autólogos, deberán enviarla al extranjero, posibilidad que el RD establece y permite, cuestión que resulta algo subjetiva.

*En la actualidad en nuestro país no hay ningún banco de sangre de cordón umbilical para uso autólogo autorizado, lo que impide conservar sangre del cordón umbilical para este uso de una forma personal y eventual. La única posibilidad contemplada es la donación de dicha sangre tras su recogida y su conservación en un banco público.*





Si partimos de la libertad y la autonomía de la voluntad de las personas, en ocasiones estos derechos protegidos constitucionalmente se ven limitados por otras normas del ordenamiento jurídico. El planteamiento es simple. Así, si todas las personas, por el mero hecho de serlo, son titulares de una serie de derechos que le son inherentes a ellos mismos y están unidos a la propia personalidad, como la libertad, la dignidad o la integridad moral, ¿qué ocurre cuando unos padres deciden, en uso de su libre autonomía de la voluntad, destinar la sangre del cordón umbilical de su hijo para un uso autólogo en España? La respuesta legal es sencilla. Éstos verán limitada su decisión, pues la normativa de nuestro país, como indicaba anteriormente, no se lo permitirá y se entra así en conflicto con su libre derecho a decidir dentro de su autonomía de la voluntad, como bien reconoce la propia Ley 41/2002. Ante ello, y si tienen suficientes recursos, básicamente económicos, para poder dar cumplimiento a su deseo, se ven abocados a exportar las células madres al extranjero.

Otra cuestión que igualmente nos planteamos es: ¿por qué la legislación española no permite conservar la sangre del cordón umbilical para uso privado? Los argumentos tanto a favor como en contra de los bancos privados son innumerables. La controversia está servida. Mientras unos esgrimen la inexistencia de base científica, otros manifiestan que se trata de un atentado contra los principios de solidaridad y altruismo, y otros incluso indican que la publicidad de estos bancos genera falsas expectativas e influye en las decisiones de los padres.

Quizás sea porque no cumplen los criterios de voluntariedad, solidaridad, gratuidad y equidad, y además añade la falta de base científica y de respaldo de las instituciones para la conservación de la sangre para uso autólogo. A este respecto,

incluso el Comité de Bioética de España ha lanzado duras críticas a los bancos privados de cordón umbilical, reclamando un mayor control y regulación de sus actividades, alegando posibles consideraciones éticas, por ejemplo con respecto a los tipos de modelos económicos, planteando una competencia con los servicios sanitarios públicos.

Pero, si esto es así, la pregunta anterior la podemos reformular, planteando: ¿por qué la legislación española no permite conservar la sangre del cordón umbilical para uso privado, si por el contrario se salta el precepto legal de dar permiso y autorización al envío de células madres al extranjero sin cumplir los requisitos establecidos? Puede resultar contradictorio, pero es que según indica el artículo 23 del RD 1301/2006, "sólo se autorizará la exportación de tejidos y células si concurren las siguientes circunstancias: b) que exista una razón médica que justifique la exportación". Todos sabemos y conocemos que la decisión que les lleva a los padres a conservar la sangre del cordón umbilical de su hijo recién nacido no se ve amparada en ninguna indicación médica que justifique en ese momento la exportación, sino en cuestiones voluntarias y en previsión de si en un futuro fuese necesario poder utilizar dichas células para su propio hijo o en otro de sus hijos.

Por tanto, viendo la subjetividad de la norma y analizando la situación desde un punto de vista ético, se podría indicar que los bancos de sangre autóloga tienen una limitada aceptación entre los investigadores especializados, las sociedades científicas, los comités de ética y otras instituciones públicas. Por tanto, parece oportuno, desde el punto de vista ético, apoyar la creación de bancos públicos de sangre de cordón umbilical, por precisas razones médicas y sociales y, sobre todo, basándonos en el principio de justicia y solidaridad humana.



### 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 250 palabras, al correo electrónico: [medicosdebadajoz@hotmail.com](mailto:medicosdebadajoz@hotmail.com)



# DOMINGO LÓPEZ REDONDO

PRESIDENTE DEL COLEGIO DEL LICENCIADOS EN CIENCIAS DEL DEPORTE

*"Es esencial para la profesión contar con un marco legal para luchar contra el intrusismo".*



## ¿Cuál es la principal preocupación actualmente de su colegio?

Uno de los puntos fundamentales de nuestra labor al frente del colegio es el reconocimiento legislativo de nuestras competencias profesionales como licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. En este sentido, nos complace comunicar que se ha dado un paso muy importante al publicarse el Anteproyecto de Ley por el que se regularán las competencias profesionales en el deporte de Extremadura. El colegio se encuentra muy presente en todas estas negociaciones, colaborando de forma activa en la elaboración de dicho borrador, que esperamos en pocos meses sea ya una realidad.

Es esencial para nuestra profesión contar con un marco legal que caracterice y delimite cuáles son las funciones y competencias de los profesionales, y así poder luchar contra el intrusismo laboral que tanto nos atañe.

## ¿Qué servicios ofrece la corporación?

Nuestro colegio está renovándose con la incorporación de gente joven con ganas e ilusión por seguir avanzando en el reconocimiento de nuestra profesión. Aunque somos un colectivo modesto, contamos con una serie de servicios destinados a que nuestros colegiados se sientan valorados y respaldados: seguro de responsabilidad civil, asesoría jurídica (tanto a nivel regional como nacional), bolsa de empleo, información trimestral a través del INCOEX (revista oficial del colegio), organización de cursos de formación y perfeccionamiento, servicio de biblioteca, atención personalizada y convenios con empresas (descuentos y contratación de colegiados).

## ¿Están haciendo actividades con adolescentes o jóvenes en el ámbito de la educación?

Actualmente no existen actividades relacionadas con este campo, donde estemos interviniendo directamente, aunque nuestra voluntad es siempre la de colaborar y poder apoyar iniciativas de promoción de la actividad física deportiva en diferentes colectivos. Por lo tanto, siempre buscaremos establecer

relaciones de mutua colaboración con organismos públicos y privados afines a esta causa, como es por ejemplo el programa de actividad física saludable Extremadura en Forma. Cuenta con el respaldo del colegio, pues está avalado por profesionales licenciados que desempeñan su trabajo con colectivos tan diferentes como son mayores, discapacitados, drogodependientes y adolescentes, mediante charlas sobre la importancia de la alimentación y la actividad física como medio de prevención de una de las principales lacras de esta sociedad: la obesidad infantil.

## Para conocerles mejor, nos gustaría que nos relatase una breve historia de su Colegio.

Como ya he comentado, somos un colegio joven, creado el 14 de octubre de 1998, por lo que apenas contamos con 15 años de existencia. Desde su creación, siempre hemos estado ligados a la Facultad de Ciencias del Deporte, por lo que las relaciones y el entendimiento con este organismo es máximo. Desde entonces, el objetivo principal siempre fue el de ordenar la profesión dentro del marco legal, en el ámbito de su competencia y velar por los intereses de nuestro colectivo.

