



IX CONGRESO RESCOM

**MEDBA**

Abril de 2014 | N°32

MÉDICOS DE BADAJOZ



COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS  
DE BADAJOZ



JUAN PABLO ALBA



RICARDO DE LORENZO



ANTONIA LÓPEZ

PREMIOS ICOMBA **2014**

Seguro **Multirisgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa



Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- ✓ Manitas del Hogar
- ✓ Manitas Tecnológico
- ✓ Ayuda Personal en el Hogar
- ✓ Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática

**A.M.A. BADAJOZ** Avda. Ramón y Cajal, 15; 1º, puerta 3 Tel. 924 24 32 54 badajoz@amaseguros.com

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



(\*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de marzo de 2014. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



**JUNTA DIRECTIVA**  
PAG. 5

**OMC**  
PAG. 15



**COLEGIACIÓN**  
PAG. 17

**PREMIOS ICOMBA**  
PAG. 19



**ACT. COLEGIALES  
DESTACADAS**  
PAG. 25

**ASESORÍA JURÍDICA**  
PAG. 29



**ASOCIACIONES**  
PAG. 32

**TRIBUNA**  
PAG. 33



**COMISIÓN DEONTOLÓGICA**  
PAG. 37

**GRADETECA**  
PAG. 40



## 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 con el Colegio de Médicos de Badajoz y la profesión médica. Esta sección 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 escribir sus correos, de una extensión no mayor de 250 palabras, al correo electrónico [medicosdebadajoz@hotmail.com](mailto:medicosdebadajoz@hotmail.com)

## 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 Y IMPRESIÓN Studio 10 Image Consulting S.L. | [www.studiodiez.es](http://www.studiodiez.es)

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



**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

## INFORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

DR. D. PEDRO HIDALGO FERNÁNDEZ  
Presidente del icomBA

[presidente@colegiomedicobadajoz.org](mailto:presidente@colegiomedicobadajoz.org)



El artículo 4 de nuestros estatutos nos manda la prestación de servicios a los ciudadanos en el marco de la profesión médica. Y obligándonos a cumplir este fin deberíamos entrar de una manera más contundente en la información que en materia de salud y estilos de vida saludable interesa a la población.

Si navegamos por internet nos abruma la cantidad de páginas, por miles, que sin ningún tipo de control se dedican, muchas veces con grave perjuicio para la salud del internauta seguidor, a dar consejos y recomendaciones de tal o cual patología sin base ni fundamento científico. Y ahí queda eso. Otras veces existe detrás de esa información intereses de marcas comerciales que, sobre el desconocimiento del navegante o lector, hacen de medias verdades enormes falacias que potencian el consumo y venta de algún tipo de pócima que con la vitola de ser de origen natural y el añadido de no tener efectos secundarios engañan a cualquiera de los consultantes.

Es de señalar que hasta fármacos con marca en el vademécum profesional hacen su agosto con este tipo de venta que, según referencias, goza de todo tipo de falsificaciones en efectos y por sus defectos, tanto de dosis como de excipientes.

La hábil maquinaria comercial de muchos laboratorios ha descubierto que dirigiendo su comunicación a los ciudadanos se crean necesidades de medicar para prevenir patologías en un por si acaso llega a padecerla y lo introduce en una medicina preventiva medicalizada a gusto del fabricante. Primero creó una necesidad bien aireada por charlatanes de reconocido prestigio y una vez sembrada la idea de que necesito un remedio, que aparece sin una sólida base científica, es el ciudadano sano quien debe convencer a su médico para que le medique en previsión. Sufre el galeno una doble presión: del sano y del sanador.

Como indica nuestro Código de Ética y Deontología, la información y divulgación de contenidos médicos ha de tener una serie de características: autoría, actualización, transparencia y honestidad, accesibilidad de la página, cobro por servicios, la publicidad, calidad y claridad. Con esos mandamientos queda bien entendido que el autor debe manifestar si existe conflicto de intereses

sobre lo que pregona, constatando para que fines trabaja y lo que se lleva por todo ello, diferenciado la paja (señuelo publicitario) del trigo (base científica que lo sustenta). Deberemos ser conscientes de que en ese juego los médicos no debemos entrar porque muchos de los que confían en nosotros (sanos o enfermos) pueden vernos como a aquel flautista que entonando una musiquilla llevaba a los insensatos ratones a su perdición.

Siguiendo con nuestro código, se señala de manera clara que la divulgación sanitaria debe ser generada por personas expertas en el tema a tratar y considerando las expectativas que la información puede crear en la población, evitando suscitar temores excesivos o milagrosas esperanzas que sirvan para canalizar una demanda y venta del medicamento especialmente creado para el caso.

De ahí, que como señalaba en el titular debamos mantener una información médica continuada hacia la sociedad y los ciudadanos. Nosotros, desde nuestra institución, desde nuestras sociedades científicas y desde el discurso que a diario impartimos en la consulta. Con honestidad y fundamento, con conocimiento de la importancia de nuestro consejo que abra los ojos de las personas que en esta materia tan sensible como la salud creen ver espejismos terapéuticos que vienen perfectamente diseñados y comercializados buscando el hacer negocio sin importarles el hacer daño.

Cómo dice el eslogan del Congreso de Responsables de Comunicación de los Colegios de Médicos de España que celebraremos en Badajoz en los primeros días de mayo, debemos y queremos INFORMAR para FORMAR.

Sería lo más deseable para nuestra profesión y para esta Corporación que ante las monsergas y propagandas en materia de sanidad, los ciudadanos hiciesen una pregunta que nos compromete y obliga en su cumplimiento: – Y el Colegio de Médicos ¿qué dice de esto?.

Termino como empecé, ofreciendo esta institución a todos cuantos sabéis e investigáis, a todos cuantos estudiáis, a todos los que queréis como nosotros realizar una divulgación veraz y con rigor científico. Haciendo una información médica continuada.



## REGISTRO DE TÍTULOS EN EL COLEGIO ¿ES OBLIGATORIO PARA EL COLEGIADO?

DR. JOSÉ ALBERTO BECERRA BECERRA

Secretario General del icomBA

[secretario@colegiomedicobadajoz.org](mailto:secretario@colegiomedicobadajoz.org)

Una de las funciones tradicionales de los Colegios de Médicos ha sido el control de la titulación que tiene los médicos que se colegian en él, de esa forma se garantiza que aquel que se incorpora al mismo, si reúne todas las condiciones académicas suficientes y formativas específicas para poder realizar el ejercicio de nuestra preciosa profesión, la de ser médico.

El Artículo 47.4 de nuestros estatutos y que se encabeza como Deberes de los Colegiados, expone que uno de estos deberes, es el de comunicar al Colegio, los cargos que ocupe en relación con su profesión y las especialidades que ejerza, y esto que es de vital importancia, no lo es solo a efectos de constatación en tu expediente personal, donde se debe disponer de una copia del título

correspondiente de la especialidad que ostentas, sino que con esa información los Colegios que son entidades de Derecho Público realizan funciones al servicio de la ciudadanía, a particulares, aseguradoras, autoridades, Administraciones Sanitarias e Instituciones en general, incluidos juzgados y con ello se garantiza la capacitación académica del colegiado que les atiende, que tienen en su plantillas o que nos solicitan los juzgados.

Y si antes era un función tradicional, y de carácter estatutario, ahora es un imperativo legal, la Ley Orgánica de Protección de Datos y el Reglamento de la misma en relación con los Colegios Profesionales proclaman que la colegiación y titulación profesional son datos públicos, si a ello le unimos que la Ley de Colegios Profesionales exige que los colegios tengan un sistema de ventanilla electrónica única, por medio del cual cualquier ciudadano, sin más requisitos que una conexión a internet, puede consultar la titulación de la que dispone de cada uno de nuestros colegiados, entenderéis la necesidad de la actualización y normalización de esta.

Para ello es necesario un mínimo esfuerzo de cada uno de vosotros, debéis aportar vuestra titulación a este colegio, la información que se proporcione a quien nos lo solicite (o lo consulte vía online), será lógicamente la que aparezca en nuestra base de datos, y de que esos datos sean reales nosotros somos responsables, pero el responsable en última instancia eres tú mismo, por lo tanto actualiza tus datos, envíanos tu/tus títulos de la especialidad.

Si el principal logro de la profesión es que la colegiación sea obligatoria, y en los Colegios, que no son reducto de intereses corporativos y corporativistas, tenemos importantes funciones al servicio de los intereses colectivos, y esos, son uno de los grandes retos a los que se enfrentan las corporaciones públicas, y desde ellas, y con ese dinámica de servicio, vamos a intentar conseguir una profesión moderna y con vocación de servicio. Tus datos son información pública, y es necesario que se ajuste a la realidad, y lo es por imperativo legal.

Por tanto ACTUALIZA/NORMALIZA tus títulos, llámanos o mándanos un email y te indicaremos como y donde.

*Para ello es necesario un mínimo esfuerzo de cada uno de vosotros, debéis aportar vuestra titulación a este colegio, la información que se proporcione a quien nos lo solicite (o lo consulte vía online), será lógicamente la que aparezca en nuestra base de datos, y de que esos datos sean reales nosotros somos responsables, pero el responsable en última instancia eres tú mismo, por lo tanto actualiza tus datos, envíanos tu/tus títulos de la especialidad.*

## LIQUIDACIÓN DEL PRESUPUESTO DE 2013

DR. JOSÉ ANTONIO MÁRQUEZ SÁNCHEZ  
Tesorería

[tesorero@colegiomedicobadajoz.org](mailto:tesorero@colegiomedicobadajoz.org)



Este primer número de cada año suele coincidir con las fechas de liquidación del presupuesto del ejercicio precedente, en este caso 2013, como establece el artículo 57 de los estatutos colegiales, ya que este trámite anual debe quedar cumplido en los tres primeros meses de cada ejercicio anual y con referencia a las cuentas del ejercicio inmediato cerrado.

La fecha de la asamblea en la que se rindieron las cuentas fue el 26 de marzo de 2014 y el documento provisional fue elevado al pleno de la Junta Directiva celebrado el pasado día 25 de febrero, acto que tiene por fin la deliberación y sometimiento a aprobación con carácter de documento previo, así como la puesta a disposición de los documentos que integran la liquidación en el plazo del mes previo a la celebración de la asamblea en la que han de someterse a la aprobación.

En la liquidación provisional consta un resultado de funcionamiento (ingresos menos gastos de funcionamiento) que asciende a unos 37,6 m€, cuantía que revierte a las operaciones de fondos (ingresos menos gastos de inversiones y otras operaciones de fondos), como es norma habitual de una entidad sin ánimo de lucro.

En cuanto a las inversiones que se realizaron en 2013 a las que se han destinado los rendimientos del funcionamiento del Colegio, citar las desarrolladas en ventanilla electrónica, web colegial y programa de gestión, con un montante cercano a los 15 m€. Además, la renovación de mobiliario y equipos de oficina, con 9,6 m€, y la reforma de las instalaciones eléctricas por otros casi 10 m€, totalizando una cifra cercana a los 35 m€. Por otra parte, la reducción de la operación de financiación de las reformas de la sede colegial, operada en 2007, ha supuesto una devolución de 56,6 m€, con tipos de interés medios por debajo del 1,5%, sensiblemente inferior a la rentabilidad de los capitales propios.

En definitiva, datos favorables, a pesar de los tiempos, que habilitan a nuestra institución para continuar con su política de servicio integral al colegiado y, sobre todo, para seguir creciendo en el ámbito de las prestaciones y colocando a nuestro colegio entre los de mayor relevancia del panorama nacional.

Para finalizar, dada la cercanía de la Semana Santa, como siempre, expresar mis deseos de disfrute de los días de asueto que tengáis en estas fechas.

## IX CONGRESO NACIONAL DE RESPONSABLES DE COMUNICACIÓN DE COLEGIOS DE MÉDICOS



RESCOM  
BADAJOZ 2014

Consulta toda la información en [www.rescom2014.com](http://www.rescom2014.com)



## FORMACIÓN CONTINUADA: EL CAMINO A LA EXCELENCIA

DR. GERARDO BLANCO FERNÁNDEZ

Vocalía de Formación Continuada

[fmc@colegiomedicobadajoz.org](mailto:fmc@colegiomedicobadajoz.org)

Quizás parezca muy ambiciosa la afirmación que encabeza este artículo. La excelencia puede parecer inalcanzable porque a veces la confundimos con la perfección, pero realmente el valor de la excelencia comienza con su propia búsqueda y pensamos que esta búsqueda no puede hacerse de otra forma que no sea la formación en el más amplio sentido de la palabra. La formación en cualquier organización revierte sin ninguna duda en una mayor calidad de servicio y en una mejora de la productividad.

Esto es aplicable en el ámbito sanitario y pasa por una profunda reflexión de las empresas o servicios públicos sobre cuáles son las necesidades formativas generales de sus trabajadores para fomentarla y organizarla. Ahora bien, este tipo de formación común como trabajadores de una organización debe ser complementaria de aquella otra formación en aspectos clínicos mucho más específicos. Por todos es conocida la gran avidez por formarse que nos caracteriza a los médicos, sin importar horario ni número de horas ni incluso días de la semana. La oferta formativa es enorme y nos corresponde identificar aquella formación útil y de calidad, algo no siempre fácil dado que bajo el paraguas de formación, a veces, tratan de arrojarse otros intereses.

*Seguimos apostando por tener todos los canales de comunicación abiertos para que sean los colegiados los que nos manifiesten tanto las necesidades que perciban y en las que podemos trabajar por canalizar, como la oferta de formación que quieran realizar desde el colegio, donde no solo están disponibles las instalaciones, sino también la ayuda logística para difusión, solicitud de acreditación, etc.*



No obstante, no debería por esto penalizarse la formación como concepto, sino exigirse calidad de la misma bajo criterios claramente definidos. Desde el icomBA nuestro compromiso es trabajar para que la formación que de aquí parta sea acreditada con el fin de imprimir una calidad garantizada.

Como pensamos que no hay mejor medidor de las carencias formativas que uno mismo, además del programa formativo fundamentalmente en temas transversales del icomBA, seguimos apostando por tener todos los canales de comunicación abiertos para que sean los colegiados los que nos manifiesten tanto las necesidades que perciban y en las que podemos trabajar por canalizar, como la oferta de formación que quieran realizar desde el colegio, donde no solo están disponibles las instalaciones, sino también la ayuda logística para difusión, solicitud de acreditación, etc.

En esta misma línea y con la idea de fomentar la autoformación, desde esta junta directiva se ha trabajado en la convocatoria de becas para estancias formativas que ayuden a afrontar el esfuerzo económico personal que en muchas ocasiones nos supone ese camino de búsqueda de mejora que emprendemos, con el único objetivo de aportar algo nuevo o diferente a nuestros pacientes, que son el verdadero motor que nos impulsa para seguir aprendiendo, formándonos, analizando posibles errores... En definitiva: el motor que nos impulsa por ese camino a la excelencia.



