

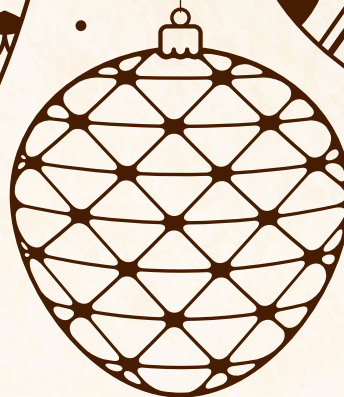
MEDBA

Diciembre de 2014 | Nº35

MÉDICOS DE BADAJOZ



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE BADAJOZ



El Ilustre Colegio de
Médicos de Badajoz
les desea



Felices Fiestas

FIESTA DE LOS REYES MAGOS EN EL
PALACIO DE CONGRESOS DE BADAJOZ

4 de enero a las 17.00 horas



Feliz Año Nuevo

PRESCRIBIR NO ES ESCRIBIR

DR. D. PEDRO HIDALGO FERNÁNDEZ
Presidente de icomBA

presidente@colegiomedicobadajoz.org



El medicamento forma parte de nuestra vida cotidiana, como un bien de consumo y no sólo como un bien para nuestra salud. Tomamos medicamentos a diario para prevenir, para aliviar, para curar y muchas veces nos medicamos, no por cumplimiento de un tratamiento médico, sino por consejo o recomendación de la publicidad en medios de comunicación no profesionales. Pero da igual que estén sujetos a prescripción médica o no; que sean de venta exclusiva en farmacias o no; que sean de venta a través de internet sin saber si son falsificados o no; o de venta libre en farmacias y parafarmacias. El caso es que a diario consumimos medicamentos. Pensamos que con eso es suficiente para cumplir con el exigente buen estado de salud. Pensamos que tenemos una píldora para cada problema, y que la ciencia nos proporciona de remedio en un comprimido. Y nadie se atreve a desmentirlo, y ni siquiera a discutirlo. Existe un gran, un enorme negocio en el mercado del medicamento.

El gasto en farmacia de nuestro Sistema Nacional de Salud (terminada la ligera bajada desde del último "copago" y los precios de referencia) está subiendo mes a mes. Y seguirá. Con una factura que se come cerca del diecisiete por ciento del gasto sanitario público (y ya veremos con que cifra terminamos este 2014).

Los médicos debemos conocer las cifras y manteniendo y exigiendo nuestra libertad de prescripción, ser conscientes de la necesidad de mantener un uso racional y razonado del medicamento y una mejora de lo que venimos a denominar como "prescripción de calidad". Para ello la formación continuada es fundamental junto a la evaluación de medicamentos y los incentivos a la calidad. No es ahorrar en medicamentos, es evitar efectos secundarios e iatrogenias, como consecuencia de la evaluación de la práctica clínica.



Que en estos días de Navidad los hombres y mujeres de Badajoz, las familias que día a día hacen de nuestra ciudad un lugar más habitable y más humano, sientan de una manera muy especial la paz, la tolerancia y la amistad que tan bien caracteriza la forma de ser de los badajocenses. Y que en el nuevo año 2015 la solidaridad, la colaboración y el diálogo sean la norma entre todos y, especialmente, hacia quienes más lo necesitan.



Ayuntamiento de Badajoz



BUZÓN DE INICIATIVAS COLEGALES

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 medicosdebadaoz@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

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



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



Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

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

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

Así de fácil y así de claro.

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

A.M.A. BADAJOZ 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



CERRANDO EL 2014, INFORME DE TESORERÍA

DR. D. JOSE ANTONIO MÁRQUEZ SÁNCHEZ
Tesorero del icomBA

tesorero@colegiomedicobadajoz.org



El tiempo navideño viene a coincidir, para nuestro Departamento de Tesorería, con un período de planificación, preparación y aprobación de presupuestos para el año que en breve dará comienzo. Y lo es, tanto para el Colegio, como para su Fundación, ya que, en ambos casos, hay que cumplir mandatos estatutarios o reglamentarios en relación con las actividades de presupuestación de nuestras entidades.

Recordamos que la Tesorería, compartida entre el Colegio y su Fundación, es el departamento encargado de elaborar el Plan de Actuación (Fundación) y el Presupuesto (Colegio), en este caso, con planificación para el venidero ejercicio 2015.

Ambos documentos, de naturaleza económico-financiera, han de pasar la aprobación de los órganos competentes para tal fin.

Por una parte, el presupuesto del icomBA para 2015, cuyo proyecto (aprobado por el pleno de la junta directiva en sesión celebrada el 12 de noviembre) puede ser consultado en el área de tesorería del Colegio, ha de someterse a la consideración de la Asamblea General de Colegiados que, en este año, se ha previsto para el 22 de diciembre.

En cuanto al plan de actuación de la Fundación, la competencia para su aprobación recae en el Patronato de dicha institución, lo que habrá que hacer en este mes festivo por excelencia.

Respecto del proyecto de presupuesto del icomBA para 2015, destacar que ajusta sus previsiones por la reducción de los ingresos de índole patrimonial (arrendamientos y rentas financieras). Las caídas de los tipos activos de interés y las consecuencias de la crisis hacen que las previsiones de ingresos de este tipo se hayan ajustado y provoquen una reducción del presupuesto, que pasa de 1,84 M€ en 2014 a 1,76 M€ en 2015. Algo más de 80.000 € de minoración que, en ningún caso, afectará a las actividades colegiales y a los servicios a los colegiados y que se verá parcialmente compensada con una subida en los ingresos externos de la Fundación con destino a actividades científicas y formativas.

Siguiendo con la Fundación, aunque a la fecha de elaboración de este artículo no se ha cerrado la cuantía y composición de sus actividades para el próximo ejercicio, la perspectiva es que el monto de las intervenciones en materia de formación, promoción, científicas y educativas se sitúen en torno a los 100.000 €, mejorando, como hemos indicado, las previsiones del precedente ejercicio. El Colegio esta sensibilizado en que hay que hacer un esfuerzo superior en tiempos de crisis cuando la docencia tiene más dificultades para su financiación.