Como reseña, algunas de las actuaciones relevantes del colegio más recientes: aportación, difusión y promoción de la implantación de la optativa de educación física en 2º de Bachillerato; revisiones sistemáticas legislativas – como la regulación del Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX) y la ley de ordenación del ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura -; y prestación de servicios de peritaje de pruebas físicas en las oposiciones a bomberos de la Diputación de Badajoz. También hemos solicitado que el colegio forme parte del proyecto GUESSS para elaborar un informe que nos permita comparar el grado de emprendimiento de nuestros estudiantes con datos a nivel mundial.



¡Visita la **NUEVA WEB** del colegio en [www.combadajoz.com](http://www.combadajoz.com)!

Por correo postal te enviamos tu **CLAVE DE ACCESO** del área restringida de colegiados. Si no la tienes y necesitas una nueva ¡¡**SOLICÍTANOSLA!**!

Además, te recordamos que puedes venir al Colegio a recoger tu **CARNÉ ELECTRÓNICO DIGITAL**



BANCO SANTANDER TE TRAE UNA OFERTA  
ESPECIALMENTE PENSADA PARA TI.



Porque en el Santander **apoyamos a los médicos**, acércate a cualquiera de nuestras oficinas y te informaremos de una oferta muy especial que hemos pensado para ti. Además, recuerda que con el Santander no pagas comisiones de servicio<sup>1</sup> gracias al **plan "Queremos ser tu banco"**.

Pertenecer a él es muy fácil, y podrás disfrutar de ahorros en grandes marcas<sup>2</sup> que te ayudarán a ahorrar en tu día a día.

Queremos  
**ser tu banco**

 **Santander**  
un banco para tus ideas

bancosantander.es  
bsan.mobi



# DR. VICENTE CABALLERO PAJARES

COORDINADOR DE LA ESCUELA DE SALUD DE CASTUERA



EL PASADO 9 DE MAYO DE 2013 SE INICIÓ EN LA LOCALIDAD DE CASTUERA UN PROYECTO NOVEDOSO, PARTICIPATIVO Y GLOBALIZADOR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CUENTA CON PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DE ESTA LOCALIDAD, COORDINADOS POR EL DR. VICENTE CABALLERO PAJARES, MÉDICO DEL EAP DEL C.S. DE CASTUERA Y CON LA COLABORACIÓN INESTIMABLE DEL AYUNTAMIENTO.

*Dichos profesionales pretenden formar e informar a la ciudadanía en hábitos saludables, manejo de patologías crónicas, talleres en habilidades prácticas, etc., mediante sesiones presenciales y el empleo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs).*

*Para su inauguración contamos con la presencia del Dr. Juan Luis Cordero Carrasco, director general de Salud Pública (SES); el Dr. D. Pedro Hidalgo Fernández, presidente del Ilustre Colegio de Médicos de la Provincia de Badajoz y D. Paolo Atalaya de Tena, alcalde-presidente del Ayuntamiento de Castuera.*

## ¿Cómo surge esta iniciativa?

Tras conversaciones mantenidas con el Sr. alcalde de la localidad, quisimos dar un salto cualitativo a la asistencia sanitaria ofertada en el centro de salud, pretendíamos implicar a la población en el autocuidado de su salud.

Medité un proyecto, inédito en Extremadura, que implicase a profesionales sanitarios, ciudadanos e instituciones, a fin de mejorar el bienestar físico, psíquico y social de la población a la que va dirigido.

Queríamos establecer un foro de debate con la ciudadanía, ofertando información médica, resolviendo dudas, desterrando mitos, entrenando en hábitos saludables, etc., en un ambiente dirigido, distendido y participativo.

## ¿De qué medios dispone la Escuela de Salud?

Contamos con un amplio grupo de profesionales que de forma desinteresada participa en la iniciativa: seis médicos, cuatro enfermeros, una fisioterapeuta, una matrona, dos farmacéuticos, un veterinario, una psicóloga, una nutricionista, un trabajador social, un experto en redes sociales y un diseñador gráfico. Este último ha creado nuestra imagen corporativa y el diseño de la cartelería para nuestros eventos.

La logística de las sesiones presenciales, es desempeñada por trabajadores de la Universidad Popular y del Ayuntamiento de Castuera. Para llevar a cabo nuestro proyecto, hemos desarrollado las siguientes herramientas:

1. Grupo o boletín de noticias (newsletter): se solicita el correo electrónico a los participantes en las sesiones para incorporarlos a nuestra base de datos. Periódicamente me

encargo de remitir al grupo información de interés sanitario, guías, protocolos de autocuidado, etc., estableciendo de forma telemática un feed-back continuo a través de nuestra dirección de correo electrónico (\*), acercándonos al concepto novedoso de telemedicina o teleasistencia.

2. Ponencias, charlas o talleres, impartidas en las aulas de la Universidad Popular de Castuera, apoyados por todo tipo de medios audiovisuales.

3. El anuncio de las actividades se realiza mediante cartelería distribuida por toda la localidad, el boletín de noticias y a través de las redes sociales facebook y twitter.

Está en proyecto la puesta en marcha de una página web que sirva como nexo de comunicación e información entre profesionales y usuarios.

Hemos recibido el apoyo de asociaciones de pacientes, desde dentro y fuera de la localidad, haciéndonos eco de sus necesidades formativas y divulgativas, para elaborar en un futuro charlas orientadas a sus demandas particulares.

## ¿Cuáles son sus objetivos?

En un mundo globalizado, inmerso en las nuevas tecnologías de la información, no podemos obviar las necesidades formativas e informativas de nuestros pacientes-usuarios. Considero que el individuo formado en materia sanitaria contribuirá de forma eficaz y decidida a su propio autocuidado, contando con el apoyo del profesional sanitario. Desgraciadamente, esta labor se me antoja harto difícil, como consecuencia de la presión asistencial, falta de tiempo en las consultas y nuestro férreo modelo asistencial, que no

*Contamos con un amplio grupo de profesionales que de forma desinteresada participa en la iniciativa: seis médicos, cuatro enfermeros, una fisioterapeuta, una matrona, dos farmacéuticos, un veterinario, una psicóloga, una nutricionista, un trabajador social, un experto en redes sociales y un diseñador gráfico.*

[escueladesaludcastuera@gmail.com](mailto:escueladesaludcastuera@gmail.com)



contempla la educación para la salud como actividad cotidiana y prioritaria.

El objetivo último de la Escuela de Salud es complementar la parcela formativa e informativa, insuficiente en nuestra labor profesional habitual, fomentando hábitos saludables en el individuo y proporcionar herramientas útiles a los pacientes que presentan principalmente patologías crónicas, mejorando así el bienestar de nuestros conciudadanos.

**¿Qué actuaciones se han llevado a cabo hasta el momento?**

Se han realizado -entre talleres prácticos y charlas- ocho sesiones presenciales con una temática variada: diabetes Mellitus tipo 2, alimentación sana y equilibrada, enfermedades respiratorias (asma y epoc), resucitación cardiopulmonar básica, vacunación antigripal, etc. La media de asistentes ha sido de unas cuarenta personas.

Se han remitido a través del grupo de noticias veinte documentos en PDF y otros tantos enlaces vía Internet, sobre temas de educación para la salud.