## A PROPÓSITO DE LAS ELECCIONES EUROPEAS

DR. JUAN JOSÉ TORRES VÁZQUEZ  
Vocalía de Médicos de Atención Primaria Rural

mediaprural@colegiomedicobadajoz.org



Aprovechando que estamos en campaña de elecciones europeas, considero oportuno dedicar unas líneas para informar de la Directiva 2013/55/UE sobre cualificaciones profesionales publicada el 28 de diciembre de 2013 en el Diario Oficial de la UE que ha entrado en vigor en enero de este año.

Esta normativa nos afecta directamente y será de obligado cumplimiento el 18 de enero de 2016. Debido a su trascendencia, ha sido objeto de análisis en la asamblea nacional de esta vocalía celebrada el 7 de marzo, ya que va a marcar el trabajo de distintas comisiones de estudio en el seno de la OMC para modular su implantación y para que su entrada en vigor sea lo menos traumática posible, permitiendo a la profesión su paulatina adaptación a estos cambios.

Esta directiva, con el fin de garantizar un elevado nivel de salud pública y seguridad de los pacientes en la unión, pretende consolidar el sistema de reconocimiento mutuo de títulos entre los estados miembros. Para ello establece unos criterios de formación homogénea para el reconocimiento automático de la experiencia profesional, hecho que permitirá un nuevo régimen de libre prestación de servicios médicos en el seno de la unión.

Los puntos fundamentales de esta normativa son: formación básica, formación especializada, desarrollo profesional continuo, sistema de créditos europeos, reconocimiento de períodos de prácticas, tarjeta profesional europea, mecanismo de alerta para la comunicación de sanciones, conocimientos lingüísticos, prestación de servicios, centros de asistencia, ventanillas únicas y transparencia.

De todos estos puntos, podemos destacar la obligatoriedad que tienen los Estados miembros de promover el Desarrollo Profesional Continuo (DPC). En este sentido, los Estados deben promover el DPC de los médicos y comunicar a la comisión las medidas adoptadas en este ámbito. Este DPC debe abarcar aspectos tales como la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en actividades de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión. Este apartado tiene una especial

trascendencia para los colegios de médicos y las sociedades científicas que, junto con la administración, deberán armonizar los mecanismos necesarios para evaluar el desarrollo profesional. En este sentido, ya se ha formado un grupo de trabajo en seno de la OMC en el que este colegio está representado por esta vocalía.

Otro aspecto interesante es el de la tarjeta profesional. Esta tarjeta será de carácter voluntario, se gestionará a través del sistema de información del mercado interior (IMI) y su finalidad es la de garantizar un reconocimiento más eficaz y transparente de las cualificaciones profesionales. Su objetivo es simplificar el procedimiento de reconocimiento y ganar en eficiencia económica y operativa con el fin de beneficiar a profesionales y a las autoridades competentes.

Toda la información referente a esta normativa la podemos encontrar en la página:  
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJL:2013:354:0132:0170:ES:PDF>

En definitiva, como vemos, los comicios europeos cada vez nos afectan más de cerca, por ello conviene estar al tanto de lo que llevan en sus programas electorales las distintas formaciones políticas que compiten por sus escaños.

*Los puntos fundamentales de esta normativa son: formación básica, formación especializada, desarrollo profesional continuo, sistema de créditos europeos, reconocimiento de períodos de prácticas, tarjeta profesional europea, mecanismo de alerta para la comunicación de sanciones, conocimientos lingüísticos, prestación de servicios, centros de asistencia, ventanillas únicas y transparencia.*



## EL MODELO "ECO"

DR. CARLOS LÓPEZ BERNÁLDEZ

Vocalía de Médicos de Atención Primaria Urbana

[medapurbana@colegiomedicobadajoz.org](mailto:medapurbana@colegiomedicobadajoz.org)

*La falta de estímulos sanitarios y de evaluación del producto sanitario, añadido a las barreras a la gestión, a la formación, a la prescripción y al diagnóstico, acaban con la idea del desarrollo profesional, y una vez olvidados los objetivos sanitarios, el trabajo del médico puede convertirse en una cadena de decisiones motivadas por objetivos económicos.*

Desde esta ventana abierta, que es la página de mi vocalía, quiero comenzar con mi enhorabuena al servicio médico del Centro Penitenciario de Badajoz, pionero en España en la formación de los residentes de Mfyc y EIR de Badajoz, gracias a la iniciativa y colaboración del propio servicio médico, del trabajo coordinado de varias vocalías de icomBA y de la comisión de docencia del área, del SES.

Resaltar el impulso que está tomando el Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP) como órgano consultivo de la AP, tomando iniciativas para la mejora de la asistencia sanitaria y de la profesión médica.

Dar a conocer dos proyectos ya en marcha: 1) los foros de la profesión médica, donde trataremos, con la ayuda de expertos y la participación de la administración sanitaria, asuntos de interés y de actualidad profesional para elaborar recomendaciones sanitarias; y 2) el lanzamiento, por parte de las vocalías de AP del icomBA, de una encuesta dirigida a los médicos de AP, elaborada por médicos referentes en AP, y que recogerá la opinión de nuestro colectivo. Desde aquí os pido colaboración para obtener la opinión de la mayoría.

No puedo dejar de hacer un homenaje desde aquí a los EAP urbanos de Badajoz, que por iniciativa propia, desde hace años, con tesón y la voz de sus coordinadores, vienen trabajando en positivo por la mejora de la Atención Primaria con un modelo de participación modélico.

Cuando salgan estas líneas ya habrá tenido lugar el primer encuentro de AP organizado por las tres sociedades de AP extremeñas. Desde aquí felicitar a todos los médicos de familia extremeños por esta gran primera piedra en el desarrollo de una AP unida y fuerte. Ése es el camino.

Por último, la falta de estímulos sanitarios y de evaluación del producto sanitario, añadido a las barreras a la gestión, a la formación, a la prescripción y al diagnóstico, acaban con la idea del desarrollo profesional, y una vez olvidados los objetivos sanitarios, el trabajo del médico puede convertirse en una cadena de decisiones motivadas por objetivos económicos.

La necesidad de realizar una evaluación económica de la sanidad surge de la condición de administrar los recursos cada día más escasos. Pero la gestión económica no resuelve ni plantea el problema de los clínicos en términos de eficiencia sanitaria, ni aborda otros aspectos de la decisión clínica, como la equidad, la ética profesional o las preferencias individuales de los pacientes.

Lejos de un modelo sanitario donde los objetivos son los ciudadanos, se puede crear un modelo en el que el único objetivo sea reducir gastos a espaldas de los objetivos sanitarios, olvidando los principios de racionalización del uso de los recursos existentes, de beneficio social, de eficiencia sanitaria, de adecuación de costes y de equidad.

La evaluación económica sanitaria es un método sistemático de análisis, diseñado para ofrecer una información sobre programas o intervenciones sanitarias alternativas y sirve de apoyo para la toma de decisiones informadas, no para la gestión sanitaria.



## SANIDAD TRANSFRONTERIZA

DR. MANUEL FERNÁNDEZ CHAVERO  
Vocalía de Medicina Privada por Cuenta Ajena

[medprivadaca@colegiomedicobadajoz.org](mailto:medprivadaca@colegiomedicobadajoz.org)

*"Junto a la excelencia, viene el reconocimiento"* William Thackeray



En nuestra reunión de Vocalías de Medicina Privada se ha tratado el tema de la sanidad transfronteriza. Su importancia, su repercusión en la sanidad privada y nuestra condición de provincia fronteriza justifican este escrito. Creo interesante hacerlos conocedores de una serie de datos que nos sirven para ubicarnos:

- Europa es un colectivo de 500 millones de personas.
- Tienen fijadas su residencia en España 2.500.000 de extranjeros. 500.000 son mayores de 55 años.
- Recibimos 60 millones de visitantes extranjeros al año. Asistencia con TSE: 500.000 ciudadanos comunitarios.
- Gasto sanitario en la U.E.: 10.000 millones de euros.
- 700.000 extranjeros han accedido sin derecho a la tarjeta sanitaria, lo que ha ocasionado un gasto de 917 millones de euros.

Las normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza quedan establecidas en el Real Decreto 81 / 2014 (B.O.E. de fecha 8 de febrero de 2014). Se ordena en veinticuatro artículos estructurados en seis capítulos:

**Capítulo I:** disposiciones generales, objeto, ámbito de aplicación.

**Capítulo II:** determina las garantías para el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de calidad en ambas direcciones: España- Europa-España.

**Capítulo III:** información a facilitar, accesible y actualizada, por el punto nacional de contacto, que se establece y regula con el fin de garantizar información a los pacientes de España-Europa o bien de Europa-España.

**Capítulo IV:** disposiciones relativas al reembolso de los gastos derivados de la asistencia transfronteriza.

**Capítulo V:** asistencia sanitaria que requiere autorización previa.

**Capítulo VI:** cooperación entre España y los demás estados en los siguientes ámbitos: información sobre profesionales sanitarios, reconocimiento de recetas extendidas en otro estado miembro, redes europeas de referencia, enfermedades raras, sanidad electrónica y evaluación de las tecnologías sanitarias.

En resumen:

- Los españoles podrán elegir y acudir a otro país de la U.E. para recibir asistencia sanitaria.
- La asistencia podrá ser prestada por servicios públicos o privados.
- Los pacientes adelantarán el pago.
- El reembolso se ajustará a las tarifas oficiales de cada servicio de salud (CCAA, INGESA, MUFACE).

### TIPOS DE PRESTACIONES

PRESTACIONES SIN AUTORIZACIÓN PREVIA:

Las incluidas en la cartera básica de servicios del S.N.S o en la cartera complementaria de cada CC.AA.

PRESTACIONES EXCLUIDAS:

- Cuidados de larga duración.
- Trasplantes
- Programas de vacunación pública

PRESTACIONES SIN AUTORIZACIÓN PREVIA:

Las incluidas en la cartera básica de servicios del S.N.S o en la cartera complementaria de cada CC.AA.

- Siempre que haya que pernoctar una noche o más.
- Procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, atención a pacientes con problemas complejos o de elevado coste económico -PET, PET-TAC-, reproducción humana asistida, diálisis, cirugía mayor ambulatoria que requiera utilización de implantes, radioterapia, tratamientos farmacológicos o productos biológicos cuyo importe mensual supere los 1500 euros, radiocirugía, análisis genéticos, ciertos tipos de tratamientos para discapacidades, etc.

La asistencia sanitaria transfronteriza puede ser una lanzadera para la sanidad privada. Un reto de gran envergadura que puede tener una inmensa repercusión en una doble vertiente: expansión y calidad. Nuevos retos, nuevas exigencias, pero junto a la excelencia viene el reconocimiento.



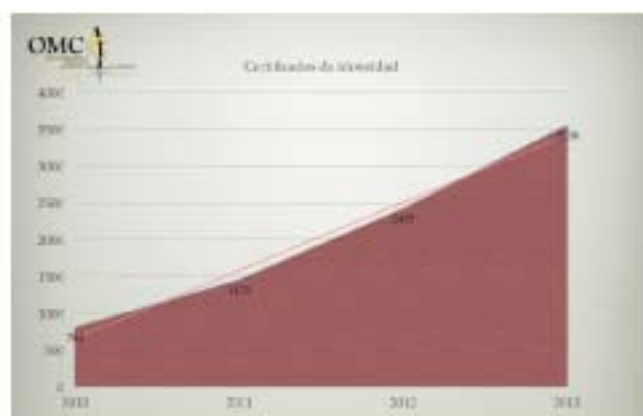
## OPEM: EMIGRAR, UNA OPCIÓN VÁLIDA, PERO CON GARANTÍAS

DR. JOSÉ LUIS MARTÍN RODRIGO  
Vocalía de Médicos en Precario

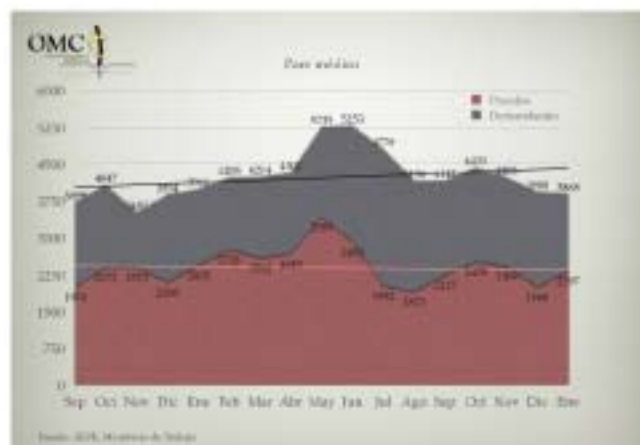
[medemprecario@colegiomedicobadajoz.org](mailto:medemprecario@colegiomedicobadajoz.org)

Hasta hace poco tiempo, el paro médico era algo casi insólito. Es más, en 2007, según un estudio del Ministerio de Sanidad, eran necesarios entre quince y veinte mil médicos. Seis años más tarde, sobran los mismos. En diciembre de 2013 había 3.868 médicos en demanda de empleo y 2.297 en paro (imagen 1). Durante los dos primeros meses del año 2014 no cambia la tendencia, sino que se mantiene un ritmo ascendente en ambas cifras. A estos hay que sumarle otro gran número de médicos, que no aparecen en las estadísticas y que no están en paro, pero se encuentran en una situación de precariedad laboral e incertidumbre (reducciones de jornadas, contratos mensuales, etc.)

Esta situación hace que muchos compañeros, jóvenes y no tan jóvenes, comiencen a plantearse la posibilidad de emigrar, tanto a destinos tradicionales como Reino Unido o Alemania, como a otros lugares más exóticos y hasta ahora desconocidos para la mayoría, como Arabia Saudí o Qatar, buscando sobre todo de una estabilidad laboral que en nuestro país y en nuestra comunidad extremeña no la encuentran. Circunstancia que se ve reflejada en los certificados de idoneidad emitidos por la OMC (imagen 2) y en los emitidos en nuestro icomBA, expediciones que han aumentado en un 50% desde 2008.



Ante esta nueva coyuntura laboral de paro y mayor precariedad, la OMC ha creado la Oficina de Promoción de Empleo Médico (OPEM) (<http://opem.fphomc.es>), que nace con la vocación de servir a colegios y profesionales de herramienta en la búsqueda de información y empleo, tanto a nivel nacional como principalmente internacional.