Y, como siempre, encontrándonos próximos a iniciar las festividades de Navidad, en unión de todo el personal que trabaja en Tesorería, no quisiera despedirme sin desearos unas felices fiestas y, en especial, lo mejor para el nuevo año.





¿SE PODRÍA HABER EVITADO?

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

medprivadaca@colegiomedicobadajoz.org



Estimados compañeros: Esta Vocalía no es ajena a la situación generada por la compañía Adeslas con su decisión de limitar la relación de prestación de servicios con algunos compañeros a tan solo poder atender a su cartera de pólizas privadas pero no así al funcionariado que tiene en esta compañía depositada su atención sanitaria.

En el informe de esta vocalía en la revista del Colegio N° 31, de diciembre de 2013, y bajo el título: "Tiempos nuevos para problemas viejos", se trataba el tema de la: "Problemática de la relación contractual con la compañías aseguradoras. Propuestas de acciones a tomar ante las comunicaciones de cese en la prestación de servicios a los profesionales".

Esta decisión no es una exclusiva de ADESLAS, también ASISA Y DKV se encuentra en la misma, o parecida dinámica, bien en esta provincia o en cualquier otra. Antes de realizar una crítica precipitada habría que preguntarse qué circunstancias han concurrido para llegar a esta situación indeseada por todas las partes; por parte de las compañías porque, parece ser, se han visto obligadas a prescindir temporal y parcialmente de médicos no sólo de reconocido prestigio, sino también, en muchos casos, de médicos muy comprometidos con la compañía y su sostenimiento. Este medida, y ante la falta de explicaciones justificativas, cabe pensar que se ha tomado de manera aleatoria y atendiendo a criterios empresariales de difícil

comprensión y de más difícil aceptación. Y por parte de los compañeros porque supone no sólo un daño económico (ya de por sí determinante) sino también por un daño moral no merecido tras muchos años de colaboración, trabajo, compromiso y abnegación.

Es de todos conocido que en los últimos años la dotación de la MUFACE ha estado congelada o con incrementos mínimos. Esto ha obligado a las compañías a ajustar al máximo sus recursos sin detrimento de la calidad asistencial.

La medida adoptada este año de apartar de la asistencia al funcionariado a un determinado número de médicos es una medida concebida para 2015.

En las contiendas siempre hay un ganador y un perdedor. Sin embargo en las negociaciones, y sobre todo las que se realizan desde la buena fe, nunca hay vencedores ni vencidos sino acuerdos que afectan a todos por igual. Es opinión de esta vocalía que todas las partes que directa o indirectamente pudieran estar implicadas en este conflicto aunaran fuerzas en pos de una solución que no perjudique de manera notoria a ninguna de las partes. Por tal motivo creo que la Vocalía de Medicina Privada, Colegios de Médicos, OMC, Sindicatos Médicos, sindicatos de funcionarios (la fidelización al régimen MUFACE sobrepasa todos los años el 85%), mutualidades, compañías de seguros, Gobierno y oposición, deberían buscar una solución que desbloquee y haga viable a un mutualismo médico que tan magnífica labor hace para sí mismo, para su población protegida y para el sistema sanitario público al que complementa, suplementa y descongestiona.

A veces, más bien muchas veces, a los médicos se nos acusa por parte de la sociedad de ser un colectivo corporativista. El corporativismo no tiene que ser ni bueno ni malo, siempre que se ajuste a criterios de justicia y equidad. Pero más importante, muchísimo más importante, debe ser la solidaridad. Finalizo con una frase que no es la primera vez que utilizo para terminar mis escritos desde que ostento esta vocalía:

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

Oliverio Girondo

CRONICIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA Y VUELTA A LAS RAÍCES

DR. D. JUAN JOSÉ TORRES VÁZQUEZ
Vocalía Atención Primaria Rural

medaprural@colegiomedicobadajoz.org



La transición epidemiológica a la que asistimos tras haber superado la era antibiótica, los cambios en los estilos de vida y el envejecimiento poblacional, nos han llevado a una situación de cronicidad, comorbilidad y polifarmacia que está poniendo en jaque la viabilidad de nuestro sistema de salud.

El informe Cronos, recientemente publicado, estima incrementar en 30.000 millones de euros el gasto sanitario público en 2020 para atender las demandas derivadas del envejecimiento y cronicidad de la población. Esto supone elevar al 9% del PIB el gasto en sanidad. Hecho que contrasta con las exigencias de Europa la cual presiona para reducir dicho porcentaje al 5,3 %.

La respuesta a este reto, a parte de recortes y copagos, se está buscando en estrategias de cronicidad que están proliferando por todos los territorios, en una carrera a la desesperada por abordar esta problemática, mirando de reojo las experiencias de otras latitudes, sin un debate previo que identifique las necesidades de nuestra realidad.

El reto de la cronicidad se nos está vendiendo como la salvación de un sistema sanitario en peligro, sin recordar que cuando se crearon los equipos de Atención Primaria, en los años ochenta, sus ideólogos pusieron en la prevención, la educación sanitaria, la atención en el domicilio y en el seguimiento del paciente crónico los ejes de trabajo en los centros de salud. Se establecieron en todos ellos planes de promoción de la salud y de atención a los problemas más prevalentes: diabetes, hipertensión, EPOC, obesidad, etc. Pero el enanismo presupuestario en favor del hospitalocentrismo ha impedido una y otra vez el desarrollo de su potencial. Es ahora cuando caemos en la cuenta que debemos volver a las raíces. El mismo Edward Wagner, creador de Chronic Care Model, reconoce que "el mejor cuidado para un paciente con enfermedades crónicas será el que le preste un equipo de atención primaria que le conozca como persona y le trate como tal" y así no inicie la escalada por la pirámide de Káiser, permanente minando su salud y provocando un gasto sanitario disruptivo por reinicidentes hospitalizaciones.