Se han contestado, vía mail, unos cuarenta correos, a usuarios de la Escuela de Salud, que solicitaban información particular sobre patología concretas, resolución de problemas, dudas prácticas, etc.

Contamos con alrededor de unos cincuenta seguidores en las redes sociales, a los cuales se remite de forma periódica información médica y anuncios de próximos eventos.

Se han incorporado a la Escuela de Salud dos médicos de familia y una psicóloga.

Planificamos nuevas charlas atendiendo a demandas por parte de asociaciones de pacientes, tanto locales como a nivel regional.

**¿Cuáles son los proyectos de futuro?**

Durante el próximo año 2014 realizaremos una tarea de consolidación de la estructura: diseñar actividades presenciales de forma continuada, implicar aún más a la población de Castuera en el desarrollo de su Escuela de Salud, ampliar los ponentes de los que disponemos, adaptar la temática a las necesidades que se solicitan por parte de los usuarios, difundir la nueva página web de la escuela, etc.

Se baraja la posibilidad de realizar jornadas fuera de las aulas de la Universidad Popular de Castuera, como charlas a jóvenes en colegios e IES, asociaciones vecinales, etc.

**¿Qué ha aportado a Extremadura el proyecto?**

Hemos llevado el conocimiento médico fuera de nuestras consultas, aportando a la salud un valor añadido, que impulse el autocuidado para implicar a la población en la atención de su propia salud. Nos hacemos eco de las demandas de los pacientes en temas formativos e implicamos a éstos en su responsabilidad en relación a sus procesos patológicos. Se han establecido todo tipo de cauces de comunicación, tanto físicos como a través de las nuevas tecnologías, para así desterrar la ignorancia en temas sanitarios.

La implantación y desarrollo de la Escuela de Salud de Castuera ha suscitado interés tanto entre profesionales sanitarios como entre instituciones públicas. Médicos de otras localidades han recabado información para intentar exportar nuestro proyecto a otros municipios como Zafra, Badajoz, Don Benito y Trujillo.

Existe un grupo de trabajo, a nivel de la Consejería de Salud de la Junta, liderado por la Dirección General de Salud Pública, para la puesta en marcha de Escuelas de Salud en toda la región. Se pretende que, en colaboración con los ayuntamientos, los profesionales sanitarios realicen actividades de educación para la salud, manteniendo un flujo constante de intercambio de información y material divulgativo entre dichos profesionales.

**¡ TU COLEGIO DE MÉDICOS EN TU MOVIL!**

Busca el icono  en [www.combadajoz.com](http://www.combadajoz.com) y descárgate tu APP del Colegio, para **Android y iPhone.**

NOTA IMPORTANTE: Para Android tendrás que activar en ajustes apartado seguridad la opción "orígenes desconocidos" y permitir la instalación de aplicaciones desde fuentes que no sean play store, y una vez terminada la instalación de la app, debes volver a desactivar esta pestaña para la seguridad de tu móvil.







## EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

D. HÉCTOR GALACHE. Asesor Jurídico de icomBA

EL 6 DE JUNIO DE 2013, LA AGENCIA EFE PUBLICABA QUE EL PRIMER MINISTRO BRITÁNICO DAVID CAMERON HABÍA PEDIDO PERDÓN PÚBLICAMENTE ANTE EL PARLAMENTO POR LAS "VERDADERAMENTE ESPANTOSAS" NEGLIGENCIAS PRODUCIDAS ENTRE 2005 Y 2009 EN UN HOSPITAL PÚBLICO (CON GESTIÓN PRIVADA) DE STAFFORDSHIRE (CENTRO DE INGLATERRA). TRATAR DE SABER CUÁNTAS MUERTES SE PRODUCEN EN ESPAÑA POR ERRORES MÉDICOS O DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA ES IMPOSIBLE. MIENTRAS QUE EN EL REINO UNIDO SE HAN LLEVADO A CABO CINCO INVESTIGACIONES PARA ESCLARECER LO ACONTECIDO EN STAFFORDSHIRE Y EN ESTADOS UNIDOS SE HA CREADO EL COMMITTEE OF HEALTHCARE IN AMERICA, EN NUESTRO PAÍS NO HAY REGISTRO O RECUENTO DE ESTOS SUCEOS.

Como aproximación a estos datos tenemos la memoria que cada año presenta la asociación "El Defensor del Paciente", que cifró para 2012 los fallecimientos en 692 personas, 89 más que en 2011.

La doctora Mónica Lalanda, en un artículo publicado el 16 de julio de 2009 en la separata de salud del diario El Mundo (Profesión Sanitaria) bajo el sonoro título de "Error Médico. De hombres, avestruces y asnos", comenzaba su alocución con este tremendo pie: "Que dé un paso adelante el médico que nunca haya cometido un error durante su carrera profesional. De los que hayan dado el paso se pueden decir dos cosas, o bien mienten o simplemente no han visto suficientes pacientes".

Los sanitarios participan de una característica que les lleva a cometer errores. Padecen una pandemia de dimensión universal, incurable e irreversible conocida como condición humana. El problema es que por la singularidad del acto médico, esos errores pueden llegar a tener consecuencias graves o irreparables.

Llegamos así a los conceptos de daño y responsabilidad civil. En una explicación que no pretende ser ni exhaustiva ni la mejor, podríamos definir la responsabilidad civil como la obligación que recae sobre una persona física o jurídica de reparar el daño que ha causado indebidamente a un tercero, ya sea en naturaleza o bien en un equivalente monetario.

El objetivo de los seguros de Responsabilidad Civil Profesional es hacer frente a los daños personales, materiales y consecuentes que, involuntariamente, por sus errores u omisiones, el profesional haya podido causar a sus clientes (pacientes) en el ejercicio de su profesión, así como los perjuicios que de ellos se pudieran derivar. El aseguramiento consiste en una transferencia de los riesgos.

Lo cierto es que desde que el español dejó de ser definitivamente

*El objetivo de los seguros de Responsabilidad Civil Profesional es hacer frente a los daños personales, materiales y consecuentes que, involuntariamente, por sus errores u omisiones, el profesional haya podido causar a sus clientes (pacientes) en el ejercicio de su profesión, así como los perjuicios que de ellos se pudieran derivar. El aseguramiento consiste en una transferencia de los riesgos.*

"enfermo" para adquirir conciencia de su condición de "paciente" (y por lo tanto titular de una serie de derechos específicos), las actitudes propias de un paternalismo condescendiente pasaron a la historia. Y además de forma brusca. Hay estadísticas que señalan que las reclamaciones judiciales con motivo de la prestación de servicios sanitarios se han cuadruplicado en los últimos diez años. Según el profesor Domingo Bello Janeiro, catedrático de Derecho Civil de la Universidad de A Coruña y autor de la publicación "Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria", cada año ingresan en los juzgados 100.000 nuevas contiendas sobre presuntas negligencias médicas. No se facilita al sanitario un ámbito en el que pueda reconocer su error sin miedo a la represalia.