La OPEM tiene como objetivo poder recabar el máximo de información, tanto de trámites como de ofertas, para que aquellos médicos que estén pensando en cambiar de empleo y de país, encuentren oportunidades que satisfagan sus expectativas y las escojan plenamente informados de lo que conlleva. Y sobre todo para tener unas garantías de que lo que las empresas ofrecen es lo que realmente se van a encontrar en su destino, evitando aceptar ofertas-trampa o engañosas. Para este fin, se ha diseñado la plataforma donde los médicos podrán inscribirse y recibir puntualmente ofertas que se ajusten a su perfil profesional y deseo.

Aunque esta oficina aún no está a pleno rendimiento, animamos a todos aquellos colegas que estén pensando en emigrar, para que lo hagan con garantías, visiten esta nueva oficina que atiende de manera individualizada todas y cada una de las consultas que llegan a su buzón.

*Esta situación hace que muchos compañeros, jóvenes y no tan jóvenes, comiencen a plantearse la posibilidad de emigrar, tanto a destinos tradicionales como Reino Unido o Alemania, como a otros lugares más exóticos y hasta ahora desconocidos para la mayoría.*

## SIN DERECHO A UNA VOCALÍA PROPIA

DRA. BEATRIZ GALVÁN DÍAZ  
Vocal de Médicos en Formación MIR del icomBA

medformacion@colegiomedicobadajoz.org



El día 14 de Diciembre de 2013, en la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) celebrada en Granada, se procedió a dar lectura y posterior aprobación por votación de la propuesta de reforma de los Estatutos Generales del CGCOM. Entre otros cambios de organización, se introducía la modificación de la que hasta entonces había sido la Vocalía de Médicos en Formación /MIR, para pasar a convertirse en Vocalía de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo (fusión de Vocalía de Médicos en Formación y Vocalía de Médicos en Situación de Empleo Precario).

Tras la aprobación de tales cambios, en la Asamblea de la Vocalía de Médicos en Formación y Empleo precario celebrada en Madrid el 18 de Enero de 2014, se procedió a comunicar que en nuestro Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, tras votación realizada en el Pleno de Junta Directiva de 9 de Enero de 2014, mantendría la situación previa de las Vocalías.

Para entender este acuerdo, es conveniente recordar la situación actual de los Médicos en Formación en Extremadura. En enero de 2014, realizan la residencia en Extremadura 563 médicos, distribuido por años de residencia según exponemos en la tabla siguiente:

	TOTAL	PORCENTAJE
1 <sup>er</sup> AÑO DE RESIDENCIA (2013)	128	22,7 %
2 <sup>o</sup> AÑO DE RESIDENCIA (2012)	140	24,9 %
3 <sup>er</sup> AÑO DE RESIDENCIA (2011)	134	23,8 %
4 <sup>o</sup> AÑO DE RESIDENCIA (2010)	131	23,3 %
5 <sup>o</sup> AÑO DE RESIDENCIA (2009)	30	5,3 %
TOTAL AUTONÓMICO	563	100 %

TABLA 1.- MÉDICOS MIR EN EXTREMADURA POR AÑO DE RESIDENCIA (2014)

Se observa un discreto descenso de los médicos MIR de las convocatorias 2012 y 2013, en relación con el descenso del número de plazas MIR ofertadas. En el último año, se ha producido una reducción del 1,4% sólo en lo que a los profesionales médicos se refiere. Si tuviésemos en cuenta las plazas ofertadas para otros profesionales residentes (psicólogos, químicos, biólogos y radiofísicos) vemos que esta reducción aumenta hasta en un 11%.

Las especialidades médicas suponen un 81% de los residentes, seguidos del 12% de las médico-quirúrgicas y las quirúrgicas un 6,7%. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la de mayor número de residentes, 235 en total, seguida de Medicina Interna y Pediatría con 28 residentes, y Cirugía Ortopédica y Traumatología y Obstetricia y Ginecología con 19 y 16 residentes respectivamente. Estas cinco suponen el 58% de las especialidades con médicos en formación.

	TOTAL	PORCENTAJE
ESPECIALIDADES MÉDICAS	457	81,2 %
ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS	68	12,1 %
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	38	6,7 %
TOTAL RESIDENTES	563	100 %

TABLA 2.- MÉDICOS MIR EN EXTREMADURA POR ESPECIALIDAD

Actualmente en Extremadura se están formando casi 600 médicos MIR. Por ello expresamos la disconformidad con la decisión del CGCOM de que se elimine la Vocalía de Médicos en Formación MIR. Hay motivos suficientes para que este colectivo médico siga teniendo una vocalía con entidad propia en su Colegio de Médicos.

*Actualmente en Extremadura se están formando casi 600 médicos MIR. Por ello expresamos la disconformidad con la decisión del CGCOM de que se elimine la Vocalía de Médicos en Formación MIR. Hay motivos suficientes para que este colectivo médico siga teniendo una vocalía con entidad propia en su Colegio de Médicos.*

# 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)

## LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE REGULA LA DIRECTIVA 2011/24/UE DE SANIDAD TRANSFRONTERIZA

LA DIRECTIVA EUROPEA 2011/24/UE DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA REGULA LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE SE TRASLADAN A OTROS PAÍSES DE LA UE, ASÍ COMO OTROS ASPECTOS ENTRE LOS QUE CABE DESTACAR LA IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR EN LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO Y LA GARANTÍA DE IDONEIDAD PROFESIONAL.



Parlamento Europeo.

El Consejo General de Colegios Médicos quiere destacar las competencias que le corresponde a la Organización Médica como autoridad de ejercicio profesional, siempre en defensa de los pacientes, y dar a conocer a los médicos y a toda la sociedad cuáles son estos derechos y cómo se ejercitan, según se informa en el "Boletín Europa al Día", nº 400 del Departamento Internacional de la OMC.

Esta Directiva refuerza el papel de la OMC al regular cuestiones como la identificación del médico prescriptor en la continuidad del tratamiento en el reconocimiento de recetas en otro Estado miembro y la garantía de idoneidad profesional.

La Directiva 2011/24/UE viene a garantizar un derecho reconocido en los Tratados fundacionales, pero sobre el que no se había desarrollado una normativa.

De hecho, en los últimos quince años, ha habido más de doce casos ante el Tribunal de Justicia en los que se han planteado cuestiones con el fin de obtener una interpretación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. El desarrollo de esta jurisprudencia basada en casos individuales, no podía dar una respuesta general para la movilidad de los pacientes.

El propósito de la Directiva 2011/24/UE, no es fomentar la asistencia sanitaria transfronteriza, sino facilitar a los

pacientes el derecho al acceso a dicha asistencia en determinadas circunstancias.

### QUÉ ASPECTOS REGULA ESTA NORMATIVA

- El reembolso de los gastos en la asistencia sanitaria transfronteriza.  
La telemedicina.
- El reconocimiento de recetas en otro Estado miembro.  
La identificación del médico prescriptor/control deontológico/idoneidad profesional...  
El acceso a la historia clínica del paciente.
- Los "Puntos nacionales de contacto", que son centros de información sobre ejercicio profesional.

### QUÉ ASPECTOS NO REGULA LA DIRECTIVA

- Los cuidados de larga duración: La Directiva cubre los tratamientos médicos de larga duración, como por ejemplo la diálisis, diabetes, epilepsia... que están incluidos en su ámbito, pero no cubre los servicios que están descritos como "asistencia social", es decir, los cuidados prolongados en el caso de servicios cuyo propósito sea apoyar a la gente que necesita asistencia para su rutina diaria, se excluye específicamente de la Directiva.
- El acceso a órganos y su asignación.
- Venta de medicamentos y productos sanitarios por Internet.

## ¿QUÉ DERECHOS RECONOCE ESTA NORMATIVA A LOS PACIENTES

La mayoría de los pacientes prefiere tratarse en su propio país pero pueden darse circunstancias en las que se busque asistencia fuera por necesitar una atención muy especializada, o en zonas fronterizas en las que el centro apropiado más cercano se encuentra en el país vecino.

Esta normativa ofrece al paciente el derecho de reembolso de la asistencia sanitaria recibida en otro Estado miembro. Tiene también derecho a una copia de su historial médico por escrito o por medios electrónicos y la garantía de la continuidad del tratamiento entre los diversos profesionales.

En el caso de la asistencia hospitalaria, uno de los principales logros de esta nueva Directiva es que los pacientes podrán elegir prestador de servicios sanitarios, recibir asistencia sanitaria no hospitalaria en otro país sin autorización previa ni formalidades, y solicitar el correspondiente reembolso a la vuelta. La Directiva no abarca únicamente a prestadores públicos de servicios, sino también a los privados.

Los pacientes que se desplacen a otro estado miembro de la UE en busca de tratamiento recibirán el mismo trato que los ciudadanos del país que los acoja.

## CUÁL ES EL PAPEL DE LA OMC EN LA APLICACIÓN DE ESTA DIRECTIVA EN ESPAÑA

La OMC tiene un papel fundamental en dos aspectos de la Directiva, que son:

1) La información sobre el derecho del médico a ejercer: en base al artículo 6 de la Directiva se facilitará "información sobre el derecho de un prestador específico a prestar asistencia y de las posibles restricciones a su ejercicio", mediante la función de control deontológico y la certificación continua de la idoneidad profesional.

2) La identificación del médico prescriptor en la continuidad del tratamiento.

## CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO, RECONOCIMIENTO DE RECETAS EN OTRO ESTADO MIEMBRO

El concepto de asistencia sanitaria transfronteriza, incluye, no sólo los gastos de la asistencia sanitaria sino también de la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios.

## HISTORIA CLÍNICA Y PROTECCIÓN DE DATOS

El país de origen hará que el prestador de servicios del país de tratamiento tenga acceso a la historia clínica del paciente, en papel o en formato electrónico.

## INTEROPERABILIDAD Y SOLUCIONES DE SANIDAD ELECTRÓNICA: TELEMEDICINA

En la prestación de asistencia sanitaria que recurre al uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la Unión, se emplean formatos y normas muy diferentes e incompatibles. La interoperabilidad de las soluciones de sanidad electrónica debe lograrse dentro del respeto de las normativas nacionales sobre la prestación de servicios de asistencia sanitaria adoptadas para la protección del paciente.

## ¿QUÉ OCURRE CON LA LEGISLACIÓN EXISTENTE?: REGLAMENTOS RELATIVOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

La normativa recogida en los reglamentos de seguridad social de la UE, se centra en los acuerdos entre los sistemas de seguridad social y la nueva Directiva no afecta a las prestaciones ya reconocidas en los mencionados reglamentos. Por lo tanto, los ciudadanos que necesiten asistencia (incluso de urgencia) al encontrarse temporalmente en el extranjero seguirán beneficiándose de la reglamentación existente y recibiendo los cuidados que precisen.

## REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS: SISTEMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Las autoridades nacionales pueden introducir un sistema de autorización previa en tres casos:

- 1) Cuando la asistencia requiere una hospitalización de, al menos, una noche.
- 2) En casos muy especializados y muy caros.
- 3) En casos graves y relacionados con la calidad o la seguridad de la asistencia en el extranjero. En estos tres casos, los pacientes pueden tener que pedir autorización previa a las autoridades de su país de las que dependa el reembolso.

### ¿Me pueden denegar esta autorización?

Las autoridades sanitarias nacionales pueden denegar la autorización si el tratamiento o el prestador de servicios pueden representar un riesgo para el paciente. También puede denegarse la autorización si en el propio país puede ofrecerse una asistencia sanitaria apropiada en un plazo razonable, pero entonces los Estados miembros han de justificar el por qué de tal decisión.

### ¿Qué porcentaje me reembolsarán de lo que me ha costado el tratamiento en el extranjero?

Se reembolsará a los pacientes en la misma medida que en su propio país para el mismo tipo de asistencia. Los Estados miembros en que la asistencia es gratuita tendrán que comunicar a los pacientes el porcentaje que se reembolsa.

### ¿Puedo ir a que me atiendan en el extranjero si en mi país no se ofrece este tratamiento?

Sí. Si un Estado miembro no dispone de un tratamiento, las autoridades sanitarias nacionales no pueden denegar a un paciente la autorización de que se lo administren en otro país de la Unión Europea. Pero dicho tratamiento les será reembolsado a los pacientes si corresponde al «paquete nacional de prestaciones sanitarias».

### ¿Tengo que adelantar el dinero del tratamiento transfronterizo?

Sí. En general el paciente adelanta el dinero, que después las autoridades nacionales le reembolsan lo antes posible. La normativa también contempla que los estados miembros pueden confirmar previamente por escrito el importe del reembolso, sobre la base de un presupuesto aproximado presentado por el paciente.

### Más información en:

<http://www.medicosypacientes.com/articulos/archivos/imagenes/Boletin%20Europa%20400.pdf>



## NOVIEMBRE 2013

■ ALTAS

■ BAJAS

Gamero Gandarias	Natividad	06/35/04197	Medicina Familiar y Comunitaria
Ramírez Pérez	Francisco A.	06/06/06730	Licenciado en Medicina
Fuentes Guerrero	Montserrat	06/06/06731	Licenciado en Medicina
Fletes Peral	M <sup>a</sup> Carmen	06/06/05620	Anestesiología y Reanimación
Arroyo Fernández	Virginia	06/11/08541	Radiodiagnóstico
Salgado Pacheco	Antonio	06/11/08707	Angiología y Cirugía Vasculat
Díaz Delgado	Mario	06/41/15113	Anatomía Patológica

Pérez Rangel	Inmaculada		Traslado a La Coruña
Rodríguez López	Raquel		Traslado a Valencia
Abaurrea Ortiz	M <sup>a</sup> Pilar		Traslado a Sevilla

## DICIEMBRE 2013

■ ALTAS

■ BAJAS

Mendes Lopes	Vanessa	06/03/11097	Licenciado En Medicina
Moreno Zafra	Soraya	06/21/04452	Otorrinolaringología
Segura Masa	M <sup>a</sup> Jesús	06/10/03809	M. Familiar Y Comunitaria
Bellido González	Elvira	06/06/06733	Crugía Ortopédica y Traumatología

Fernández García	M <sup>a</sup> Teresa		Traslado A Cáceres
González Anguita	Irene		Traslado A Madrid
García-Izquierdo Jaén	M <sup>a</sup> Teresa		Traslado Al Extranjero
Ortega Martínez	Marta		Traslado A Cáceres
Andújar Quirós	Belén		Cese Ejercicio
Exalus	Diara Jihane		Cese Actividad Laboral

## ENERO 2014

■ ALTAS

■ BAJAS

■ FALLECIMIENTOS

Vázquez Rodríguez	Gonzalo	06/04/04187	Urología
Sánchez Conejero	Mª Carmen	06/08/36331	Medicina Del Trabajo
Gómez Martín	Ana María	06/41/15231	M. Familiar Y Comunitaria
Artigas García	Rosa	06/03/07621	M. Familiar Y Comunitaria

Valencia Astudillo	Andrés		Traslado al Extranjero
Márquez Rojas	Jesús		Traslado a Cáceres
Ayala Semidel	Marco A.		Traslado a Palma De Mallorca
Ortega Laureano	Lucía		Traslado al Extranjero
Muñoz Muñoz	Mª Jesús		Invalidez Absoluta

Cintas Físico	Juan		Fallecimiento
Jirón Astiguetta	Antonio O.		Fallecimiento

## FEBRERO 2014

■ ALTAS

■ BAJAS

Corchete Serviá	Alberto	06/10/03833	M. Familiar Y Comunitaria
Herreros Sánchez	María Ángeles	06/06/06734	Licenciada En Medicina
Andújar Quirós	Belén	06/06/06149	Anestesia Y Reanimación
Arrebola Benitez	Juan De Dios	06/10/04064	Medicina Interna
García Salguero	Ana Isabel	06/29/09318	Anatomía Patológica

Garrido Montero	Julián		Traslado A Cáceres
Shub Skorniakov	Maxim		Traslado A Cádiz
Viloria Villarreal	Rosa Margarita		Traslado A Madrid
Portilla Cuenca	Juan Carlos		Traslado A Cáceres
Casasnovas Rodríguez	Mª Del Pilar		Traslado A Alicante
García Peñalver	Cristóbal		Traslado A Alicante

## RICARDO DE LORENZO Y MONTERO MEDALLA DE ORO DEL ICOMBA

Especialista en Derecho Sanitario y Laboral, Seguridad Social, Derecho Administrativo, Derecho de las Nuevas Tecnologías Sanitarias y Derecho Farmacéutico. Es licenciado en Derecho por la UCM (1968-1973), postgraduado por la City Of London Polytechnic, Guildhall University (Londres). Ha realizado cursos de doctorado en la Facultad de Medicina de la UCM.