Pero no es momento de profundizar en la cultura de la queja. La transición epidemiológica se ha producido y el cambio ya está aquí. Siguiendo a Darwin, no es la especie más fuerte ni la más inteligente la que sobrevive, sino la que responde mejor al cambio. La supervivencia de nuestro sistema sanitario requiere

cambios en el modelo asistencial para que evolucione desde una asistencia reactiva a proactiva, de la fragmentación a la defragmentación asistencial, de la incomunicación a la comunicación fluida entre niveles. Igualmente, se requiere una mejora sustancial de los sistemas de información y una estratificación de la población que permita diseñar estrategias de abordajes eficientes a colectivos de mayor riesgo, y por qué no decirlo, el rediseño de ciertos roles profesionales. Todo ello acompañado de una mejor financiación de la Atención Primaria que la haga más resolutive. De lo contrario seguiremos llenando las estanterías de planes inútiles de salud.



La supervivencia de nuestro sistema sanitario requiere cambios en el modelo asistencial para que evolucione desde una asistencia reactiva a proactiva



**A PROPÓSITO DE ADESLAS.
CONSIDERACIONES DE UN PERJUDICADO**

DR. D. ALFONSO ÁMBEL ALBARRÁN
Vocalía de Medicina Privada por Cuenta Propia

medprivadacp@colegiomedicobadajoz.org



Para dejar las cosas claras, el que suscribe es uno de los más de 60 médicos que ha sido eliminado del cuadro médico de ADESLAS, sin previo aviso y mediante burofax. A los pocos días tuvieron el detalle de llamarme a las oficinas de la compañía, para confirmarme de palabra lo que ya me habían anunciado por escrito.

Estas líneas las escribo a petición de algunos compañeros igualmente perjudicados y en mi condición de vocal de Médicos con Ejercicio Libre por cuenta propia del icomBA.

Como comprenderéis, tratar de ocultar cierto rencor por ser uno de los afectados es poco menos que imposible. Mi deber de informaros como vocal es lo que me anima a comentar el tema.

Si recordáis, hace un año esta compañía utilizó la misma técnica para expulsar a un conocido traumatólogo que, al parecer, no le era rentable. Algún médico de familia también por entonces corrió la misma suerte. Ahora, según palabras de Adeslas, nos ha "tocado" a 60. Pero, y siempre según ellos, el hecho no tiene importancia, ya que cuentan con más de 700 médicos.

¿Qué hemos hecho los elegidos para que se prescindiera de nosotros sin previo aviso, mejor dicho con el previo aviso de dos meses? No lo sabemos, ni nosotros ni ellos.

Bueno, ellos lo saben de sobra, pero no han querido darnos explicaciones. Sólo que pierden mucho dinero con los funcionarios y que si reducen selectivamente el cuadro, eliminando a médicos con mas de 30 años y por tanto con una importante clientela, quizá consigan que muchos se salgan y se vayan a otra compañía que atienda a funcionarios.

Como veis todo gira en torno a los funcionarios, que son los que no interesan, ya que el Ministerio cada vez paga menos por ellos. Se me ha olvidado decir que la expulsión sólo nos afecta para la atención a los funcionarios y que nos permiten ver a todos los pacientes que no lo sean, es decir pólizas privadas, abogados, COEBA, etc. La cosa debe estar muy mal cuando se discrimina de esta manera y cuando en Madrid han prescindido de hospitales de prestigio.

Los afectados carecemos de defensa jurídica, no porque el Colegio no tenga un prestigioso cuadro de abogados, que lo tiene, sino porque no tenemos contrato y trabajamos en régimen de prestación de servicios y han decidido prescindir de ellos.

Nuestra alternativa es reconducir a los pacientes que llevamos muchos años viendo y que quieren que los sigamos tratando, a otra compañía y así estamos haciendo con los que nos piden consejo.

Por supuesto esto no es solución, sino el traslado del "problema funcionario" a otra parte, que no sabemos por cuanto tiempo lo va a aceptar. La situación es muy compleja y hay dos millones de funcionarios afectados que, si decidieran pasarse a la Seguridad Social, crearían un gran problema dada su saturación.

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.



ACTIVIDADES COLEGIALES

Presentación del libro "Testigos de Jehová. Decisiones Médicas" en el XXI Congreso de Derecho Sanitario



Dr. Becerra, Oficial Mayor y empleados del IcomBA en nuestro stand presentes en el Congreso.

Fruto de las jornadas realizadas en nuestro colegio sobre la atención médica en los enfermos testigos de Jehová, el IcomBA ha publicado un libro que recoge las ponencias de dichas jornadas. Para su presentación en sociedad, el IcomBA volvió a Madrid y participó en el XXI Congreso de Derecho Sanitario. Estuvimos representados por nuestro presidente, Dr. Hidalgo; el presidente de la Comisión Deontológica del IcomBA, Dr. Mariano Casado; el secretario, Dr. Becerra; y nuestros letrados D. José Luis Galache, D. Rafael Gil y D. Héctor Galache.

Con un stand propio en el congreso, se repartieron más de 300 ejemplares de nuestro libro entre las autoridades y los asistentes, teniendo una magnífica aceptación entre todos.

En el transcurso del congreso nuestro presidente participó en una mesa sobre la Responsabilidad Civil del perito médico, hablando sobre el Registro Colegial de Peritos Médicos. En la misma mesa participó el Fiscal de la Audiencia Provincial de Badajoz, D. Juan Calixto Galán, D. Lose Carlos López Martínez, letrado de la Sala 1ª del Tribunal Supremo y el Dr. D. Eugenio Laborda Calvo, presidente de la Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal.



Inauguración en el Hospital Perpetuo Socorro de la exposición de fotografía del I Certamen de Fotografía del IcomBA



Asistentes a la Inauguración ante la Galería de finalistas del Certamen.

Tras el éxito obtenido en el I certamen de fotografía del IcomBA, la junta directiva decidió llevar esta exposición de forma itinerante por los diferentes hospitales de la provincia. Se comenzó el 22 de octubre con la exposición en el Hospital Perpetuo Socorro, quedando expuesta para todos los pacientes y público en general.