El escudo que debe proteger al profesional sanitario ante esta situación no es otro que la buena praxis. Y como tal no nos estamos refiriendo únicamente a la aplicación de criterios científicos correctos y/o razonables, sino también a la observancia de los imperativos del Código de Deontología Médica y de los deberes de documentación de los actos clínicos que imponen la Ley 41/2002 y 3/2005. Pero hemos tomado como punto de partida la imperfección del ser humano y por lo tanto la posibilidad de que se incurra en fallo o mejor dicho, que quien tiene atribuida legítimamente la capacidad de juzgar y sentenciar (verbo paradójicamente sustituible por "fallar") concluya que el error se cometió. Y aquí es donde entra en escena el seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

Intentaremos hacer una breve guía, que pueda servir de orientación al facultativo y que nuevamente, pretende paliar situaciones o dar respuesta a situaciones con las que nos hemos encontrado en nuestra práctica profesional.

### ¿ES OBLIGATORIO CONCERTAR UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL?

Para los facultativos que prestan sus servicios en un sistema público la respuesta es negativa. Pero para aquellos médicos que tengan actividad privada o que compaginen ésta con la pública, la contratación del seguro es obligatoria, según establece el art. 46 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el art. 11 2b del RD 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

¿QUIÉN AFRONTARÍA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN LA CUAL PUEDAN INCURRIR LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE PRESTAN SERVICIOS EN EL SECTOR PÚBLICO? En ese caso, la Administración, bien como responsable civil o por la vía de la responsabilidad patrimonial de las administraciones.



A su vez, el SES tiene concertado sus propios seguros de responsabilidad civil y patrimonial. El DOE del 7 de noviembre de 2013 contenía la RESOLUCIÓN de 18 de octubre de 2013, de la Secretaría General, por la que se hace pública la formalización del contrato de servicio de "Seguro de Responsabilidad Civil y Patrimonial del Servicio Extremeño de Salud".

**¿QUIÉN DEFIENDE AL MÉDICO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD ANTE UNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD FORMULADA EN SU CONTRA?**

En principio, quien el propio facultativo designe. Ahora bien, el empleado público y el personal estatutario tienen derecho según el Estatuto Básico del Empleado Público y según el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud a ser defendido por los Servicios Jurídicos de la Administración Autónoma.

**¿ES CONVENIENTE ENTONCES QUE EL PERSONAL QUE SÓLO EJERCE PARA EL SES CONTRATE UN SEGURO DE RCP?**

Indudablemente SÍ, y no sólo eso. Es conveniente contratar el seguro que garantice el mayor espectro de coberturas.

**¿PUEDO SUSCRIBIR UNA PÓLIZA DE RCP DIFERENTE A LA QUE DE FORMA COLECTIVA TIENE CONTRATADA MI COLEGIO PROFESIONAL?**

Por supuesto que sí. El Colegio no puede imponer la contratación de seguro alguno. El comunicado del Jurado de Defensa de la Competencia de Extremadura, de 20 de Agosto de 2013, en su anexo, apartado C, recalca el carácter de voluntario de los seguros profesionales.

**SI EL SES OTORGA AMPARO PATRIMONIAL Y JURÍDICO, ¿PARA QUÉ CONTRATAR ENTONCES UNA PÓLIZA DE RCP?**

Las razones son varias:

- a) La posibilidad de que surjan situaciones de conflicto de intereses entre los implicados en un procedimiento o entre las líneas argumentales de defensa del profesional sanitario reclamado y la de la Administración, de tal forma que sea incompatible que puedan estar representados por el mismo defensor.
- b) La opción de incrementar y ampliar los capitales asegurados en la póliza concertada por la Administración. Se están conociendo resoluciones judiciales que multiplican en varias veces el importe de las sumas máximas aseguradas por las pólizas que contratan las administraciones sanitarias. Y si bien en un principio sería la Administración quien asumiera la indemnización, existiría la opción de que esos excesos pudieran solicitarse por vía de regreso al responsable del daño (lo que no es usual, pero que existe como opción en el art. 43 de la Ley del Contrato de Seguro y en el art. 145.2.1 de la Ley 30/92).
- c) La opción de poder disponer de más y mejores recursos de cara a la defensa judicial del reclamado, ya sea por la vía de poder disponer de asistencia y defensa jurídica de libre elección como por la posibilidad de contar con dictámenes, peritos y técnicos, cuyos informes e intervenciones tienen un peso decisivo en las contiendas sobre praxis profesional.
- d) La existencia de otro tipo de coberturas más allá de las meramente indemnizatorias, tales como puedan ser las prestaciones o subsidios en caso de que se imponga una pena de suspensión e inhabilitación.
- e) La autonomía que proporciona de cara a un proceso el poder contar con una masa patrimonial alternativa a la que proporciona el seguro de la Administración.

**¿QUÉ DEBE DE TENERSE EN CUENTA A LA HORA DE CONTRATAR Y RENOVAR UN SEGURO DE RCP?**

- a) En primer lugar, analizar qué tipo de seguro proporciona más garantías y se amolda mejor a las necesidades profesionales del contratante, no siendo precisamente el precio la circunstancia más importante.
- b) Es fundamental tener actualizados los datos comunicados al asegurador. Cuando cambia la titulación y se supera el MIR, para devenir en especialista hay que modificar el seguro. De igual forma, hay que tener en cuenta que los grupos de riesgo de las aseguradoras no tienen por qué coincidir con la nomenclatura de la especialidad que se posee. Lo que se asegura son los riesgos derivados del ejercicio profesional y es esa actividad la que condiciona la póliza a contratar. La obligación de declarar todas las circunstancias que puedan trascender de cara a individualizar el riesgo, ya sea en el momento de la suscripción de la póliza o durante la vigencia del contrato está definida legalmente en los arts. 10 y 11 de la Ley del Contrato de Seguro. El no transmitir esa información es incumplir la ley y ese incumplimiento puede acarrear consecuencias dramáticas, desde una aminoración proporcional de la cobertura hasta directamente el rehúse del siniestro y resolución del contrato.

Durante nuestro ejercicio profesional, desgraciadamente, han sido varias las ocasiones en que nos hemos encontrado con pólizas desfasadas, con riesgos descritos incorrectos o con actividad equivocada. Y eso ha ocurrido precisamente cuando el médico ha necesitado el seguro que durante tanto tiempo ha pagado, que de pronto resulta poco útil.

Estas situaciones (que por sí mismas justificarían la existencia de este artículo) se remedian simplemente prestando atención a la póliza, leyéndola íntegramente y recabando el oportuno asesoramiento en caso de duda. Sólo así se podrán evitar en un futuro situaciones desagradables.

- c) Los hechos dolosos (intencionados) quedan fuera de cobertura. Eso quiere decir que las condenas por delitos de omisión del deber de socorro no quedarían amparadas por la póliza.
- d) En caso de siniestro, hay que comunicarlo inmediatamente al asegurador. En el caso de la póliza colectiva del Colegio de Médicos, desde el mismo se canalizan directamente todas estas gestiones, de forma que el asegurado no tenga que asumir más cargas ni tareas que no sea la de comunicar la incidencia al Colegio.

Recordamos una vez más lo que hemos dicho en anteriores ocasiones en las que se nos ha brindado la oportunidad de acceder a esta tribuna. La Asesoría Jurídica del Colegio se encuentra a la entera disposición de aquel colegiado que quiera aclarar cualquier cuestión sobre esta trascendental materia. Siempre será mejor prevenir que curar.