Ha sido fundador y director-profesor del I Master de Derecho Sanitario de la Facultad de Medicina de la UCM. Es profesor de Derecho Sanitario, así como codirector y profesor del Master en Derecho Sanitario en la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo CEU de Madrid.

De Lorenzo y Montero ha escrito numerosas publicaciones y libros. Entre otros muchos: *Comentarios a Ley de Protección de Datos*; *Marco Legal de la Sedación en Endoscopia Digestiva*; *Protección de Datos en el Derecho Sanitario*; *Ética en la objeción de conciencia*; *Aspectos Legales del Acto Médico en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial*; *Curso de Derecho Sanitario para Médicos de Atención Primaria*; *Información, Consentimiento y Documentación Clínica en Dermatología*; *Derechos y Obligaciones de los Pacientes*; *El Médico y el Farmacéutico ante el Código Penal*; *Manual Práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Oncólogos*; *Manual Práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Ginecólogos y Obstetras*.

Además, ha dirigido y coordinado el Plan de Formación en Responsabilidad Profesional para Médicos de la Asociación Española de Derecho Sanitario y es coautor del Código Sanitario (recopilación legislativa del Derecho Sanitario Español, 6 tomos), probablemente una de las más completas codificaciones europeas de legislación sanitaria.

Es presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario Académico; correspondiente honorífico de la Real Academia Nacional de Medicina; académico de honor de la Academia Española de Estudios Históricos de Estomatología y Odontología; y miembro del Comité de Presidentes de la Asociación Mundial de Derecho Médico, de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, del Mansfield Law Club de Londres y de la International Bar Association IBA.

Ha recibido numerosas distinciones, como el Premio Edimsa 1990 a la Trayectoria y Labor Profesional en el Mundo del Derecho Médico, el Premio El Médico 1994 al Autor del Año, el Premio Edimsa 1997 por su labor al frente de la Asociación Española de Derecho Sanitario, el Premio Primera Década 1998 de la coordinadora de médicos de hospitales por su contribución al conocimiento y difusión del derecho sanitario, el Premio Maimónides otorgado por The Society for Medicine and Law in Israel (2001) y el Premio Medical Economics (2008).



## ANTONIA LÓPEZ GONZÁLEZ MEDALLA DE ORO DEL ICOMBA

Esta médico especialista en medicina tropical nació en Guareña (Badajoz) en 1967. Cariñosamente llamada Dra. Tony, es un ejemplo de solidaridad, de generosidad, de empeño, de dedicación y, por encima de todo, de lucha por un mundo mejor.

Estudió medicina en la Universidad de Extremadura y es experta en P.C.I.S. (Patient Care Information System, del Servicio de Salud de los Nativos Americanos), en programas de salud para la cooperación al desarrollo y en programas de formación en procesos de toxicomanías, además de poseer un Master en drogodependencias y SIDA.

Por si fuera poco Antonia López es especialista en hansenología (lepra) por el Instituto de Dermatología Tropical e Venerología "Alfredo da Mata" del estado de Amazonas de Brasil. En él ejerce como médica visitante y como técnica en fisioterapia. Compagina esta labor con la de profesora visitante en universidades españolas, italianas y brasileñas y con su puesto como coordinadora de los cursos Ipiranga de medicina tropical para agentes de salud en Brasil.

Fruto de sus inquietudes en defensa de la justicia social e igualdad de derechos en la lucha por la supervivencia, creó junto con un grupo de amigos la Asociación Comité Ipiranga, una ONG orientada al trabajo de prevención en salud en Brasil y en otros países tropicales y de la que ella es presidenta-fundadora.

Desde la década de los noventa, la organización actúa preferentemente en la región amazónica del río Purús, una

zona carente de carreteras transitables, lo que llevó Dra. Tony a buscar ayudas para conseguir un barco hospital, dotado con un equipo de agentes de salud. Además, la ONG de la que forma parte mantiene bolsas de estudios para jóvenes de la propia región para dar continuidad al trabajo.

Es autora de un libro sobre enfermedades dermatológicas tropicales olvidadas de rango endémico en la región amazónica. Una obra que está sirviendo de guía para agentes de salud de la región y que ya se ha convertido en un referente internacional.

Fue presidenta, vicepresidenta y secretaria de sanidad social de la Asociación de Universitarios de Extremadura (AUNEX) y representante del claustro, de la junta de Gobierno y del consejo social de la Universidad de Extremadura. También ha ejercido como directora de la revista Leucemia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura.

Antonia López es conferenciante habitual en congresos, seminarios y reuniones sobre enfermedades tropicales en foros nacionales e internacionales. A esto hay que unir una larga lista de reconocimientos, entre los que se encuentran el Premio Cooperação e solidariade de AFA-Prelazia-Brasil, el Premio de Cooperación Internacional Derechos Humanos de Extremadura y la Medalla de Extremadura en 2002. Además es socia de honor de Aunex y socia honoraria del Colegio de Médicos de Forli Italia, entre otras muchas distinciones.



## DR. JUAN PABLO ALBA BUENO

### MEDALLA EL MÉRITO COLEGIAL DEL ICOMBA

Juan Pablo Alba es licenciado en medicina por la Universidad de Salamanca con la calificación de notable. Posee el título de médico especialista en cirugía general (1973) y el de médico especialista en traumatología y ortopedia (1970). Ha cursado, además, cuatro cursos de doctorado, todos con calificación de sobresaliente.

A lo largo de su trayectoria profesional ha ejercido como médico residente en la Residencia Sanitaria del Perpetuo Socorro (1965-1966), médico ayudante de traumatología en la Residencia Sanitaria Insalud (1966-1969), médico ayudante de cirugía general en la Residencia Sanitaria del Insalud (1969-1974), médico adjunto de cirugía general en la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social de Badajoz, médico por oposición de sanidad militar en el Ejército del Aire (1970), médico honorario de guardia del Hospital Provincial de la Diputación de Badajoz (1965-1970), profesor ayudante de clases prácticas de patología y clínica quirúrgica (1977-1983), así como profesor asociado de ciencias de la salud y colaborador con la cátedra de cirugía (1989-2005).

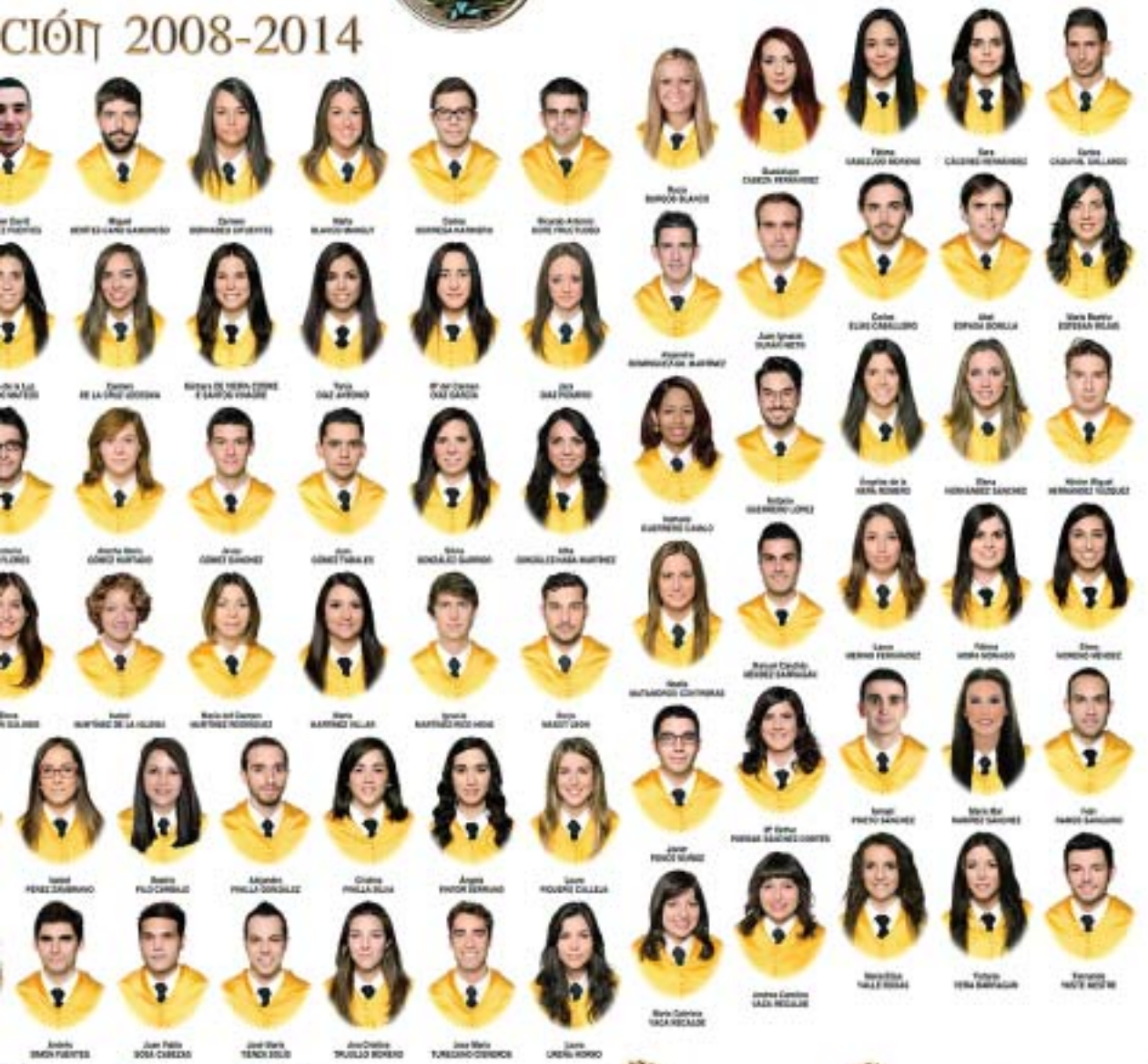
Alba Bueno fue designado miembro del claustro universitario constituyente de la Universidad de Extremadura en 1984. A esto hay que sumar otros méritos profesionales como su nombramiento como colaborador honorario de patología de clínica quirúrgicas por la Universidad de Extremadura, así como la concesión del cargo de jefe de sección en funciones de cirugía general en 1998.

Desde 2005 Juan Pablo Alba está jubilado.





UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 GRADUACIÓN EN MEDICINA  
 PROMOCIÓN 2008-2014





## I CERTAMEN FOTOGRÁFICO ICOMBA

### Primera. Finalidad.

El IcomBA, con el objetivo de impulsar la creatividad y la expresión artística de los colegiados, convoca el Certamen de Fotografía 2014.

### Segunda. Participantes.

Podrán participar todos los médicos colegiados en IcomBA, que estén al corriente de pago de las cuotas colegiales, excepto los componentes de la Junta Directiva y el Jurado del Certamen.

### Tercera. Trabajo Fotográfico.

Se establecen dos categorías:

1. Tema Libre.
2. Tema Profesión Médica.

El participante deberá consignar en la obra presentada a que categoría corresponde. Los trabajos deberán ajustarse a los temas propuestos.

Los participantes podrán presentar hasta un máximo de dos obras fotográficas por categoría:

-En papel fotográfico montado sobre soporte rígido, en tamaño máximo de 30x40 centímetros con el título de la obra en la cara posterior y acompañada de un archivo en formato electrónico jpg (soporte en CD) para su tratamiento digital.

- Debe ser inédita a fecha de solicitud, es decir no debe haber sido expuesta al público ni editada. Se deberá evitar cualquier signo que pueda llevar a la identificación del autor.

No se aceptarán obras que por su contenido explícito, sexual o violento puedan herir la sensibilidad de otras personas o instituciones. Las obras premiadas quedarán en propiedad del IcomBA, que tendrá los derechos de autor de las mismas.

### Cuarta. Lugar y plazo de presentación

Para participar, cada fotografía deberá venir acompañada de un sobre

cerrado que contenga el formulario del Anexo I cumplimentado junto con el CD. En el sobre figurará sólo el título de la obra.

El plazo de presentación de las obras, finalizará el día 16 de Mayo de 2014 a las 19.00 horas, considerándose para los trabajos enviados por correo, la fecha que figure en el matasellos.

### Quinta. Selección

El jurado valorará el trabajo y seleccionará al primer, segundo y tercer premio en cada modalidad.

El fallo del Jurado, se hará público y será inapelable. Si el jurado lo estima oportuno, los premios pueden quedar desiertos.

### Sexta. Premios

Se otorgarán los siguientes premios:

- 500 € al primer clasificado de cada categoría
- 300 € al segundo clasificado de cada categoría.
- 200 € al tercer clasificado de cada categoría.

Los premios se harán públicos durante la celebración del Día de la Profesión Médica.

NOTA: Al premio se le aplicará la retención establecida según Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Las obras premiadas se podrán exponer de forma permanente en el IcomBA, figurando las características del premio, el título de la obra y el nombre del autor.

### Séptima. Devolución de trabajos y aceptación de bases

Los participantes podrán recoger en la sede del IcomBA las obras no premiadas durante el mes Enero de 2015.

El IcomBA queda facultado para resolver cualquier contingencia no prevista en las Bases.