Videoconferencia "Abordaje dual del paciente respiratorio crónico en el siglo XXI"

El 23 de octubre se celebró en el salón de actos de nuestro colegio una videoconferencia sobre el abordaje dual del paciente respiratorio crónico en el siglo XXI, desde la sede central de la OMC y para 53 sedes colegiales de toda España.

Dirigió la Dra. Francisca Lourdes Márquez y el Dr. Bartolomé Leal.



Se repartieron más de 300 ejemplares de nuestro libro entre las autoridades y los asistentes, teniendo una magnífica aceptación entre todos.

Mesa redonda sobre la Facultad de Medicina en la RSEE Amigos del País.

En el salón de actos de la Real Sociedad Económica Extremeña de Amigos del País se celebró el 3 de noviembre una mesa redonda sobre el futuro de la Facultad de Medicina de Badajoz. Bajo la moderación de D. Julián Leal, participaron en ella: D. Francisco Javier Frago Martínez, alcalde del Ayuntamiento de Badajoz; D. Luis Alfonso Hernández Carrón, consejero de Sanidad y Política Social; D. Juan Manuel Moreno Vázquez, decano de la Facultad de Medicina; D. Sergio José Ibáñez Godoy, vicerrector de Profesorado de la UEX; D. Leopoldo Gil Correa, vicepresidente del Colegio de Médicos de Badajoz y D.ª Esther Barroso Toro, delegada de alumnos de la Facultad de Medicina.



Jornada sobre carrera docente en APS



El 26 de noviembre en nuestro salón de actos celebramos una jornada para dar a conocer los requisitos necesarios para acceder a la carrera docente, ya que el Plan Bolonia contempla un impulso sustancial de la APS dentro del currículum del Grado de Medicina y la necesidad de incorporar médicos de familia a la Universidad. Nos acompañó el Ilmo. Sr. decano de la Facultad de Medicina de Badajoz; el Dr. D. Francisco Buitrago, profesor asociado de AP en la Facultad de Medicina y los vocales de primaria del IcomBA Dr. Bernáldez y Dr. Torres.

Presentación del libro "OJALÁ, VIVAS TODOS LOS DÍAS DE TU VIDA" de la Sra. Dña. Josefa Gómez Bustamante

El 21 de octubre en el Teatro Central Cinema de Azuaga, se celebró la presentación del Libro "Ojalá, vivas todos los días de tu vida" de la escritora Sra. Dña. Josefa Gómez Bustamante. Contó con la presencia de nuestro presidente el Dr. Hidalgo, prologuista de la obra, y del Dr. José Mª Ramírez, neurólogo del Hospital Infanta Cristina, que impartió una conferencia sobre "Demencias. Enfermedad de Alzheimer". Numeroso público llenó el teatro arrojando a la autora, que estuvo además acompañada de gran número de compañeros y amigos del mundo de la medicina y la literatura.



Curso de Alemán en el IcomBA



Nuestro presidente con los miembros de AUPEX tras la firma del convenio.

Dentro del programa de formación continuada del IcomBA hemos iniciado un curso en alemán que se une al ya iniciado de portugués médico. El curso se desarrollará desde octubre hasta mayo en nuestra sede y responde al interés de nuestros colegiados en ampliar su formación en idiomas para completar su desarrollo profesional. El 30 de octubre firmamos el acuerdo con AUPEX, que es la Asociación de Universidades Populares de Extremadura, que tiene un programa de formación de idiomas en más de 69 municipios de toda Extremadura.

Presentación del libro del IV Certamen de casos clínicos.



El 30 de octubre, en el transcurso de la celebración del pleno de Junta Directiva de nuestro IcomBA, se presentó el libro del "IV Certamen de Casos Clínicos".

Este libro recoge los 25 casos mejor clasificados en nuestro certamen anual de casos clínicos, que se ha celebrado un año más con gran éxito de participación y de calidad en los casos presentados.

Esta versión en papel, se une a la versión en CD que se envió a todos los colegiados recientemente.

Contamos con la presencia de los miembros del comité organizador y comité científico de nuestro certamen: el Dr. Gerardo Blanco (presidente del comité), Dr. Martín Rodrigo (secretario) y el Dr. José Mª Ramírez y el Dr. Manuel Espigares como vocales.

I Jornada "Mediación y Profesión Médica: Apuesta definitiva en la unión médico-paciente".



Los participantes en la jornada junto al Dr. Nicolás Bureo, Director médico del Área de salud Badajoz Llerena Zafra y el Dr. Hidalgo.

El 2 de diciembre se celebró en el salón de actos del icomBA la jornada "Mediación y Profesión Médica: Apuesta definitiva en la unión médico-paciente".

La mediación es una forma de resolver discrepancias con la ayuda de un tercero imparcial. La promulgación de la Ley 5/2012 de 6 de julio de mediación en asuntos civiles y mercantiles y su posterior reglamento (Real Decreto 980/2013) trajo consigo una herramienta alternativa a la vía judicial o arbitral, capaz de ofrecer soluciones prácticas, rentables y con eficacia jurídica a los conflictos. Precisamente, por haber experimentado en los últimos tiempos la actividad sanitaria una creciente judicialización, la figura de la mediación resulta de indudable interés para el médico.

Participaron como ponentes D. Héctor Galache, asesor jurídico del icomBA; Dña. Paloma Robles Bujalance, experta en Mediación; D. José M^a Mora García, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Huelva, Premio Nacional de Derecho Sanitario 2014.



Videoconferencia "Presentación del Profesor Stahl sobre la relación del mecanismo de acción de Valdoxan y beneficios clínicos"

El pasado 28 de octubre, se celebró en el salón de actos de nuestro colegio una videoconferencia sobre la relación del mecanismo de acción de Valdoxan y beneficios clínicos a cargo del profesor Stahl.

A esta interesante videoconferencia, celebrada de forma conjunta con otras sedes colegiales, asistieron prestigiosos especialistas de la especialidad psiquiátrica y Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra comunidad.