Por cierto. El primer informe sobre el MidStaffordshire, elaborado por una comisión dependiente del ministerio de sanidad británico, determinó que en la gestión del hospital se había primado "la consecución de objetivos económicos por encima de la calidad del servicio". Pero ese tema queda (de momento) extramuros de este artículo.



# UN VIAJE A LA ISLA DE LA LOCURA

POR BLAS CURADO



Hallándome de viaje por el mundo de los manicomios, mi ruta me condujo a dos ciudades, distantes una de la otra, pero unidas por una singular manera del trato a los locos. Un día del mes de mayo pasado, motivados por la necesidad de encontrarnos con la ciudad más próxima, volamos a Venecia, allí nos esperaban los fantasmas de los locos, en las dos islas de la locura que existen: San Servolo y San Clemente. Son dos islas en la laguna veneciana, una enfrente de la otra, separadas por muy poco espacio de agua, agua de la laguna que baña sus límites, lamiendo, lentamente, sus desmoronados contornos.

San Servolo es la isla de la locura mejor conocida. Mientras nos despedimos de la Plaza de San Marcos, el vaporeto se acercaba y pasaba lentamente al lado de la isla de El Lido. La conocida novela de Thomas Mann, Muerte en Venecia, se agrandaba en nuestra mente por momentos; Tasio venía a nuestro encuentro y se esfumaba entre la lluvia, la niebla y la laguna gris, nos mostraba el camino de los lunáticos de San Servolo.

La isla ha sido tomada por la Universidad Internacional de Venecia y no encontramos nada de nada de la atmósfera manicomial antigua. Todo está adornado para el estudio y

para el albergue de estudiantes de todo el mundo. Cuentan que, antes de que la isla fuera asilo de la demencia, existía el barco de la locura, La Fusta, galeón anclado delante de la Plaza de San Marcos, al lado del Palacio Ducal, entre las dos columnas que rematan San Jorge y el León de San Marcos. Su eliminación, acaecida en tiempos de la invasión de Venecia por Napoleón, supuso, para el demente veneciano, pasar de mecerse en la nave de los locos, con la brisa del Adriático, a la no menos inestable isla de San Servolo.

El museo de la universidad nos esperaba. Galería extravagante para un yacimiento de residuos fotográficos, retratos de hombres y mujeres que fueron a la isla y que, posiblemente, nunca salieron. La entrada al manicomio se sitúa a ras del agua, para que el vaporeto de la época los llevara al tétrico interior, mastodóntico lugar que nos impresiona al mientras pasamos por su fachada.

La larga historia del edificio de San Servolo se remonta al siglo IX, cuando era un monasterio benedictino; la botica y el huerto/jardín que hemos visitado, posiblemente sean recuerdos del pasado de la abadía. La farmacia, de inevitable paseo turístico, es testimonio de la rica farmacopea

*“La larga historia del edificio de San Servolo se remonta al siglo IX, cuando era un monasterio benedictino; la botica y el huerto/jardín que hemos visitado, posiblemente sean recuerdos del pasado de la abadía. La farmacia, de inevitable paseo turístico, es testimonio de la rica farmacopea empleada en intentar restituir la cordura. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se hace cargo del manicomio, allá por el año 1.802, donde hombres y mujeres se mezclan con sus delirios y sus pasiones”.*





empleada en intentar restituir la cordura. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se hace cargo del manicomio, allá por el año 1.802, donde hombres y mujeres se mezclan con sus delirios y sus pasiones. Hemos visto numerosos equipos de electrochoques, variadas camisas de fuerza, grilletes variopintos, bañeras y duchas enjauladas, miles de frascos con sustancias empleadas en un intento vano de reducir el frenesí, y la famosa trementina, cuya historia he vivido en primera persona, en mis primeros tropezones tras la tapia del manicomio de mi pueblo.

Corría el año 1.873 cuando se abre el manicomio de San Clemente, en la isla de enfrente, donde las mujeres son enviadas y alejadas del pecado de convivencia. Ida Dalsler, amante del Duce, está loca por el periodista y soldado Benito Mussolini; la subida al poder del Duce recluye a su amante en un sinfín de manicomios. Ella y el hijo que nace de sus relaciones con el soldado son ahora testimonios malévolos para su carrera política. Afectados los dos, qué coincidencia, por un trastorno delirante tipo paranoide, mueren en sendos manicomios: ella en el de San Clemente, en Venecia, y el hijo, con 27 años, en el de Milán. Sepultados en fosas comunes desaparecen de la historia.

No pudimos ir a verlo. San Clemente estaba cerrado y no existe comunicación oficial con él. Los vaporetos no van, lo vemos desde lejos, desde San Servolo, perdido en la neblina de la mañana. San Clemente es un hotel de muchas estrellas, pero cerrado.

Una atmósfera decadente y singular veneciana nos rodea. Ya no existe una epidemia como en la novela de Mann, ya no existen los locos y locas venecianos, nada de nada nos rodea, sólo nos queda Venecia, nada menos.

Damos un salto en el tiempo y en el espacio, y así, en el mes de septiembre pasado, saltamos el Atlántico y volamos a Nueva York. Queríamos ver otra isla de la locura, una isla en Nueva York. No podemos decir que Manhattan no sea una

isla de la locura, pero no me refiero a ese tipo de frenesí; se trata de una isla verdaderamente loca, la antigua isla de Blackwell, hoy conocida como la isla de Roosevelt. Llegamos a ella en un curioso tranvía o teleférico que cogemos en la segunda avenida con la calle 61, un funicular llamado Roosevelt Island Tramway, al lado del puente de Queensboro, y en su recorrido nos encontramos con una vista fenomenal del puente, del tráfico, del río y de la primera avenida que se contempla desde el mismo.

En pocos minutos llegamos a la isla de la locura. Es muy pequeña, situada entre Manhattan y Queens, en el East River, de tan sólo 3 kilómetros de larga por 240 metros de ancha. Se trata de la antigua isla de los indios Algonquinos, a quienes se la compró el gobernador holandés Wouton van Twiller (1637), que la bautizó como la isla de los Cochinos (Varckens Eylandt); después sería conocida como la isla de la Asistencia Social (Welfare Island) y, finalmente, como hemos indicado, de Blackwell y de Roosevelt.

El conocimiento de su tenebroso manicomio me llega leyendo el célebre libro denuncia de Nellie Bly, Diez días en un manicomio





escrito por el año 1.887. Elizabeth Cochrane Seaman (1867-1922), verdadero nombre de su autora, es una periodista típica americana que logra introducirse en el circuito legal e irreversible del ingreso en un manicomio, a pesar de no padecer trastorno mental alguno, y pasa como una loca de remate. Diez días encerrada en el manicomio de la isla de Blackwell, por el mes de septiembre de ese mismo año, es lo que consigue al ser llevada al departamento de Psiquiatría del Hospital de Bellevue, de la ciudad de Nueva York, como primera etapa antes de ser asilada a la isla.