La participación en el certamen conlleva la aceptación de estas bases.



## FIESTA DE REYES MAGOS 2014



SS. MM. Los Reyes Magos con miembros de la junta directiva del icomBA y funcionarios del colegio. El Dr. Pérez Torralba ejerció de presentador y conductor de la fiesta y el Dr. Gil realizó un extraordinario esfuerzo porque no faltara ningún juguete a todos los niños inscritos en la fiesta.

El 4 de enero de 2014 celebramos la Fiesta de Reyes 2014, para hijos y nietos de médicos colegiados, con un éxito rotundo. Más de 300 niños acompañados por familiares abarrotaron el Palacio de Congresos de Badajoz. En el acto entregamos a Cáritas-Badajoz, representada por el Sr. Juan Santiago Garrido, el donativo acordado por la junta directiva.

## PRESENTACIÓN DEL LIBRO DEL DR. FERNÁNDEZ MASTRO

El 23 de enero de 2014, en el salón de actos de la sede central del icomBA, tuvo lugar la presentación del libro "El señor Gable" por el escritor y médico Dr. José Miguel Fernández Mastro y en compañía de nuestro presidente y el escritor D. Plácido Ramírez. Tras el acto el autor firmó ejemplares de su novela en la Biblioteca de nuestro colegio.



El Dr. Hidalgo con el autor y su esposa, la Dra. Carmen Blanco.

## Entrega de los premios del concurso de Tarjetas de Navidad 2013

El 26 de Diciembre de 2013 se procedió a la entrega de los galardones del IX Concurso de Tarjetas de Navidad, que un año más ha celebrado nuestro icomBA con gran éxito de participación. Acompañados por sus padres y familiares, nuestros ganadores recogieron con gran ilusión sus regalos, que colmaron con creces sus expectativas. Nuestra sincera felicitación a todos ellos.



Foto izqda.: El Dr. Hidalgo con la ganadora del concurso Claudia Morales Martínez y la 3ª clasificada Lucía Morales Martínez, junto al padre de ambas. Foto dcha.: El Dr. Hidalgo entrega el 2º premio al niño Nicolás García Cordobés, acompañado de su madre la Dra. Concepción Cordobés Durán y sus hermanos.

## Jornada de presentación en Extremadura del informe PANDAH: El TDAH en España



Mesa presidencial del acto.

El 21 de enero de 2014, en el salón de actos del icomBA se celebró una jornada de presentación del informe PANDAH: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en España. Contamos para ello con un magnífico grupo de ponentes encabezados por la Dra. Taciana Valverde, Subdirectora de Salud Mental del SES, el Dr. Javier Quintero, jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor de Madrid y el coordinador de salud mental del Área de Badajoz Dr. José Ramón Gutiérrez. Al acto estuvo presidido por el presidente del icomBA, Dr. Hidalgo.

### III CURSO BÁSICO DE DOLOR CRÓNICO



El salón de actos durante el desarrollo del curso.

El 12 y el 13 de febrero de 2014, en la sede colegial del icomBA en Mérida, se celebró el "III curso básico del dolor crónico", organizado por FUNCOMBEBA y dirigido por el Dr. Alcántara Montero de la Unidad de Dolor de Don Benito-Villanueva.

### Rueda de Prensa de la AOEX



Momento de la rueda de prensa.

El 3 de febrero de 2014, en el Aula Social de nuestra sede, acogimos la rueda de prensa convocada por la presidenta de la Asociación Oncológica Extremeña (AOEX), Dña. Isabel Rolán Merino, con motivo de la presentación del libro *Todo lo que empieza cuando "termina" el cáncer*. Una guía para supervivientes de cáncer, editada por el Grupo Español de Pacientes con Cáncer.



### I Foro del RÍCOMS contra agresiones a médicos y personal sanitario "Con la agresión Tolerancia Cero"

El pasado 31 de enero de 2014, en el Ilustre colegio Oficial de Médicos de Sevilla, se realizó el I Foro del RÍCOMS contra las agresiones a médicos y personal sanitario. En ellas participó el Secretario General del icomBA y Coordinador nacional del Observatorio contra agresiones de la OMC.

El Dr. Becerra durante el desarrollo del Foro en Sevilla.

### XXXV Coloquios Médico-Quirúrgicos de Zafra



Los ponentes rodeados del presidente del icomBA, el presidente de los Coloquios y el Dr. Carramiñana, miembro del comité organizador.

En esta ocasión en el Complejo Cultural Santa Marina de Zafra, tuvieron lugar dos magníficas conferencias. La primera estuvo a cargo del Dr. Pedro Conthe, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, sobre "Visión integradora del paciente con RCV alto". La segunda por la Dra. Sara Artola Menéndez, coordinadora de la RedGedaps, que presentó el nuevo algoritmo sobre la Diabetes Mellitus tipo 2 del RedGedaps. Ambas conferencias fueron de gran altura científica y dieron paso a un animado coloquio que, sin duda, engrandece el nombre de estos coloquios.

Al acto acudieron el gerente del Área de Salud de Badajoz, Llerena-Zafra, D. Cesar Téllez; el presidente del icomBA, Dr. Pedro Hidalgo; el presidente del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura y presidente del colegio de médicos de Cáceres, Dr. Carlos Arjona; el presidente de los Coloquios, Dr. José Alberto Becerra y estuvo presidido por la alcaldesa de Zafra, Dña. Gloria Pons Fornelino.



Miembros de la mesa inaugural.

## CURSO DE INSTRUCTOR VRCP Y DEA



Asistentes Curso de Instructor VRCP y DEA.

El 17 de febrero de 2014, el grupo de formación de Soporte Vital en Extremadura (ESVAP) de la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria (SExm-FYC), impartió este curso a los colegiados asistentes.

## Conferencia sobre Oncología pediátrica en Perú

El 26 de febrero de 2014, la asociación "Dando C@lor" organizó en nuestro Salón de Actos una conferencia con el oncólogo Dr. José A. Hernández Aparicio, que explicó las condiciones sociosanitarias de aquel país en el que esta asociación está desarrollando proyectos de colaboración a través de la asociación "Rayito de luz y esperanza".



(De izda a dcha) Dña. Ana Serra Dópidio, concejala de sanidad y consumo del ayuntamiento de Badajoz; el Dr. Hernández Aparicio, oncólogo peruano; el Dr. Pérez Torralba, vicesecretario del icomBA y anfitrión del acto y D. José A. Rosa Lemus, presidente de la asociación Dando C@lor.

## Videoconferencia PAS de la Hipertrofia Benigna de Próstata



El Dr. Jorge Mariño durante la videoconferencia.

El 12 de febrero de 2014 se celebró en el salón de actos de nuestro colegio una videoconferencia sobre la Pautas de Actuación y Seguimiento (PAS) en la hipertrofia benigna de próstata, fruto de la colaboración entre el Consejo General de Colegios de Médicos de España y el Ministerio de Sanidad. Celebrada de forma conjunta con otros colegios de médicos, moderaba la mesa de Badajoz el Dr. Jorge Mariño del Real, jefe de sección de Urología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz y Vocal de Médicos de Hospitales del icomBA.

## HOMENAJES A COMPAÑEROS POR SU JUBILACIÓN

En los últimos meses se han celebrado actos de homenaje a compañeros médicos que se han jubilado. Desde la redacción de Médicos de Badajoz, nuestra sincera felicitación a todos por su jubilación. Hemos acompañado en sus homenajes:



**DR. JUAN LUIS CORDERO CARRASCO**  
Pediátra Jefe de sección de Neonatología y Director General de Salud Pública de la Consejería de Salud

El Dr. Cordero acompañado del Dr. Hidalgo y el Dr. Becerra.



**DR. JUAN MIGUEL LÓPEZ GIMÓN**  
Médico de familia y especialista en Vacunas

El homenajeado Dr. López Gimón, recibe la placa de manos del Dr. Hidalgo



**DR. EDUARDO DELGADO**  
Anestésista del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

El Dr. Delgado con el Dr. Hidalgo en su homenaje.

## DÍA NACIONAL CONTRA LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO



El Dr. Becerra, Secretario del IcomBA y Coordinador del Observatorio, le coloca a la Defensora del Pueblo, el lazo simbólico.

Con motivo del Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario, la Defensora del Pueblo, Dña. Soledad Beceril, recibió al grupo del Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC.

## XXII Reunión de la SENEF



El nefrólogo Dr. Sánchez Casado moderó la reunión.

El 7 de marzo de 2014 la Sociedad Extremeña de Nefrología (SENEF) celebró en nuestro salón de actos la XXII Reunión de su sociedad. Se impartieron diferentes conferencias sobre el trasplante renal y acudieron invitados de toda la geografía española, tales como el Dr. Moreso Mateos del Hospital Valle de Hebrón de Barcelona y el Dr. Andrés Belmonte del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

## JORNADA "ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE EN LA LUCHA CONTRA EL DOPAJE"



Los presidentes P. Hidalgo y López Redondo firman el convenio de colaboración entre ambos colegios profesionales.

El 19 de febrero se celebró la Jornada "Actividad Física y Deporte en la lucha contra el Dopaje" organizada por el IcomBA y el Ilustre Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de Extremadura.

Participaron como ponentes D. Guillermo Olcina Camacho, doctor en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y Decano de la Facultad de Ciencias del Deporte; Dr. Leopoldo Gil Correa, Vicepresidente 1º del IcomBA y Médico habilitado por la Federación del deporte para realizar controles antidopaje; D. Javier Brazo Saayavera, Director deportivo de la Federación Extremeña de Atletismo; Dr. D. Jesús Muñoz Guerra, Jefe del Departamento de prevención y control del dopaje de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte.

Tras la realización de la jornada se realizó la firma del convenio entre ambos colegios profesionales representados por sus respectivos presidentes.

## I ENCUENTRO MÉDICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA



De izda a derecha: D. Manuel Granados, Director General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud; Jefe de Gabinete de la Alcaldía; Dña. Elena Nevado, alcaldesa de Cáceres; D. Luis Alfonso Hernández Carrón, Consejero de Salud del Gobierno de Extremadura; D. Pedro Hidalgo, Presidente del IcomBA; D. Joaquín García Guerrero, Director-Gerente del SES; D. José Luis Llisterrí, Presidente de SEMERGEN y D. José Polo, Vicepresidente 1º de SEMERGEN.

El 28 y el 29 se ha celebrado en el Complejo Cultural San Francisco de Cáceres, el I Encuentro Médico de la Atención Primaria de Extremadura. Evento histórico que supone la primera experiencia de unión organizativa de las tres sociedades científicas de la medicina de familia de la Atención Primaria (SEMERGEN, SEMG y SExMFYC), algo muy esperado por buena parte de la profesión médica, en la búsqueda de la unidad profesional científica.

## EL ANTEPROYECTO DE LEY DE COLEGIOS Y SERVICIOS PROFESIONALES. SOMBRAS Y LUCES (I)

D. HÉCTOR GALACHE  
Asesor Jurídico de icomBA



Luis de Guindos Jurado, ministro de Economía y Competitividad.

El Ministerio de Economía y Competitividad presentó en diciembre de 2012 el Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales. Se dio a conocer un esquema de lo que sería la futura Ley, un documento alojado en la página web del ministerio en formato "PowerPoint" y que de aprobarse modificaría las competencias de algunas profesiones. Entre otros cambios, los ingenieros podrían proyectar viviendas, los abogados ejercer como procuradores y cualquiera que contase con los recursos económicos suficientes podría abrir una farmacia. Todo ello mientras se condenaba a muerte a multitud de colegios profesionales, relegados a la condición de meras asociaciones de pertenencia voluntaria.

Desde entonces hasta ahora se han ido produciendo y

conociendo nuevas versiones (y filtraciones) del proyecto legal. El PDF sustituyó al PowerPoint y conocimos la evolución del texto articulado de la futura norma, que agitaba como razón de ser la transposición del derecho comunitario; la confusión legislativa imperante y la liberalización de un sector que supone el 9% del PIB, el 6% del empleo total y el 30% del empleo universitario.

Es evidente la necesidad de remozar un sector, el de los servicios, cuya regulación troncal era preconstitucional y que a veces daba cobijo a prácticas anquilosadas, estructuras arcaicas y el corporativismo más rancio.

Sin embargo, el texto, desde su génesis tuvo una notable y activa contestación. La primera oleada en contra

*Sin embargo, se contenían graves ataques al funcionamiento democrático de las corporaciones, instaurándose un régimen impropio de incompatibilidades para los miembros de las juntas directivas y estableciéndose la posibilidad de que la Administración pudiese disolver una junta de gobierno.*

llegó en septiembre de 2013 con la apertura del plazo de información pública. Fueron miles las alegaciones efectuadas contra el proyecto, firmadas por Colegios Profesionales, Consejos Generales de colegios profesionales, sindicatos, mutualidades, uniones interprofesionales, aseguradoras, particulares etc. Después la crítica vino por la vía del Consejo Económico y Social (dictamen 11/2013 de 27 de noviembre), el Consejo de Estado (27 de febrero de 2014) o incluso por el Ministerio de Justicia, muy crítico con la idea de suprimir la actual incompatibilidad que impide ejercer simultáneamente como abogado y procurador.

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz fue una de las entidades que presentó alegaciones y observaciones frente al proyecto de Ley. Y ello pese a que el mismo aseguraba una de las aspiraciones tradicionales del colectivo, tal como es la Colegiación Universal. Sin embargo, se contenían graves ataques al funcionamiento democrático de las corporaciones, instaurándose un régimen impropio de incompatibilidades para los miembros de las juntas directivas y estableciéndose la posibilidad de que la Administración pudiese disolver una junta de gobierno. Paradójicamente, el ideario liberalizador parece que es un mero titular o declaración de intenciones, toda vez que los textos del Ministerio son enormemente invasivos y llegan a fijar numéricamente el importe de las cuotas máximas que un Colegio puede cobrar a sus colegiados.

Hoy mismo, mientras se escriben estas líneas se acaba de conocer el último (o penúltimo o antepenúltimo, ya no se sabe) borrador de la Ley. Incomprensiblemente, el texto que se nos da a conocer a finales de marzo está calendado al 20 de diciembre de 2013. Es decir, antes de la fecha del preceptivo pronunciamiento del Consejo de Estado (con un voto particular todavía más vehemente) que sugiere al Ejecutivo varias enmiendas, tal como hemos señalado más arriba.

Vemos que el Ministerio ha permanecido insensible a muchas de las reivindicaciones efectuadas, aunque algo haya podido suavizarse con respecto a algunas cuestiones



Consejo de Ministros.

que aunque edulcoradas se mantienen. Todo parece indicar que la pugna no terminará con la publicación de una norma (cuyo calendario de gestación se está incumpliendo) y que una vez más, será el Tribunal Constitucional quien ponga la última palabra sobre el tema. Las profesiones seguirán (seguiremos) presentando batalla mientras el legítimo marco legal lo permita.