Entrega de diplomas a médicos militares en la Reserva

El 28 de noviembre se celebró un acto de entrega de diplomas a militares reservistas, entre los cuales se encuentran numerosos médicos de la provincia. En representación de todo el colectivo médico, el icomBA aceptó la amable invitación de las autoridades militares con la presencia en el acto de su vicepresidente primero, el Dr. Gil Correa. Enhorabuena a los compañeros condecorados.



Presentación de la Oficina de Promoción de empleo del icomBA

El 6 de noviembre en el Colegio se celebró un acto para presentar la recién creada Oficina de Promoción de Empleo. Impulsada por la Junta Directiva del IcomBA y personalizada su creación en el vocal de Médicos en Precario, el Dr. José Luis Martín Rodrigo, esta oficina nace con la vocación de hacer llegar de forma ordenada y garantizada aquellas ofertas de trabajo que recibimos en nuestro colegio o a través de la OMC. Un servicio muy demandado por las jóvenes generaciones de médicos que sufren la precariedad laboral de estos últimos años. Estuvieron acompañados por el Dr. F. Rivas, responsable de la OPEM de la OMC y Dña. C. Sánchez secretaria de la OPEM de la OMC.

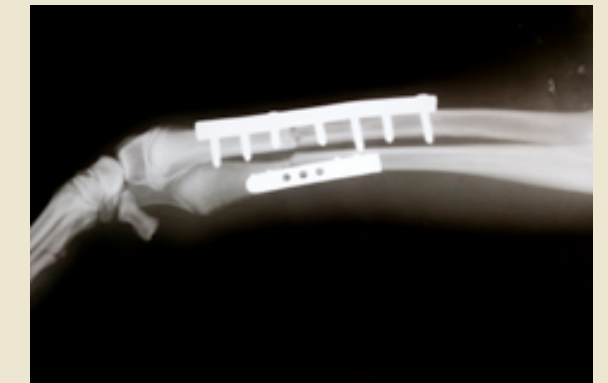


Vacunas infantiles no financiadas por el sistema público de salud

El 26 de noviembre se celebró en el colegio la mesa redonda: "Vacunas infantiles no financiadas por el sistema público de salud". El Comité Asesor de Vacunas de la AEP recomienda la vacunación de la población infantil contra un grupo de enfermedades infecciosas a las que el SNS no financia, incluso algunas de ellas no pueden adquirirse en España. Participaron en ella: Dr. Enrique Galán Gómez, catedrático de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina; Dra. Cecilia Matilde Gómez Málaga, presidenta de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura; Dra. Ana M^a Grande Tejada, pediatra de la Unidad de Lactantes e Infectología Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Badajoz y miembro del Comité Asesor de Vacunas e Infectología Pediátrica de Extremadura; Dr. Juan Mauro Ramos Aceitero, subdirector de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del SES; D. Galo Agustín Sánchez Robles, farmacéutico de Atención Primaria, antiguo subdirector de Farmacia de Extremadura y asesor de vacunas de la OMC; D. Rafael Gil Nieto, Letrado del icomBA y secretario de la Comisión de Deontología del icomBA.



XXIV Congreso de la SETO



La Sociedad Extremeña de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SETO) celebró en Villanueva de la Serena durante los días 21 y 22 de noviembre su vigésimo quinto congreso regional, dedicado en esta ocasión al tratamiento mínimamente invasivo de las fracturas osteoporóticas.

Al acto de inauguración acudió el presidente del icomBA, que estuvo acompañado por el presidente del comité organizador, Dr. D. Antonio Moreno Checa, gerente del Área de Salud Mérida, Don Benito-Villanueva, Dr. Gustavo Vega y el alcalde de Villanueva de la Serena, D. Miguel Ángel Gallardo.

I Simposium de pacientes: La Medicina desde su punto de vista



Organizado por la asociación Extremadura Health Quality (EHQ) se ha desarrollado el I Simposium de Pacientes en el salón de actos del icomBA, el 4 de diciembre 2014.

Con el lema "Informarse también es salud", se desarrollaron diversos temas relacionados con las especialidades que aglutinan esta asociación de clínicas sanitarias, para acercar al ciudadano una información veraz y palpar las necesidades y dudas que la sociedad nos demanda sobre estos temas. Presidió la inauguración el consejero de Sanidad y Política Social, Sr. D. Luis Alfonso Hernández Carrón, el presidente de este asociación, Dr. José Carlos Moreno, y el presidente del icomBA Dr. Hidalgo.

El escaparate roto y el informe de la OMC

DR. GALO AGUSTIN SÁNCHEZ



Responsable de la Oficina de Evaluación de medicamentos del SES

La OMC fue llamada por el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad para formar parte de un grupo de trabajo y de debate sobre el sector farmacéutico. Algunos pueden creer que la OMC sólo debe entender e informar sobre los fármacos en el eje del conocimiento y en la parte de la prestación que se refiere a su utilización, pues, no en vano, su principal función es la salvaguarda de la razón ético-científica en el cumplimiento de la misión de las intervenciones sanitarias centradas en las necesidades del paciente. Y, sin confundir deseos con necesidades, la OMC, a través del grupo Observatorio de la Prescripción, elaboró un borrador, que fue perfeccionado por los colegios de médicos provinciales y votado como informe por la Asamblea General. Hasta aquí, ninguna sorpresa. Pero el informe incluía otro eje del sector farmacéutico sobre el que hasta ahora no se había pronunciado la OMC, concretamente el eje del fármaco como objeto de mercadeo, abarcando el precio de la investigación, producción, promoción comercial, distribución y dispensación.

Pero, ¿es lógico que la OMC estudie, evalúe y se pronuncie sobre el valor económico que adquiere en el mercado, el cual no guarda correlación con bajo, mo-

derado o alto valor terapéutico? La respuesta es sí, porque los tres ejes son partes del Sistema Nacional de Salud. Y para justificarlo hay que explicar qué es un sistema, ya que una de las principales limitaciones de la cognición humana, origen de inadvertidos graves errores en las decisiones, es el “descuido del sistema”.