Los exámenes psiquiátricos son positivos, está loca, "comencé a tener menos respeto por la habilidad de los doctores, y un mayor respeto por mí misma". Con las notas desafinadas sacadas a un viejo piano, home sweet home (hogar, dulce hogar), Bly entró en la rutina del manicomio de la isla. Enviada en el único medio de comunicación que existe con la ciudad, el



*"En pocos minutos llegamos a la isla de la locura. Es muy pequeña, situada entre Manhattan y Queens, en el East River, de tan sólo 3 kilómetros de larga por 240 metros de ancha. Se trata de la antigua isla de los indios Algonquinos, a quienes se la compró el gobernador holandés Wouton van Twiller (1637), que la bautizó como la isla de los Cochinos".*

barco, como en Venecia, se atreve a preguntar: "¿qué es este lugar?- le pregunté al hombre que tenía los dedos hundidos en mi brazo. -La isla de Blackwell, un lugar para locos del que nunca saldrás".

No encontramos nada del tétrico manicomio de la isla, situado al final de ella, hacia el norte, junto a un faro de la época. Hoy sus restos soportan el peso de un moderno hospital, el Coler Golwater o algo así; el llamado Octogon es la réplica del antiguo octógono del manicomio, un edificio extraño, con esa forma geométrica en cuyo interior nos topamos con una escalera de caracol que sube a ninguna parte.

La conclusión a que llega Bly, en el año 1.887, se adelanta en el tiempo más de cien años: "Lo que ni me imaginaba era que esa institución pudiese estar gestionada de forma tan pésima y que existiesen tales crueldades bajo su techo". Hemos paseado por la ciudad. Nueva York sigue llena de locos, de policías "con caras bien afeitadas y cuerpos de aluminio gris... todos con relucientes zapatos negros". La demencia está en la calle; en la nuestra, en Times Square, es la locura.

\*Blas Curado es médico psiquiatra en Badajoz.



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:** Ramón y Cajal, 15, 1º3 Tel. 924 24 32 54 badajoz@amaseguros.com



**LA CONFIANZA ES MUTUAL**  
**www.amaseguros.com 902 30 30 10**







## RESUMEN GRADE DEL ENSAYO CLÍNICO

**ANÁLISIS INTERMEDIO A LOS 4 AÑOS DEL ESTUDIO LOOK AHEAD: GRADO DE ASOCIACIÓN ENTRE UN ESTILO DE VIDA INTENSIVO Y REMISIÓN DE DIABETES TIPO 2.**

**RAFAEL GARCÍA PÉREZ. MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD ZONA CENTRO (BADAJOZ)  
PROGRAMA COM BADAJOZ DE FORMACIÓN GRADE; FEBRERO-2013**

### A) OBJETIVO

Evaluar la asociación de una intervención intensiva de pérdida de peso a largo plazo con la frecuencia de remisión de DM2 a prediabetes o a normoglucemia.

### B) TIPO DE ESTUDIO

Análisis intermedio a los 4 años del Look AHEAD, que compara la tasa de remisión de la diabetes entre los dos grupos de comparación midiendo las prevalencias, con un nivel de significación del 5%. Los investigadores también practican un análisis multivariante de variables independientes con cualquier forma de remisión para cada año de seguimiento.

### C) POBLACIÓN ESTUDIADA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1º Elegibles: se reclutaron 5.145 pacientes adultos de 45 a 76 años de edad con DM2 de 16 centros de Estados Unidos, de los cuales se incluyeron para la aleatorización a 4.503 pacientes con IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> si no recibían insulina (y  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> si recibían insulina).

2º Criterios de exclusión: HbA1c > 11%, presión arterial > 160 de sistólica o > 100 mmHg de diastólica, triglicéridos plasmáticos > 600 mg/dL. También se excluyeron si no eran capaces de realizar una prueba de ejercicio físico progresivo o completar 2 semanas de dieta y actividades de autocontrol.

3º Características de los pacientes en el inicio: Sí, salvo la edad. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: edad 59,1 (DE 6,9) vs 58,5 (DE 6,7); varones 41,5%; peso 100,5 kg (DE 19); IMC 35,8 kg/m<sup>2</sup> (DE 5,8); equivalente metabólico del ejercicio físico 7,2 (DE 2). HISTORIA CLÍNICA: duración de la diabetes (mediana) 5 años (IQR 7); Hb1Ac 7,35% (DE 1,2); glucemia ayunas 155mg/dL (DE 45,5). MEDICACIÓN: ningún antidiabético 7%; antidiabéticos orales únicamente 73,4%; cualquier insulina 19,2%; enfermedad CV 14,2%; antihipertensivos 75,5%.

### D) RESULTADOS

Los mostramos en la tabla.

### E) CALIDAD DEL ESTUDIO (VALIDEZ DE LA EVIDENCIA)

Sistema GRADE: calidad de la evidencia BAJA. Este análisis no surge de un ensayo clínico propiamente, sino un análisis exploratorio a los 4 años del inicio.

### D) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para pacientes de 58,8 años (DE 6,8), con DM2 de 5 años de duración e IMC de 35,8 kg/m<sup>2</sup> (DE 5,8), sin fármacos antidiabéticos en un 7%, según la calidad de la evidencia y la magnitud y precisión de los resultados de este estudio, hacemos una recomendación débil en contra para la intervención intensiva en los estilos de vida frente a la educación y apoyo generales sobre diabetes.

### JUSTIFICACIÓN

1º Beneficios y riesgos añadidos: no hubo diferencias en la morbimortalidad cardiovascular en los 11 años que duró el estudio, a pesar de registrarse mejores valores en variables intermedias (normoglucemia, peso y ejercicio físico) en los 4 primeros años.

2º Inconvenientes: la adaptación conductual para disminuir la ingesta calórica total hasta un valor entre 1.200 y 1.800 kcal/día reduciendo el total del consumo de grasas saturadas (facilitando como ayuda alimentos líquidos dietéticos).

3º Costes: no disponemos de datos para comparar los costes de personal y dieta entre ambas intervenciones.

<sup>1</sup> Una recomendación débil en contra significa que el panel estima que los beneficios no justifican los riesgos añadidos, inconvenientes y costes. En esta situación una mayoría de pacientes informados no querían que se les indicara o aplicara la intervención, pero el resto sí.

**Abreviaturas.** CV: cardiovascular; DE: desviación estándar; DM2: diabetes mellitus tipo 2; EAD: educación y apoyo generales para la diabetes; Hb1Ac: hemoglobina glicosilada; IC: intervalo de confianza; IEV: intervención intensiva en los estilos de vida; IMC: índice de masa corporal; IQR: rango intercuartilar (entre el 25% y 75%).

**NOTA:** los intervalos los calculamos para un 95% de confianza (IC95%), salvo que indiquemos expresamente otro porcentaje. Calculadora disponible en la web evalmed.es, pestaña HERRAMIENTAS.



Pacientes de 58,8 años (DE 6.8), con DM2 de 5 años de duración e IMC de 35,8 kg/m<sup>2</sup> (DE 5,8), sin fármacos antidiabéticos en un 7%.

Resultados de la prevalencia de remisión (parcial o completa) a normogluemia.