Más es cierto que el APL contiene también ideas positivas y que deben de ser ensalzadas. Es de justicia. Y entre ellas y resumidamente destacamos las siguientes:

1) Los códigos deontológicos serán únicos en todo el territorio nacional y deberán figurar en las ventanillas web de cada organización colegial.

2) Se refuerza la transparencia económica mediante la presentación y publicidad de las cuentas colegiales. Además en el caso de los colegios de pertenencia obligatoria, las mismas serán objeto de auditoría. Se publicará vía web una memoria anual inclusiva de contabilidad, expedientes sancionadores iniciados y concluidos, reclamaciones de consumidores recibidas y contestadas, y cambios en el contenido del código deontológico.

3) Se incorporan nuevas atribuciones a los colegios en materia de atención a consumidores y usuarios. Los colegios redimensionan su función al servicio de la ciudadanía e interés público, ya que son mayores las obligaciones de información sobre colegiados y pueden establecerse cuantas medidas redunden en beneficio de los destinatarios de los servicios de sus colegiados.

4) También se dinamiza el rol de los colegios en la vertiente formativa de sus miembros. Las corporaciones profesionales se van a erigir en entidades de acreditación ENAC.

5) Se pretende agilizar toda la vida administrativa de las corporaciones mediante la consagración del uso de los medios electrónicos y ello en una doble dirección: colegio/colegiados, colegio/ciudadanía.

6) Los profesionales estarán obligados a acreditar por escrito a instancias del destinatario de los servicios, su solvencia profesional, estableciéndose un triple sistema de acreditación de la calidad técnica.

7) Las cuotas colegiales disociarán la parte que corresponde a servicios de carácter obligatorio de aquellos otros que son de voluntaria suscripción, estableciéndose un sistema bonificado de cuotas para aquellos colegiados en situación de desempleo.

8) Salvo régimen de dedicación exclusiva, la función directiva en el colegio es gratuita y en caso contrario, emolumentos y salarios deben de ser aprobados en

Asamblea. La contabilidad deberá desglosar las partidas de gastos destinados al mantenimiento y ejercicio del cargo electo.

9) La mediación y el arbitraje en toda su dimensión (entre colegiados y entre colegiados y usuarios) se convierten en funciones primordiales de las corporaciones profesionales. ¿Será por fin el colegio ese ámbito que hemos reclamado en otros artículos en el cual el profesional pueda reconocer su error?

10) Los regímenes disciplinarios deberán de sancionar las prácticas colusorias de la competencia, las actuaciones profesionales negligentes y dañinas, así como la omisión de los deberes de información

11) Las administraciones públicas favorecerán la formación continua de los profesionales en armonía con las corporaciones profesionales.

Como puede comprobarse, hay muchísimas cuestiones que analizar. La nueva tirada de la norma aún humea y es necesario un mayor sosiego en el análisis del ¿recién? alumbrado texto, que realizaremos en futuras ediciones.

Pero lo que si resulta evidente es que estamos ante el mayor reto al que se enfrentan las profesiones en este siglo.

Se recoge el guante.

*Todo parece indicar que la pugna no terminará con la publicación de una norma (cuyo calendario de gestación se está incumpliendo) y que una vez más, será el Tribunal Constitucional quien ponga la última palabra sobre el tema. Las profesiones seguirán (seguiremos) presentando batalla mientras el legítimo marco legal lo permita.*



## VIRTUDES CARRASCO FUENTES

Presidenta de la Asociación para la Donación de Médula Ósea y Cordón Umbilical (admo)



### En primer lugar, le proponemos que nos describa una breve historia de ADMO.

ADMO surge en 1996 cuando en un grupo de amigos veinteañeros aparecieron varios casos de leucemia.

Enfermos de esta patología o de otras de tipo oncohematológico (linfomas, síndromes mielodisplásicos, etc.) necesitan en muchos casos un trasplante de médula ósea que haga posible incrementar sus posibilidades de supervivencia, cuando otros tratamientos no restablecen su salud.

En nuestro deseo de poder ayudarlos haciéndonos donantes de médula ósea, encontramos muchas dificultades. No había información cercana, clara y accesible que nos ayudara a dar este paso solidario en nuestra región.

Coincidió con que uno de los miembros de este grupo de jóvenes, una vez que se hizo donante potencial de médula ósea, fue llamado para ser donante efectivo, al ser compatible con un enfermo anónimo que lo necesitaba.

Nos dimos cuenta de que con este gesto sencillo pudo salvar una vida. Pero hasta entonces, no lo sabíamos.

Nos pusimos en marcha. Ayudar a otros a vivir y seguir viviendo sin poner en riesgo nuestra vida. Sentimos la necesidad de que teníamos que contarle porque aunque nos tocaba de cerca, también fuimos sensibles a la necesidad de que enfermos de leucemia y de otras enfermedades de la sangre podrían salvar su vida. Que la medicina que necesitan, no está en las farmacias, ni puede comprarse.

De esta manera, se decidió crear la asociación y dar a conocer a la sociedad extremeña que puede ser solidaria con miles de personas que lo necesitan.

### ¿Qué actividades realizáis habitualmente con ADMO?

Van dirigidas a informar y sensibilizar a la población extremeña sobre la necesidad de que se hagan donantes de médula ósea para que muchos enfermos tengan la esperanza de seguir viviendo tras el trasplante.

Para ello, realizamos charlas informativas por toda Extremadura en centros sociales, culturales, institutos de enseñanza secundaria, facultades, etc.

Colocamos mesas informativas en diferentes eventos y actividades, asistimos a ferias de la salud, congresos contra el cáncer y todo lo que tenga que ver con la difusión de nuestros fines.

Somos apoyo y referente para enfermos y familiares, que tras recibir el diagnóstico y la indicación de trasplante, se vean desorientados. En ADMO colaboramos con pacientes,

trasplantados de médula y cordón, familiares de ambos, amigos y voluntarios sensibilizados.

También gestionamos la agenda de citas de donantes diariamente, para que las personas que lo deseen desde cualquier punto de Extremadura puedan ir a realizarse la extracción de sangre previa (tipaje), para ser incluidos en el R.E.D.M.O (Registro Español de Donantes de Médula Ósea) o en cualquiera de los hospitales de la comunidad autónoma.

### ¿Cuáles son las actuales preocupaciones de ADMO?

Conseguir día a día que la mayor parte de la población extremeña se sensibilice con nuestro mensaje, y que no tenga miedo a hacerse donante, conociendo todos los aspectos de la donación de progenitores hematopoyéticos (los métodos de recogida, los criterios de exclusión, ya que comúnmente suelen equivocarse el concepto de médula ósea con médula espinal).

Trabajar de manera conjunta con los profesionales sanitarios relacionados con estos enfermos así como en el ámbito de donación de sangre de cordón umbilical (matronas, ginecólogos, etc.).

Colaborar con las autoridades sanitarias para cumplir los objetivos del recién creado Plan Nacional de Donación de Médula Ósea, que tiene como objetivo duplicar el número de donantes en todas las comunidades autónomas, lo cual supone un gran esfuerzo para nuestra asociación.

### ¿Cómo valoran el estado de la donación de médula ósea y cordón umbilical en Extremadura?

Después de 17 años trabajando en ello, hemos conseguido que miles de extremeños estén incorporados en el Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO) que gestiona la Fundación José Carreras. Aún así, hay que seguir trabajando porque España no está a la cabeza en este tipo de donación y sí lo está en la donación de órganos sólidos.

Comprobamos, a lo largo de estos años, que cuando existe una información cercana, reposada, clara y accesible, la población extremeña nos muestra su solidaridad y desean hacerse donantes. Prueba de ello son los resultados que se mantienen a lo largo de los años que nos ponen en la cabecera de las regiones más solidarias.

En cuanto a la donación de cordón umbilical, a pesar de que el programa de recogida en Extremadura se inició no hace muchos años, los resultados están siendo en general bastante buenos, aunque aún hay que seguir haciendo labor de concienciación continua.



## PANORAMA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

DR. GABRIEL COLLADO BUENO

Colegiado nº 060604025

Angiólogo y Cirujano Vascular

Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. HIC



La especialidad de Angiología y Cirugía Vascular es una disciplina médico-quirúrgica relativamente reciente, observándola desde la perspectiva histórica, ya que desde sus inicios solo han pasado algo más de cien años y, desde su reconocimiento oficial en España como especialidad médica, sólo treinta y seis.

Durante este período hemos asistido y participado, como especialistas, en los importantes avances en el conocimiento científico a cerca de las enfermedades que afectan al sistema vascular, así como al desarrollo de los métodos de diagnóstico funcional hemodinámico no invasivo, al del tratamiento médico y al del tratamiento quirúrgico de las mismas.

Quizá una de las asignaturas pendientes en este breve camino ha sido la deficiente difusión, para conocimiento general, del cuerpo de doctrina de esta especialidad; de

su ámbito de actuación dentro de la medicina y cirugía actuales; de su diferenciación con otras especialidades que por similitud nominativa siguen generando confusión (ej. Cirugía Cardio-Vascular); de su cartera de servicios en aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico y rehabilitación de las enfermedades que afectan a las arterias, venas y linfáticos, ya sean agudas, crónicas o traumáticas; del desarrollo de técnicas de construcción de accesos vasculares para el tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica terminal y técnicas de manejo vascular en los trasplantes de órganos sólidos; además de otros como la formación pregrado, la formación de especialistas MIR, la investigación y el hoy tan de moda I+D+I.

Esta especialidad, ayudada en su desarrollo e implantación a nivel nacional por el sistema público de salud, también se ha visto muy limitada por el mismo sistema en

lo referente al desarrollo amplio y ajustado de su ámbito de actuación. Aún hoy los gestores sanitarios (públicos y privados) perciben, erróneamente, que dentro del sistema toda especialidad -aunque se ocupe únicamente y de forma integral de la patología de un sistema orgánico, que sume el aspecto del tratamiento quirúrgico- puede y debe disponer de los recursos necesarios (personal, tecnología, tiempo) para ejercer su cometido médico (Angiología), aparte de la vertiente quirúrgica asistencial preferencial desde la que la contemplan.

En la actualidad la Angiología y Cirugía Vascul ar participa de la filosofía de la mínima invasión en sus aspectos de diagnóstico (hemodinámica + imagen de lesión no invasiva, repetitiva y a pie de paciente, p.e. Eco-Dópller, etc.), que permite conocer la fisiopatología y hemodinámica compleja de procesos tan prevalentes como las varices de miembros inferiores y establecer el adecuado planteamiento de tratamiento en tiempo y forma, o de procesos evolutivos como las estenosis y oclusiones arteriales, causantes de claudicación intermitente o gangrenas isquémicas, debidas a la arteriopatía periférica arteriosclerótica, diabética o de cualquier otra etiología. Además, respecto al tratamiento quirúrgico, en este periodo corto de tiempo se ha variado el paradigma tradicional (gran cirujano/ grandes incisiones), desde que el desarrollo del conocimiento y de la tecnología han posibilitado la aplicación de técnicas de cirugía endoluminal (endovascular) en arterias y venas fundamentalmente, con menor invasión.

El vertiginoso desarrollo tecnológico, "permite" en la actualidad el tratamiento de aneurismas complejos en la aorta y arterias periféricas (endoprótesis o stent-prótesis, con fenestraciones para arterias viscerales o con ramas) sin tener que acceder a la exclusión y reconstrucción arterial mediante toracotomías o laparotomías, simplemente por mini-incisiones inguinales o incluso por técnica percutánea. También es posible el tratamiento de las arteriopatías estenosantes, oclusivas o ectasiantes mediante técnicas endovasculares (angioplastia simple con balón, angioplastia + stent, angioplastia con balón o stent liberador de fármaco, aterotomía endoluminal desobstructiva, fibrinólisis selectiva y tromboaspiración, etc.). En el sistema venoso se utilizan técnicas de ablación endoluminal de venas varicosas mediante láser, radiofrecuencia, crioablación y esclerosis ecodirigida con microespuma, entre otras. Y en cuanto al tratamiento de la oclusión venosa profunda, prevención del tromboembolismo pulmonar y tratamiento del síndrome postrombótico



venoso, se están desarrollando técnicas de fibrinólisis-tromboaspiración-stent, aparte de la conocida interrupción de la vena cava mediante filtros endoluminales.

Como observarán en este breve resumen, muchas técnicas y mucha tecnología. El entrecomillado del "permite" al inicio del párrafo anterior traduce nuestra filosofía de que no todo lo que se puede hacer es mejor que lo que hasta ahora hacemos en muchos casos (cirugía convencional, endarterectomía, bypasses o derivaciones vasculares, varicectomía, etc.). Es lo que sucede con la técnica quirúrgica endovascular esbozada anteriormente, que en muchas indicaciones, aspectos técnicos y sectores anatómicos de aplicación ha de demostrar aún el beneficio a corto, medio y largo plazo comparada con la cirugía convencional, siempre en relación con la historia natural de la enfermedad, buscando el beneficio del paciente y en un entorno sostenible. De ahí el compromiso continuo y continuado de la especialidad con la investigación y el desarrollo del conocimiento científico.

El equipo de trabajo de médicos especialistas en Angiología y Cirugía Vascul ar, en el que me integro, y que desarrolla su actividad de forma preferente en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz, participa de lo expuesto y viene desarrollando su labor en el sentido amplio de la especialidad (médica y quirúrgica) desde el año 1987, implantando y efectuando desde sus comienzos (1990) las técnicas endovasculares de tratamiento quirúrgico que han demostrado su efectividad en el tratamiento de las enfermedades vasculares y participando en estudios para la determinación de la efectividad de otras tantas aún por determinar. Quizá, el futuro de nuestra especialidad pase, según algunos, por la migración del Angiólogo y Cirujano Vascul ar al Especialista Vascul ar, como aquél que lidere de forma integral y multidisciplinaria todo lo concerniente al conocimiento científico de las enfermedades y procesos que afectan al sistema vascular y su aplicación al ser humano.

*Quizá, el futuro de nuestra especialidad pase, según algunos, por la migración del Angiólogo y Cirujano Vascul ar al Especialista Vascul ar, como aquél que lidere de forma integral y multidisciplinaria todo lo concerniente al conocimiento científico de las enfermedades y procesos que afectan al sistema vascular y su aplicación al ser humano.*

## CÁNCER INFANTIL EN EL PERÚ Y EL VOLUNTARIADO

DR. JOSÉ APARICIO HERNÁNDEZ BRICEÑO  
Médico oncólogo peruano.  
Hospital Guillermo Almenara (Lima, Perú)



El Perú tiene una población proyectada para 2.014 de 30.814.175 habitantes, de los que el 28.7% es menor de 15 años y el 9 % mayor de 60 años (1).