Un sistema, que es la forma abreviada de “sistema complejo”, es una situación en la que uno o más resultados surgen de la interacción mutua de dos o más variables de acción. Cuando un agente actúa voluntariamente sobre una variable simple que se ve, involuntariamente está actuando sobre algunas de las demás que no se ven. Esto sucede en el caso de el escaparate roto (*) y en el Sistema Nacional de Salud: que son dos sistemas cerrados en todas las funciones dependientes de sus respectivos presupuestos. Si un decisor del SNS, con buena voluntad, decide financiar una vacuna para los 950.000 niños menores de 2 años en España, cuyo PVP fuera de 300 euros por niño, el coste supondría alrededor del 3% del gasto en recetas y el 0,65% del presupuesto del SNS. Y si lo invierte aquí, automáticamente lo desinvierte del resto de prestaciones, de los sueldos y de lo demás del SNS. Si

de los 950.000 niños hubiera 190 niños con un riesgo basal de enfermedad grave, y la vacuna en un mundo real evitara entre 95 y 170 casos, sin saber si evitaría alguna de las 0 a 11 muertes, a pesar de la buena voluntad, la inversión podría incluso oponerse a mejores resultados en el resto de enfermedades graves y de las 1.600 muertes totales en esos mismos 950.000 niños. Y también podría haber sido mejor sobre las necesidades de los 45.634.000 españoles restantes. Sin embargo, mientras que la inversión en la vacuna se ve, no se ve todo en lo que se desinvierte.

El psicólogo alemán Dietrich Dörner ha dedicado gran parte de sus investigaciones al resultado final de las acciones comenzadas con buena voluntad. Dörner nos ha demostrado que ésta no necesita esfuerzo cognitivo, pero impregna nuestro interior de una fuerza impulsora para comenzar una acción y continuarla. Por lo general la benevolencia se satura rápidamente dando una solución simple. Si la realidad es simple, con esto basta para un buen resultado. Pero si la realidad es compleja, hace falta adicionalmente un ejercicio cognitivo para comprender la complejidad, es decir las mutuas interrelaciones entre sus variables.

El escaparate roto (*)

En 1946 Henry Hazlitt publicó el capítulo El escaparate roto en su libro “La economía en una lección”, para mostrarnos lo fácil que es incurrir en un sesgo de focalización y por qué debemos evitarlo. El argumento que emplea es el de un gamberro que rompe el cristal de una panadería. El panadero no logra saber quién ha sido el agresor y se ve obligado a sacar 100 euros de sus ingresos para encargar un nuevo vidrio al cristalero. Como es fácil focalizar sobre estos 100 euros, se puede ver que van a mejorar los ingresos del dueño y los empleados de la cristalería. Las familias de éstos invertirán los 100 euros entre los trabajadores de bienes y servicios de la ciudad y en el pago de los impuestos para la comunidad. Aparentemente el gamberro merecería ser felicitado porque ha movido la economía de toda la comunidad desde la mejora del sector cristalero. Esto es lo que se ve bajo nuestro foco. Pero, ¿qué hay en lo que no vemos porque no elevamos el foco?

El panadero llevaba un año ahorrando 100 euros porque quería comprarse un traje, ya que había engordado y el de su boda no le servía. Ese dinero hubiera mejorado los ingresos del dueño y los empleados de la sastrería, cuyas familias hubieran mejorado la economía de toda la comunidad desde el sector manufacturero de trajes. Si elevamos nuestro foco hasta aquí, parece que el resultado es igual en ambas situaciones, porque los mismos 100 euros han mejorado la economía de toda la comunidad, independientemente del sector desde el que se inician el movimiento. Pero si lo elevamos para observar todo el sistema, veremos que en el resultado final es de un cristal en lo que se ve, y de un cristal y un traje en lo que no se ve. El balance global es mejor por la vía de lo que se inicialmente se necesitaba que por la vía de lo que inicialmente no se necesitaba.



Por esto la OMC entendió que debía pronunciarse no sólo en los dos ejes habituales, sino también en el tercero, y así lo ha hecho mediante un documento que, recogiendo el resumen de las deliberaciones, concluye con un listado de recomendaciones. Y tanto las deliberaciones como las recomendaciones se basan en que el paciente es el que emite las necesidades (input) y son los sanitarios, demás trabajadores y gestores del SNS y todo el sector farmacéutico los que deben absorberlas (output), y no a la viceversa.

Sería anómalo que una industria farmacéutica, un departamento administrativo, una sociedad científica o una asociación de una enfermedad emitieran sus necesidades y las tuvieran que absorber los pacientes.

Tal inversión de fines y medios sería contraria a la ética. Un médico sin sobresaltos laborales y económicos, y con

temología de médicos y pacientes, pues éstos necesitan algo más que lo ofrecido en las evaluaciones de la EMA.

Los médicos y pacientes necesitan evaluaciones que se hagan: 1) sobre "las variables de resultados en salud que importan al paciente informado"; y 2) expresando los cálculos en un balance de beneficios y riesgos añadidos que justifiquen los inconvenientes y los costes (BRIC). Un fármaco puede cumplir con la primera epistemología y simultáneamente cumplir con la segunda, pero podría cumplir con la primera sin saturar la segunda.

Es importante destacar que para la comprensión de la cantidad de riesgos evitados y añadidos y una toma de decisiones más o menos compartida, además de la expresión en Riesgo Relativo (RR), las evaluaciones deben calcular y expresar sus resultados también en Reducción Absoluta del Riesgo (RAR) y Número Necesario a Tratar



una buena formación independiente, es el que absorbe las principales necesidades del paciente, que son conocimiento, atención y acompañamiento, y como consecuencia este médico es un bien a proteger con medidas concretas.

Así se pronuncia la OMC en su informe, después de un exhaustivo análisis económico que ha mostrado, entre otras cosas, que en el comienzo del SNS las nóminas representaban el 58% del presupuesto y hoy el 44%, lo que describe que una empresa basada en el conocimiento ha desinvertido en conocimiento para compensar la inversión en capital. También se pronuncia sobre el conocimiento. El conocimiento es la información científica independiente para su aplicación práctica y concreta. Por ello los médicos y pacientes necesitan una evaluación de los beneficios, riesgos, inconvenientes y costes (BRIC) sobre los resultados en salud que importan al paciente.