Análisis intermedio desde el año 1 al año 4 del estudio Look AHEAD.	Nº y %, Grupo IEV	Nº (%) Grupo EAD	Razón de Prevalencias (IC 95%)	Diferencia de Prevalencias (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Año 1	271/1852 (14,63%)	80/1861 (4,3%)	3,4 (2,68-4,33)	-10,33% (-12,18% a -8,46%)	-10 (-12 a -8)	100%
Año 2	148/1852 (7,99%)	29/1861 (1,56%)	5,13 (3,46-7,6)	-6,43% (-7,76% a -5,03%)	-16 (-20 a -13)	100%
Año 3	107/1852 (5,78%)	22/1861 (1,18%)	4,89 (3,1-7,7)	-4,6% (-5,74% a -3,37%)	-22 (-30 a -17)	100%
Año 4	63/1852 (3,4%)	8/1861 (0,43%)	7,91 (3,8-16,47)	-2,97% (-3,82% a -2,02%)	-34 (-49 a -26)	100%

Abreviaturas: EAD: educación y apoyo generales para la diabetes; IEV: intervención intensiva en los estilos de vida, NNT: Número Necesario a Tratar para evitar un evento; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Pacientes de 58,8 años (DE 6.8), con DM2 de 5 años de duración e IMC de 35,8 kg/m<sup>2</sup> (DE 5,8), sin fármacos antidiabéticos en un 7%.

Cambios en el peso corporal y en la capacidad física desde el inicio.

Análisis intermedio desde el año 1 al año 4 del estudio Look AHEAD.	Grupo IEV, n= 2.241	Grupo EAD; n = 2.262	Diferencia de medias (IC 95%)
% de reducción media del peso desde los 100,5 kg (DE 19) del inicio.			
En el año 1	-8,6% (-8,4% a -8,9%)	-0,7% (-0,4% a -0,9%)	-7,90% (-7,6% a -8,3%)
En el año 4	-4,7% (-4,4% a -5,0%)	-0,8% (-0,5% a -1,1%)	-3,9% (-3,5% a -4,4%)
% de aumento de la capacidad para el ejercicio físico desde el Equivalente metabólico de 7,2 (DE 2) inicial.			
En el año 1	20,6% (19,5% a 21,8%)	5,3% (4,1% a 6,4%)	15,4% (13,7% a 17,0%)
En el año 4	4,9% (3,7% a 6,1%)	-1,5% (-0,3% a -2,8%)	6,4% (4,7% a 8,1%)

Abreviaturas: EAD: educación y apoyo generales para la diabetes; IEV: intervención intensiva en los estilos de vida, IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

## Association of an Intensive Lifestyle Intervention With Remission of Type 2 Diabetes

Edward W. Gregg, PhD  
 Haiying Chen, PhD  
 Lynne E. Wagenknecht, DrPH  
 Jeanne M. Clark, MD, MPH  
 Linda M. Delahanty, MS, RD  
 John Bantle, MD  
 Henry J. Pownall, PhD  
 Karen C. Johnson, MD, MPH  
 Monika M. Safford, MD  
 Abbas E. Kitabchi, MD, PhD  
 F. Xavier Pi-Sunyer, MD  
 Rena R. Wing, PhD  
 Alain G. Bertoni, MD, MPH  
 for the Look AHEAD Research Group

**Context** The frequency of remission of type 2 diabetes achievable with lifestyle intervention is unclear.

**Objective** To examine the association of a long-term intensive weight-loss intervention with the frequency of remission from type 2 diabetes to prediabetes or normoglycemia.

**Design, Setting, and Participants** Ancillary observational analysis of a 4-year randomized controlled trial (baseline visit, August 2001–April 2004; last follow-up, April 2008) comparing an intensive lifestyle intervention (ILI) with a diabetes support and education control condition (DSE) among 4503 US adults with body mass index of 25 or higher and type 2 diabetes.

**Interventions** Participants were randomly assigned to receive the ILI, which included weekly group and individual counseling in the first 6 months followed by 3 sessions per month for the second 6 months and twice-monthly contact and regular refresher group series and campaigns in years 2 to 4 (n=2241) or the DSE, which was an offer of 3 group sessions per year on diet, physical activity, and social support (n=2262).

**Main Outcome Measures** Partial or complete remission of diabetes, defined as transition from meeting diabetes criteria to a prediabetes or nondiabetic level of glycemia (fasting plasma glucose <126 mg/dL and hemoglobin A<sub>1c</sub> <6.5% with no antihyperglycemic medication).

**D**IABETES TRADITIONALLY HAS been considered a progressive, incurable condition wherein the best case scenario after diagnosis is tight metabolic and risk factor management to forestall vascular and neuropathic complications. This notion that type 2 diabetes

**Results** Intensive lifestyle intervention participants lost significantly more weight than DSE participants at year 1 (net difference, -7.9%; 95% CI, -8.3% to -7.6%) and at year 4 (-3.9%; 95% CI, -4.4% to -3.5%) and had greater fitness increases at year 1 (net difference, 15.4%; 95% CI, 13.7%-17.0%) and at year 4 (6.4%; 95% CI, 4.7%-8.1%) (P<.001 for each). The ILI group was significantly more likely to experience any remission (partial or complete), with prevalences of 11.5% (95% CI, 10.1%-12.8%) during the first year and 7.3% (95% CI, 6.2%-8.4%) at year 4, compared with 2.0% for the DSE group at both time points (95% CIs, 1.4%-2.6% at year 1 and 1.5%-2.7%



# Tecnoláser

Medical Host  
Servicios para Profesionales



Tenemos las instalaciones, el personal y el equipamiento...  
...sólo falta usted.

Tecnoláser Medical Host. Diseñado por y para profesionales como usted.  
Pida información sin compromiso.

Trabajamos con las principales compañías



C/ La Violeta (Edif. Tecnoláser) - 06010 BADAJOZ · Tel.: 924 240 351, Fax: 924 240 990 · [www.vistasancheztrancon.com](http://www.vistasancheztrancon.com)

**CONTACTO:** Gerente Juan Borreguero · Tel.: 639 784 986 / email: [juan.borreguero@tecnolaser.es](mailto:juan.borreguero@tecnolaser.es)





## GANADORES IX CERTAMEN ICOMBA TARJETAS DE NAVIDAD



### 1º PREMIO

TÍTULO: LOS CAMELOS VOLANTES Y EL BELÉN  
AUTORA: CLAUDIA MORALES MARTÍNEZ  
EDAD: 7 AÑOS  
COLEGIADA: DRA. DÑA. M<sup>a</sup> TERESA MARTÍNEZ REY  
Nº COLEGIADA: 06/06/04910

### 2º PREMIO

TÍTULO: FELIZ NAVIDAD DE TODO CORAZÓN  
AUTOR: NICOLÁS GARCÍA CORDOBÉS  
EDAD: 5 AÑOS  
COLEGIADA: DRA. DÑA. CONCEPCIÓN CORDOBÉS DURÁN  
Nº COLEGIADA: 06/06/05691