En las últimas décadas el Perú ha presentado cambios en la dinámica demográfica que ha generado modificaciones en la salud y economía. Estos cambios se iniciaron con la disminución de las tasas de mortalidad infantil; luego con la disminución de las tasas de fecundidad y finalmente con la mejora de la esperanza de vida al nacer, siendo la esperanza de vida de 74 años. Estos cambios, además han originado dos fenómenos importantes: el primero: la disminución de la dependencia demográfica, debido al aumento de población de edad media, indicador que se relaciona con la "carga" que la población potencialmente activa debe llevar en términos económicos para atender a la población potencialmente pasiva. El segundo: el aumento de la población mayor de 60 años a una tasa de 3.1% anual. (1)

Los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos han originado una variación en los patrones de salud y enfermedad en la población. En 1.990 las enfermedades transmisibles produjeron el 47% del total de muertes en el país y en 2.006 el 23%. En contraste, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar el 46% en 1.990 al 64% en 2.006; siendo las infecciones, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias las tres primeras causas de mortalidad a la fecha. (1) (Fig.1)

El sector público del Sistema de Salud del Perú presenta subsistemas: el Ministerio de Salud - MINSA (ente rector de la salud en Perú que brinda sus servicios a través del Seguro Integral de Salud a la población

vulnerable como niños, gestantes y otros; y el Plan Esperanza, a pacientes con cáncer y demás población); el Seguro Social - ESSALUD (brinda sus servicios a los trabajadores formales y sus derechohabientes), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de las Fuerzas Policiales; además para el 2.007 (MINSA y ESSALUD) se encontró 6.4 médicos por cada 10 mil habitantes y 6.7 enfermeras por cada 10 mil habitantes. Las camas hospitalarias para 2.007 fueron 8.9 por 10 mil habitantes siendo del MINSA el 42%. (1)

En el Perú los principales agentes financiadores de la salud son los hogares con el 34.2%, a través del pago directo o a través de planes prepago. En 2.005 la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB fue de 4.46%, cifra que está muy por debajo del promedio latinoamericano. En un estudio realizado por Riveiro et al hallaron una relación directa: a mayor inversión en salud de un país, mayor es el porcentaje de sobrevivencia en niños con cáncer (2).

Entre los años 2.006 y 2.009 se han producido dos cambios importantes en el Perú. El primero es que la pobreza monetaria ha pasado de 45% al 35% a nivel nacional y el segundo es la reducción de la pobreza infantil, que aún sigue siendo la que presenta mayores tasas de pobreza extrema.

En el Perú no existe registro nacional de cáncer infantil; por lo que la cifra reportada por Howard et al de 104.4 por cada millón de niños menores de 15 años, podría estar subvalorada pudiendo estar alrededor de 150 casos por millón aproximadamente y siendo los tipos

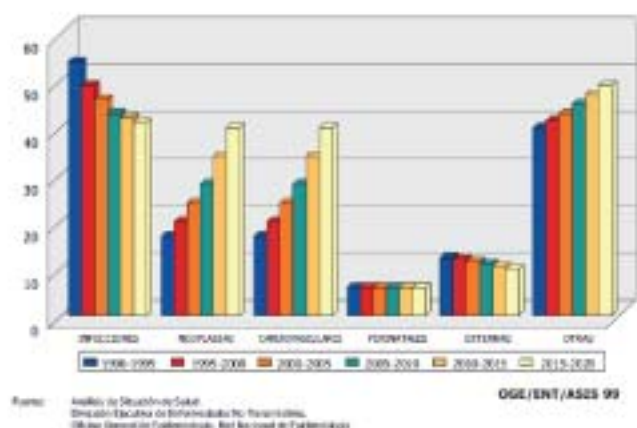


Fig.1. Cambios en la Estructura de la Mortalidad. Perú 1990 - 2020

más frecuentes leucemia aguda, Linfomas, tumor de Wilms, retinoblastoma y tumor del sistema nervioso central, siendo su presentación en estadios avanzados (3,4).

El Perú tiene tres centros públicos de atención para el cáncer infantil: el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - MINSA, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - ESSALUD y el Hospital Guillermo Almenara -ESSALUD, con aproximadamente 600, 200 y 150 casos nuevos anuales respectivamente-.

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen presenta limitaciones en la atención del niño con cáncer en infraestructuras, en tecnologías y en organización. Además en el acceso y continuidad de la atención y en la falta de sensibilidad de algunos trabajadores de salud, autoridades y administradores. Debido a esto, en 2.009 se inició un plan de sensibilización y educación tanto al personal de salud, así como administradores y autoridades; propiciando el voluntariado.

El voluntariado, esa forma desinteresada, espontánea y humilde de servir, fomenta el compromiso de los familiares y del personal de salud con el niño con cáncer. Además ayuda a una mejor adaptación del niño y su familia al entorno hospitalario.

Gracias al voluntariado y a su compromiso, en abril de 2012

*El voluntariado, esa forma desinteresada, espontánea y humilde de servir, fomenta el compromiso de los familiares y del personal de salud con el niño con cáncer. Además ayuda a una mejor adaptación del niño y su familia al entorno hospitalario.*

se abrió un área para la hospitalización de 9 pacientes con cáncer y en lo que va de este tiempo se ha conseguido la implementación básica del área. Este logro ha sido posible gracias a la asociación peruana "Rayitos de Luz y Esperanza", creada e integrada en su mayoría por madres de niños con cáncer, y a la orientación, enseñanza y ejemplo de la asociación extremeña "Dando C@lor", integrada por voluntarios. Hasta la fecha han logrado la creación del Área de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara (Fig. 2).



## REFLEXIONES ACERCA DE LA INFORMACIÓN COMO REQUISITO PREVIO AL CONSENTIMIENTO

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



La calidad de la relación médico-paciente incide decisivamente en la calidad de la asistencia sanitaria y en la imagen que los médicos transmiten a la sociedad.

Como bien indica el Manual de Ética y Deontología Médica, la calidad de la relación médico-paciente se basa en la confianza. Por una parte para el paciente, que se acerca al médico porque cree que tiene conocimientos suficientes para curarlo y por otra el médico que ofrece al paciente sus conocimientos, sus recursos y su tiempo, y espera del paciente sinceridad en la información que le proporciona.

Tanto, para que el médico obtenga éxito con su actuación, como para que el paciente se beneficie de la actuación del médico, se precisa que entre ellos se facilite una oportuna información.

De ahí que tanto el componente legal estatal (Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) como autonómico (Ley 3/2005, de información sanitaria y autonomía del paciente) así como el deontológico (Código de Deontología Médica), establezcan que el consentimiento "debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada".

En este sentido resulta claro que, con motivo de cualquier actuación médica, el paciente tenga derecho a conocer toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos que la propia norma legal exceptúa y al mismo tiempo que se respete su voluntad de no ser informado.

El derecho a la información puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave, dejando constancia razonada en la historia clínica y comunicando su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho. Y el derecho a no ser informado, por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

Además el paciente debe ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, sin que en ningún caso comporte riesgo adicional para su salud.

Del mismo modo, los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad, cuando

*El paciente debe ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, sin que en ningún caso comporte riesgo adicional para su salud.*

impliquen un riesgo para la salud pública o su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.

También hay que tener presente que la información al paciente debe comprender, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos -al menos aquellos que se consideren como probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y los relacionados con sus circunstancias personales o profesionales-, las consecuencias relevantes o la importancia que la intervención origina con seguridad, y las contraindicaciones.



A todo ello se deben añadir las alternativas posibles a la intervención propuesta.

La información debe ser verdadera, debe ser comunicada al paciente de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, y lograr que le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El titular del derecho a la información es el paciente. Aunque también serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. A todo ello se añade que los padres de los menores con suficiente capacidad, en caso de actuación de grave

riesgo, según el criterio médico, deben ser informados.

En caso de incapacidad del paciente, este será igualmente informado, siempre que la información se adecue a sus posibilidades de comprensión, debiendo en este caso informar también a su representante legal.

Si, a criterio médico, el paciente carece de capacidad para entender la información como consecuencia de su estado físico o psíquico, el médico pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, toda la información. Igualmente serán informadas estas personas cuando exista un estado de necesidad terapéutica que pueda justificar la limitación de la información al paciente.

El médico responsable del paciente debe garantizar el cumplimiento de su derecho a la información. El resto de los profesionales sanitarios que le asisten o atienden durante el referido proceso asistencial o que le aplican una técnica o un procedimiento específico, serán igualmente responsables de dar información.

En cuanto al contenido de la información, ésta debe ser exhaustiva, es decir, que en la comprensión de aquél a quien va dirigida vaya íntimamente relacionada con los conocimientos suficientes a su alcance para entenderla de forma debida, y también ha de tratarse de información suficiente con el fin de poder contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que el médico o los servicios médicos le proponen. A todo ello se debe añadir que la información, en todo caso, debe ser correcta, veraz y leal, pues en definitiva, de este modo se podrá conformar el consentimiento debidamente informado.

En cuanto al modo de dar la información, por parte del médico, se establece como regla general que se proporcionará verbalmente, siempre dejando constancia en la correspondiente historia clínica.

Por último, las normas indican que la información debe ser continuada, lo cual significa que para que el consentimiento del paciente pueda subsistir a lo largo del tratamiento se precisa que la información sea sucesiva o de actuación continuada, siendo por ello el consentimiento del paciente temporal y revocable.

No podemos concluir estas reflexiones sin indicar que la información previa al consentimiento se ha de proporcionar con la suficiente antelación para que el paciente pueda decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles.

Con la finalidad de que los médicos se adentren en los temas éticos y legales de sus actuaciones, se hace preciso y hasta obligado que la correspondiente administración sanitaria e institución colegial impulsen la elaboración y difusión de guías y protocolos en relación a la información y al consentimiento, que permitan a los médicos conocer pautas claras de actuación en este campo.

Cuenta Nómina

Hasta

5%<sub>TAE</sub>

el primer año.

Y punto.

Cuenta Nómina  
**Más dinero y punto.**

Sin comisiones, tarjeta de crédito gratuita y gestión de cambio de sus recibos sin coste.

**bankinter.**

Infórmate de todas las ventajas para el **Colegio de Médicos de Badajoz** llamando a **Dionisio Camarero** en el teléfono **691 419 090**.

Promoción válida hasta 30 de septiembre de 2014 e hasta un máximo de 40.000 nuevas cuentas. Exclusiva para nuevos clientes con nómina/ingresos desde 1.000 €. Saldo máximo a promover 5.000 €. Primer año: tipo de interés nominal anual 4,94% (5% TAE). Segundo año: tipo de interés nominal anual 1,99% (2% TAE). Liquidación semestral. Ejemplo para saldo en cuenta nómina diario de 1.000 €, calculado para un periodo de liquidación de 180 días, remuneración bruta: 1er semestre 73,08€, 2º semestre 73,08€, 3er semestre 29,04 €, 4º semestre 29,04 €. Para acceder y conservar las ventajas de nuestra Cuenta Nómina Profesional además de mantener el nivel de ingresos declarado, será necesario el cargo mensual de recibos, así como que la tarjeta asociada a la nómina del titular esté activa.



## RESUMEN GRADE DEL ENSAYO CLÍNICO:

ESTUDIO SAVOR-TIMI 53: RESULTADOS CARDIOVASCULARES DE SAXAGLIPTINA FRENTE A PLACEBO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Scirica BM et al. Saxagliptin and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. N Engl J Med 2013 Oct 3; 369:1317-1326

CRISTINA TEJERA

SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL INFANTA CRISTINA (BADAJOZ)  
PROGRAMA COM BADAJOZ DE FORMACIÓN GRADE

### A) OBJETIVO

Evaluar la reducción de morbimortalidad cardiovascular de saxagliptina frente a placebo añadida al tratamiento del paciente con DM2 en prevención primaria y en prevención secundaria.

### B) TIPO DE ESTUDIO

Ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad, controlado con placebo y multicéntrico.

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

1º Criterios de inclusión: legibles: pacientes con DM2, Hb1Ac entre 6,5% y 12,0%, historia de enfermedad cardiovascular establecida o múltiples factores de riesgo para la misma. Enfermedad cardiovascular establecida: al menos 40 años de edad y tener antecedente de un evento clínico asociado con aterosclerosis que implicara enfermedad coronaria, cerebrovascular o vascular periférica. Múltiples factores de riesgo cardiovascular: al menos 55 años de edad (hombres) o 60 años (mujeres) con al menos un factor de riesgo adicional (dislipemia, HTA o tabaquismo activo).

2º Criterios de exclusión: tratamiento actual o en los 6 meses previos con terapia basada en sistema incretina; enfermedad renal terminal; trasplantados renales; creatinina sérica  $\geq 6$  mg/dL.

3º Características de los pacientes en el inicio: grupo intervención (saxagliptina) 8220 pacientes; grupo placebo 8212 pacientes. Ambos grupos fueron similares en el inicio respecto a los factores pronósticos conocidos,

salvo una pequeña mayor proporción de hipertensos en el grupo control (82,4% vs 81,2%,  $p=0,041$ ). Edad 65 años (DE 8,1); mayores de 75 años: 14,1%; varones 75,3%; peso 87,9 Kg; IMC 31,1 Kg/m<sup>2</sup> (DE 5,6); IMC > 30: 53,5%; duración de la diabetes: mediana 10,3 años (IQR 5,2 a 16,6); enfermedad arteriosclerótica establecida 78,5%; dislipemia 71,2%; IAM 37,8%; insuficiencia cardíaca 12,8%; Hb1Ac: media 8% (DE 1,4); glucemia en ayunas: media 156 mg/dl; FGE: media 72,6 ml/min; FGE < 30ml/min: 2%; FGE de 30 a 50 ml/min: 18,6%; FGE > 50 ml/min: 84,4%; ratio albúmina/creatinina: mediana 1,8 (IQR 0,7 a 7,7). MEDICACIÓN DIABETES: metformina 69,5%; sulfonilureas 40,2%; glitazonas 6%; insulina 41,4%; otros hipoglucemiantes 0,6%. MEDICACIÓN CARDIOVASCULAR: AAS 75,2%; estatina 78,2%; IECA 54,3%; ARA-II 28%; betabloqueantes 61,6%.

### D) RESULTADOS

Los mostramos en la tabla.

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

Sistema GRADE: calidad de la evidencia ALTA. Hubo más abandonos en el grupo de saxagliptina (1527 vs 1705; 20,41%,  $p < 0,001$ ). Hubo 28 pérdidas pero no especifica a que grupo pertenecían.