Una evaluación BRIC se justifica porque las evaluaciones de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), así como sus guías de evaluación dirigidas a los promotores para la aprobación de sus nuevos fármacos, tienen su epistemología propia. Una epistemología que sirve para la autorización de comercialización, y como tal lo hace bien y muy bien. Pero esa epistemología no es la epis-

temología de médicos y pacientes, pues éstos necesitan algo más que lo ofrecido en las evaluaciones de la EMA. para Evitar un Evento (NNT) cuando ello no sea imposible, tanto para evitar la sobreestimación de la efectividad, como para permitir establecer el balance de beneficios y riesgos, pues éste es imposible matemáticamente sólo con el RR o su complementario, la Reducción Relativa del Riesgo (RRR).

Hay muchas más recomendaciones, y cada lector destacará las que mejor comprenda y le afecten. Es lo lógico. Pero que haga lo posible para no incurrir en el Descuido del Sistema. El SNS ha llegado a instituirse como un derecho, pero no olvidemos que todo derecho es la consecuencia de una conquista a base de obligaciones, y estas obligaciones consisten en dar, darse y renunciar a expectativas no realistas.

Los médicos y pacientes necesitan una evaluación de los beneficios, riesgos, inconvenientes y costes (BRIC) sobre los resultados en salud que importan al paciente.

GESTIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL



Reflexiones sobre el R.D. 625/2014, que regula la Gestión y Control de la Incapacidad Temporal

El 1 de septiembre de 2014 entró en vigor el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. (Publicado en BOE el 21 de julio de 2014) y que sustituyó al anterior Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Dicho Real Decreto surgió para adecuarse a las últimas modificaciones surgidas en el Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social respecto a la incapacidad temporal (I.T.) y a otras normativas como el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, pero también para dar respuestas a lo solicitado por las Mutuas de Accidente de Trabajo de la Seguridad Social (MATEPSS) y por las Sociedades Científicas como la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

El borrador del este nuevo Real Decreto fue modificado numerosas veces tras las alegaciones efectuadas por el Ministerio de Sanidad, a través de las recomendaciones efectuadas por las Comunidades Autónomas, por las Sociedades Científicas, por las MATEPSS y por el propio Instituto de la Seguridad Social (INSS).

Al final ha quedado una norma que intenta satisfacer a todos las partes involucradas en la gestión de esta prestación, pero que lo consigue solamente a medias.

DR. LAUREANO MARÍN LENCERO

Jefe de Servicio de Inspección Sanitaria de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo

1

Declaraciones médicas de baja y de continuación de la baja en procesos de IT



DR. LAUREANO MARÍN LENCERO

Jefe de Servicio de Inspección Sanitaria de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo

Uno de los objetivos de la nueva regulación consiste en adaptar la expedición de los partes médicos a los diferentes tipos de patología que pudieran padecer los trabajadores.

Los médicos competentes en la emisión de partes de baja, de confirmación y de alta, contarán con tablas de duración tipificadas que faciliten plazos orientativos de duración de la I.T., basados en el diagnóstico, la ocupación del trabajador y su edad.

Todo ello, sin perjuicio que, los partes de baja y de confirmación de la baja se extenderán en función del periodo de duración que estime el médico que los emite. Se establecen 4 grupos de procesos:

- En los procesos de duración estimada inferior a 5 días, se podrá emitir el parte de baja y el de alta en el mismo acto médico.
- En los procesos de duración estimada entre 5 y 30 días, se revisará el estado del trabajador como máximo a los 7 días. En la fecha de la revisión se extenderá parte de alta o parte de confirmación.

Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 14 días.

c) En los procesos de duración estimada entre 31 y 60 días, se revisará el estado del trabajador como máximo a los 7 días. En la fecha de la revisión se extenderá parte de alta o de confirmación. Después de este primer parte, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 28 días.

d) En los procesos de duración estimada de más de 61 días, se revisará el estado del trabajador como máximo a los 14 días. En la fecha de la revisión se extenderá parte de alta o parte de confirmación. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 35 días.

La gestión de los partes se hará igual independientemente de la contingencia.

COMENTARIO:

Hasta ahora la periodicidad de los partes de confirmación era fija. En Contingencias comunes, al cuarto día se emitía el primer parte de confirmación y luego cada 7 días. En Contingencias profesionales, el primer parte antes, era a los 7 días.

ACTUACIÓN:

Se implementará en Jara la nueva sistemática de emisión de partes de baja y de confirmación. Del mismo modo se establecerá las tablas de tiempos óptimos de duración de las bajas laborales, que valorará el diagnóstico, edad y profesión.

NOTA:

Hasta que no se publique mediante Orden Ministerial los nuevos partes de baja, se mantienen válido los actualmente vigentes, que serán transmitidos mediante la normativa anterior.

El resto de los puntos que se indican a continuación están plenamente vigentes actualmente.

2

Declaración médica de alta.

Los partes médicos de alta podrán ser expedidos además de por los médicos de atención primaria, también por los inspectores médicos del servicio público de salud y por los Inspectores del INSS.

COMENTARIO:

La posibilidad de la emisión del alta por los médicos del INSS ya venía reflejada en el TRLSS, pero no en el R.D. 575/1997.



3

Informes complementarios y de control

En los procesos cuya gestión corresponda al Servicio Público de Salud y cuya duración prevista sea superior a 30 días, el segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario del facultativo que expidió la baja, en el que se recogen las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, pruebas médicas realizadas, evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional.

Después los informes complementarios se actualizarán cada dos partes de confirmación.

Asimismo trimestralmente, la inspección médica o el médico de atención primaria bajo la supervisión de la Inspección, expedirá un informe de control de la incapacidad temporal en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen la necesidad de mantener al I.T.