### ACCÉSIT

TÍTULO: EL BELÉN CON LA MULA Y EL BUEY  
AUTORA: LUCÍA MORALES MARTÍNEZ REY  
EDAD: 9 AÑOS  
COLEGIADA: DRA. DÑA. M<sup>a</sup> TERESA MARTÍNEZ REY  
Nº COLEGIADA: 06/06/04910





# Fiesta de REYES sábado 4 de enero 2014

PALACIO DE CONGRESOS  
DE BADAJOZ

## PROGRAMA

17:00 RECEPCIÓN DE LOS NIÑOS

17:30 RECEPCIÓN DE SS.MM LOS REYES MAGOS  
Entrega de regalos a los hijos y nietos de  
colegiados que han remitido la carta

20:00 FIN DE FIESTA

## CARTA A LOS REYES MAGOS

para hij@s/niet@s de medic@s colegiad@s de entre 2 y 9 años de edad

*Queridos Reyes Magos*

*Enterado/a por mis papás/ abuelos de la visita que harán al Palacio de Congresos en la tarde del 4 de enero a las 17.00 horas, deseo comunicarles que pasaré a saludarles. Un besito*

El niño/a..... de.....  
años de edad  
Hij@/niet@ del colegiado (nombre).....  
Núm. Coleg..... E.mail.....

IMPORTANTE Entregar o enviar a: Colegio de Médicos. Avda de Colon 21 Planta 2ª. 06005. BADAJOZ También se aceptaran email con los datos completos y remitidos a info@colegiomedicobadajoz.org. Poner en sobre o en asunto: "CARTA A LOS REYES MAGOS"

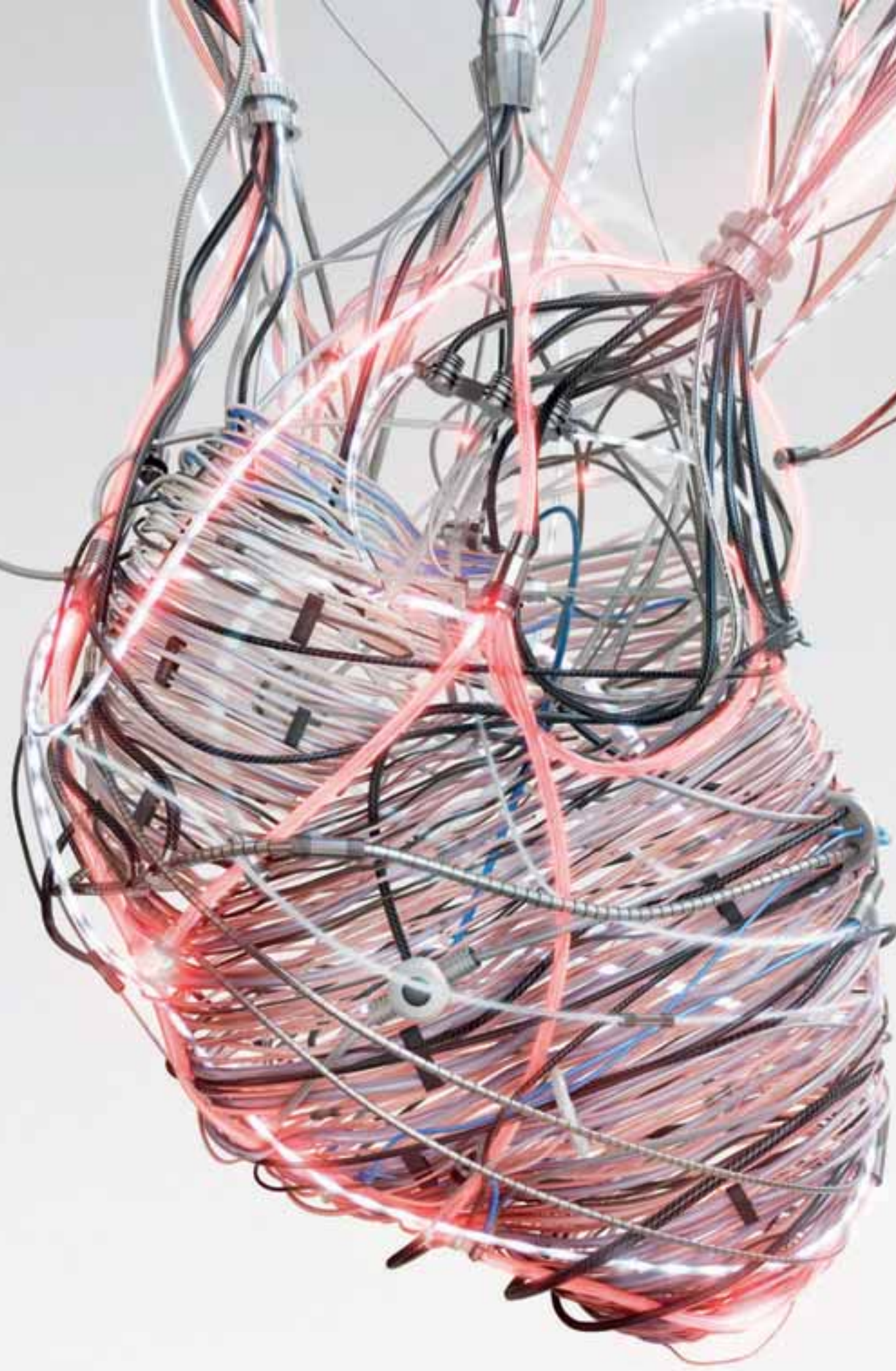
PLAZO DE RECEPCION DE CARTAS: Viernes 31 de diciembre de 2013

Se comunica que el Colegio sacará fotografías para la publicación de algunas de ellas en el próximo ejemplar de la revista interna del Colegio, así como en su página web, por lo que otorga su consentimiento expreso e inequívoco para la participación del menor. En caso contrario marcar la casilla.

No autorizo la publicación de fotografías del menor en la revista del Colegio ni en su página web.



A la vanguardia de la técnica



## La tecnología se mide en latidos.

Ahora tiene un Audi A4 "Advanced edition" 2.0 TDI 150 CV totalmente equipado y con 4 años de mantenimiento por **27.900 €\***.

Incluye, entre otros, faros de xenón plus con luz de día en tecnología LED, llantas de aleación de 17 pulgadas en diseño de 5 brazos, Bluetooth, Audi Parking system trasero, control de velocidad Tempomat y sensor de luz y lluvia. [www.audi.es/a4](http://www.audi.es/a4)

Audi A4 2.0 TDI 150 CV (105 kW).

Emisión CO<sub>2</sub> (g/km): 119. Consumo medio (l/100 km): 4,5.



   /audispain

### Centrowagen

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

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

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



\*PVP recomendado para Península y Baleares para Audi A4 "Advanced edition" 2.0 TDI 150 CV (IVA, impuesto de matriculación, transporte, descuento promocional y Plan PIVE incluidos) para clientes particulares, empresas y autónomos que financien a través de Volkswagen Finance SA EFC (según condiciones contractuales) un capital mínimo de 13.000 € con una duración y permanencia mínima de la financiación de 48 meses. Mantenimiento Audi incluido durante 4 años o 60.000 km. Modelo visualizado con equipamiento opcional. Oferta válida hasta el 31/12/2013.