### F) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para pacientes de 65 años (DE 8) con DM2 de 10,3 años de duración y enfermedad arteriosclerótica establecida en un 78% de ellos, con mediana de Hb1Ac 8% y FGE medio de 72,6 ml/min, según la calidad de la evidencia y la magnitud y precisión de los resultados de este ensayo clínico, hacemos una recomendación fuerte en

**Abreviaturas:** ACV: accidente cerebrovascular; CV: cardiovascular; DE: desviación estándar; FGE: Filtración Glomerular estimada (en ml/min/1,73 m<sup>2</sup>); FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HR: hazard ratio; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: intervalo de confianza; Mort: mortalidad (por todas las causas); NND: número necesario a tratar para dañar a 1 paciente; NNT: número necesario a tratar para evitar 1 evento; RAR: reducción absoluta del riesgo; RR: riesgo relativo; RRR: reducción relativa del riesgo.

**NOTA:** Calculamos la RAR y el NNT con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) a partir del HR que aportan los investigadores, mediante la calculadora disponible en la web evalmed.es, pestaña HERRAMIENTAS.



contra para la adición de saxagliptina el tratamiento convencional.

## JUSTIFICACIÓN

1º Beneficios y riesgos añadidos: frente a placebo, saxagliptina mostró daños añadidos en la necesidad de hospitalización por insuficiencia cardíaca, con un NND de 135 (72-518) a dos años. También mostró significativamente daños añadidos en hipoglucemia mayor, con un NND de 231 (117 a 9700) a dos años. No mostró beneficio estadísticamente significativo en ninguna variable de resultados en salud. Asimismo no mostró diferencias estadísticamente significativas en la Mortali-

dad CV, Mortalidad total, IAM, y ACV isquémico. En cuanto a variables intermedias, de una Hb1Ac inicial del 8%, saxagliptina la redujo hasta 7,7% frente al 7,9% del placebo. Esta reducción de Hb1Ac en diferencias de medias es -0,2% (-0,16% a -0,24%) entre saxagliptina y placebo, no se traduce en más beneficios ni en menos daños añadidos de los resultados en salud.

2º Inconvenientes: tomar más medicación junto con los potenciales efectos adversos.

3º Costes: coste de la dosis media de 5 mg: 1,50 euros/día (547 euros/año).

The new england journal of medicine

original article

## Saxagliptin and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Benjamin M. Scirica, M.D., M.P.H., Deepak L. Bhatt, M.D., M.P.H., Eugene Braunwald, M.D., P. Gabriel Steg, M.D., Jaime Davidson, M.D., Boaz Hershberg, M.D., Peter Ohman, M.D., Robert Frederick, M.D., Ph.D., Stephen D. Wiviott, M.D., Elaine B. Hoffman, Ph.D., Matthew A. Cavender, M.D., M.P.H., Jacob A. Udell, M.D., M.P.H., Nihar R. Desai, M.D., M.P.H., Othi Moserzon, M.D., Darren K. McGuire, M.D., Kausik K. Ray, M.D., Lawrence A. Leiter, M.D., and Itamar Raz, M.D., for the SAVOR-TIMI 53 Steering Committee and Investigators\*

ABSTRACT

**Background**  
The cardiovascular safety and efficacy of many current antihyperglycemic agents, including saxagliptin, a dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4) inhibitor, are unclear.

**Methods**  
We randomly assigned 16,402 patients with type 2 diabetes who had a history of, or were at risk for, cardiovascular events to receive saxagliptin or placebo and followed them for a median of 2.1 years. Physicians were permitted to adjust other medications, including antihyperglycemic agents. The primary end point was a composite of cardiovascular death, myocardial infarction, or ischemic stroke.

**Results**  
A primary end-point event occurred in 613 patients in the saxagliptin group and in 609 patients in the placebo group (7.3% and 7.2%, respectively, according to 2-year Kaplan-Meier estimates; hazard ratio with saxagliptin, 1.00; 95% confidence interval [CI], 0.89 to 1.12;  $P = 0.99$  for superiority;  $P < 0.001$  for noninferiority); the results were similar in the "on-treatment" analysis (hazard ratio, 1.03; 95% CI, 0.91 to 1.17). The major secondary end point of a composite of cardiovascular death, myocardial infarction, stroke, hospitalization for unstable angina, coronary revascularization, or heart failure occurred in 1059 patients in the saxagliptin group and in 1034 patients in the placebo group (12.8% and 12.4%, respectively, according to 2-year Kaplan-Meier estimates; hazard ratio, 1.02; 95% CI, 0.94 to 1.11;  $P = 0.66$ ). More patients in the saxagliptin group than in the placebo group were hospitalized for heart failure (3.5% vs. 2.8%; hazard ratio, 1.27; 95% CI, 1.07 to 1.51;  $P = 0.007$ ). Rates of adjudicated cases of acute and chronic pancreatitis were similar in the two groups (acute pancreatitis, 0.3% in the saxagliptin group and 0.2% in the placebo group; chronic pancreatitis, <0.1% and 0.1% in the two groups, respectively).

**Conclusions**  
DPP-4 inhibition with saxagliptin did not increase or decrease the rate of ischemic events, though the rate of hospitalization for heart failure was increased. Although saxagliptin improves glycemic control, other approaches are necessary to reduce cardiovascular risk in patients with diabetes. (Funded by AstraZeneca and Bristol-Myers Squibb; SAVOR-TIMI 53 ClinicalTrials.gov number, NCT01107886.)

From the TIMI Study Group, Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, and Harvard Medical School (B.M.S., D.L.B., E.B., S.D.W., R.H., M.A.C., S.D.H., M.R.D.), and the VA Boston Healthcare System (D.L.B.) — all in Boston; Boston Medical Center, University of Massachusetts Lowell, Hospital Richard, Assistance Publique-Hopital de Paris, Paris (P.G.S.), the Division of Endocrinology (D.D.) and Cardiovascular Medicine (S.E.H.), Department of Internal Medicine, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas (A.M.); AstraZeneca Research and Development, Wilmington, DE (B.H., P.O.); Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ (R.F.); the Diabetes Unit, Department of Internal Medicine, Hadassah University Hospital, Jerusalem (J.D.M.); UK Centre for Cardiovascular Science Research Centre, St. George's University of London, London (K.K.R.); and the Division of Endocrinology and Metabolism, Kansas Research Centre in the Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital, University of Toronto, Toronto (I.R.). Address reprint requests to Dr. Bhatt at the VA Boston Healthcare System, HMO/WH/Phy, Boston, MA 02132, or at [bh@bidmc.harvard.edu](mailto:bh@bidmc.harvard.edu). Dr. Scirica and Bhatt contributed equally to this article.

\*The investigators in the Saxagliptin Assessment of Vascular Outcomes Recorded in Patients with Diabetes Mellitus (SAVOR)-Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) 53 study are listed in the Supplementary Appendix, available at [dx.doi.org](http://dx.doi.org).

This article was published on September 2, 2013, and updated on September 15, 2013, at [dx.doi.org](http://dx.doi.org).

Reprint requests: Dr. Scirica, Harvard Medical School, 77 Avenue Louis Pasteur, Boston, MA 02115, or at [scirica@bidmc.harvard.edu](mailto:scirica@bidmc.harvard.edu).

DOI: 10.1056/NEJMoa1301086

Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society.

n engl j med 369:14 nejm.org October 3, 2013 1317

The New England Journal of Medicine  
Downloaded from [nejm.org](http://nejm.org) by OALD SWINBUR on October 31, 2013. For personal use only. No other uses without permission.  
Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

1317

Pacientes de 65 años (DE 8) con DM2 de 10,3 años de duración y enfermedad arterioesclerótica establecida en un 78%, con mediana de Hb1Ac 8% y Filtración Glomerular estimada media de 72,6 ml/min.

Ensayo clínico SAVOR-TIMI-33, tratamiento antidiabético convencional con el que se compara la adición de saxagliptina frente a placebo, seguimiento 2,1 años.

Variables de beneficios de los que informa el estudio SAVOR-TIMI-33	Saxagliptina, nº eventos (%) n=8280	Placebo, nº eventos (%) n=8212	Medidas del efecto en 2 años, calculadas desde los HR obtenidos por los investigadores			Potencia calculada por incidencias acumuladas
			HR (IC 95 %)	RAA (IC 95%)	NNT (IC 95%)	
[Mortalidad CV, IAM o ACV isquémico]	613 (7,3%)	609 (7,2%)	1,00 (0,89-1,12) [1*]	-0,1% (-0,83% a 0,77%)	-1000 (131 a -121)	2,69%
[Mortalidad CV, IAM, ACV, hospitalización por angina inestable, revascularización coronaria o insuficiencia cardíaca]	1059 (12,7%)	1034 (12,4%)	1,02 (0,94-1,11)	-0,23% (-1,27% a 0,7%)	-432 (143 a -75)	5,75%
Mortalidad por cualquier causa	420 (4,6%)	378 (4,2%)	1,11 (0,96-1,27)	-0,45% (-1,1% a 0,16%)	-322 (606 a -91)	29,04%
Muerte por causa cardiovascular	269 (3,1%)	260 (2,9%)	1,03 (0,87-1,22)	-0,06% (-0,63% a 0,38%)	-1132 (261 a -155)	4,67%
Infarto agudo de miocardio	265 (3,2%)	278 (3,4%)	0,95 (0,8-1,12)	0,17% (-0,4% a 0,67%)	598 (149 a -252)	9,79%
ACV isquémico	137 (1,6%)	141 (1,7%)	1,11 (0,88-1,39)	-0,19% (-0,66% a 0,2%)	-540 (694 a -153)	13,68%
Hospitalización por angina inestable	97 (1,2%)	81 (1,0%)	1,19 (0,89-1,6)	-0,19% (-0,6% a 0,11%)	-529 (913 a -168)	20,98%
Hospitalización por insuficiencia cardíaca	289 (3,5%)	228 (2,8%)	1,27 (1,07-1,51)	-0,74% (-1,4% a -0,19%)	-135 (-518 a -72)	75%
Hospitalización por revascularización coronaria	423 (5,2%)	409 (5,0%)	0,91 (0,8-1,04)	0,5% (-0,22% a 1,11%)	201 (90 a -454)	27,92%
[Duplicación del nivel de creatinina, iniciación de diálisis, trasplante renal o creatinina >6 mg/dl]	194 (2,3%)	178 (2,0%)	1,08 (0,88-1,32)	-0,16% (-0,63% a 0,24%)	-432 (420 a -158)	11,51%
Hospitalización por hipoglucemia	53 (0,6%)	43 (0,5%)	1,08 (0,88-1,32)	-0,04% (-0,17% a 0,06%)	-2322 (1547 a -583)	16,48%

Efectos adversos de los que informa el estudio SAVOR-TIMI-33	Saxagliptina, nº eventos (%) n=8280	Placebo, nº eventos (%) n=8212	Medidas del efecto en 2,1 años, calculadas por incidencias acumuladas			
			HR (IC 95 %)	RAA (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Hipoglucemia Totales	1264/8280 (15,27%)	1104/8212 (13,44%)	1,14 (1,05-1,22)	-1,82% (-2,89% a -0,75%)	-55 (-133 a -30)	91,67%
Hipoglucemia Mayor	177/8280 (2,14%)	140/8212 (1,7%)	1,25 (1,03-1,58)	-0,43% (-0,85% a -0,01%)	-231 (-9700 a -117)	52,73%
Hipoglucemia Menor	1172/8280 (14,15%)	1028/8212 (12,52%)	1,13 (1,05-1,22)	-1,64% (-2,67% a -0,6%)	-43 (-167 a -37)	87,22%

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Trombocitopenia, Linfocitopenia, infección grave, infección oportunista, Reacción de hipersensibilidad, fractura ósea, reacción cutánea, Anormalidad renal, Cáncer, Cualquier anomalía hepática, GOT > 5 LSN, GPT > 5 LSN, GOT o GPT > 3 LSN o Bilirrubina > 2 LSN, Pancreatitis total, Pancreatitis posible o definitiva, Pancreatitis aguda definitiva, Pancreatitis aguda posible, Pancreatitis crónica.

[\*] Saxagliptina cumple Criterio de No Inferioridad para [Mort CV, IAM, ACV isquémico] en HR de saxagliptina vs placebo, porque el límite superior del IC 95% = 1,12 no supera el Margen de No Inferioridad (MNI) de 1,30 establecido por la FDA (p para la no inferioridad < 0,001). No cumple el criterio de superioridad (p para la superioridad = 0,5).

## BECAS ICOMBA PARA AMPLIACIÓN DE FORMACIÓN

### OBJETIVO

El IcomBA apuesta por facilitar la adquisición de nuevos conocimientos o actualización de los mismos a través de estancias formativas.

### CONTENIDO Y ADJUDICACIÓN DE LA BECA

La cuantía del importe anual a adjudicar para este concepto es de 4.000 euros, repartidos en dos becas de 2.000 euros, para primer y segundo nivel asistencial. La valoración de méritos será realizada por parte de la comisión de formación continuada y propondrá los candidatos a la Junta Directiva del IcomBA.

### REQUISITOS PARA OPTAR A LA BECA

Ser colegiado, estar al corriente de pagos de cuotas y no haber sido sancionado por resolución firme.

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. Currículum Vitae.
2. Proyecto con el interés y los objetivos de la estancia.
3. Memoria económica de la actividad a becar.
4. No estar disfrutando simultáneamente otra beca para la estancia solicitada.
5. Elaboración de una memoria científica sobre la actividad realizada a su finalización.
6. Carta de aceptación o informe del Servicio y/o Centro destinatario de la estancia formativa.
7. Informe favorable del Jefe de Servicio y de la Dirección/Gerencia del Área.
8. Informe o certificado acreditativo de la estancia emitido por el Servicio o Centro de destino (A entregar al finalizar la rotación).

### BAREMO

1. Contenido del Proyecto: 0-50 puntos
2. No haber recibido beca previa del IcomBA: 20 puntos
4. Estancias en extranjero: 10 puntos
5. Evaluación memoria económica: 0-10 puntos

SE HARÁ ENTREGA DE LA BECA DURANTE LOS ACTOS DEL DÍA DE LA PROFESIÓN MÉDICA.

Para mayor información consultar bases en [www.combadajoz.com](http://www.combadajoz.com)



certamen

IV



ICOMBA  
INSTITUTO COLABORATIVO OFICIAL DE MÉDICOS  
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

CASOS  
CLÍNICOS

2014



Dirigido a médicos residentes · Plazo de presentación: hasta el 21 de abril de 2014

1<sup>er</sup> premio: 1.500 € · 2<sup>o</sup> premio: 1.000 € · 3<sup>er</sup> premio: 600 €

Consultar bases [www.combadajoz.com](http://www.combadajoz.com)

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

Su Audi, dos veces nuevo.



**Descubra nuestra exclusiva selección de vehículos Audi Selection :plus.**

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

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

**Audi Selection :plus**  
Vehículos de Ocasión. Elección garantizada.

**Centrowagen**

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