COMENTARIO:

Antes, el médico realizaba el informe complementario de la baja al tercer parte. Hasta la publicación de este R.D. solamente la Inspección Sanitaria podía realizar los informes trimestrales de control.

ACTUACIÓN:

Se instaurará los requerimientos necesarios en Jara para el cumplimiento de lo especificado sobre informes complementarios y de control.

4

Propuestas de alta médica formulada por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes

Las mutuas tendrán la posibilidad de formular propuestas motivadas de alta médica en los procesos de contingencias comunes cuya cobertura les corresponda, comunicando dicho extremo de forma simultánea al trabajador afectado.

Dicha propuesta motivada se enviará a la inspección Sanitaria para su remisión al médico de atención primaria que corresponde. Éste podrá aceptar la propuesta de alta o confirmar la baja médica. En el caso de que se confirme la baja, se consignará el diagnóstico, el tratamiento dispensado, las causas que justifican la discrepancia y se señalarán las atenciones y los controles médicos que considere necesario realizar. La Inspección trasladará a la mutua ese informe en el plazo máximo de 5 días desde la recepción de la propuesta en la Inspección.

Si la Inspección sanitaria no recibe contestación del médico en 5 días o en caso de discrepar de la misma podrá acordar el alta médica o bien podrá mantener la baja. En todo caso, si la Mutua no recibe contestación en plazo de 5 días desde su remisión de la propuesta de alta a la Inspección, podrá solicitar al INSS el alta del trabajador. El INSS deberá resolver la propuesta de la Mutua en el plazo de 4 días desde su recepción.

Nota: A partir del 1 de abril de 2015, El plazo de 5 días, será de 11 días y el de 4 días, serán 8 días.

COMENTARIO:

El plazo de contestación de las propuestas de alta según la antigua normativa era de 15 días, y de forma efectiva por un oficio de la Subdirección del INSS era de 20 días.

El plazo dispuesto es muy corto, ya que en el plazo 5 días, la inspección deberá remitir la propuesta al médico de Atención Primaria. Este deberá contestar a la misma y remitirla de nuevo a la Inspección y después, la inspección deberá contestar a la Mutua en el sentido que corresponda.

Por otro lado, las propuestas de las Mutuas deben ser motivadas, siendo la Inspección la responsable del rechazo de la tramitación de aquellas no motivadas. Del mismo modo las contestaciones del Servicio Público (Médicos de A.P. y Inspectores), deben ser igualmente motivadas.

ACTUACIÓN:

Se instaurará sistemas más ágiles de tramitación de las propuestas por los agentes implicados, para evitar demoras.

Se informará a los médicos de A.P. de las situaciones de no motivación de las propuestas de alta médica.

5 Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de I.T.

Las Mutuas ejercerán el control y seguimiento de las bajas médicas por contingencias comunes desde el primer día de la baja médica.

COMENTARIO:

Antes, las Mutuas podían iniciar el control de I.T. solo pasados 15 días de I.T.

Al final ha quedado una norma que intenta satisfacer a todas las partes involucradas en la gestión de esta prestación, pero que lo consigue solamente a medias.

6 Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de I.T.

El facultativo de la mutua que asista al trabajador podrá inicialmente, previo reconocimiento médico preceptivo considerar que la patología causante es de carácter común y remitir al trabajador al servicio público de Salud para su tratamiento. A tal efecto entregará al trabajador un informe médico en el que describa la patología y señale su diagnóstico, tratamiento dispensado y los motivos que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que acompañará los informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado.

Si a la vista del informe de la mutua el trabajador acude al servicio público de salud y el médico de este emite parte de baja por contingencia común el beneficiario podrá formular reclamación con relación a la consideración otorgada a la contingencia ante el INSS que resolverá según procedimiento, en el plazo máximo de 15 días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas.

Por su parte el facultativo que emita el parte de baja podrá formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la mutua, sin perjuicio de que el parte médico produzca plenos efectos. Las resoluciones emitidas por el INSS, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa.

COMENTARIO:

De facto se le da potestad a las mutuas de que determinen a contingencia. Las resoluciones del INSS agotan la vía administrativa, quedando únicamente la posibilidad de interponer recurso vía judicial.

ACTUACIÓN:

Ante una situación en la que el facultativo de Atención Primaria considere que el proceso del trabajador tuviera como origen una contingencia profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional), deberá contactar con la Inspección de Área Sanitaria correspondiente para que sea informado de las actuaciones a seguir.

7 Procedimiento de revisión de altas médicas expedidas en los procesos de I.T. por contingencias profesionales por las Mutuas

Frente a las altas médicas emitidas por las Mutuas, en los procesos de I.T. derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de 12 meses de duración, el interesado podrá instar la revisión del alta médica en el plazo de 10 días naturales ante el INSS, en la que manifestará los motivos de su disconformidad con dicha alta médica. La mera iniciación del procedimiento especial de revisión suspenderá los efectos del alta médica.

El Director Provincial del INSS competente dictará resolución en el plazo de quince días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de la Mutua.

COMENTARIO:

Modifica el plazo de 4 días para la revisión del alta a 10 días. Estas resoluciones también agotan la vía administrativa.

ACTUACIÓN:

Ante un alta por contingencias profesionales emitida por la Mutua hay que informar al trabajador del derecho de la revisión del alta ante el INSS. dicho acto suspenderá el alta emitido por la Mutua.

OCTUBRE 2014

■ ALTAS

■ BAJAS

■ FALLECIDOS

Jiménez Guerra	Yudelsy	06/06/06817	Licenciada en Medicina
Guzmán Caro	Guadalupe I.	06/06/06818	Medicina Nuclear
Izquierdo Martín	Ana	06/10/04168	Pediatría y sus Áreas Específicas
Sobieschi	Oana Irina	06/31/07372	Licenciada en Medicina
Pérez González	Ana María	06/20/05837	Licenciada en Medicina

Neves Muniz	Sávio	Cese en el ejercicio
Blanco Vicente	Esther	Traslado a Albacete
Ramírez Salgado	Daner Andrea	Traslado al extranjero
De Vita Sanoja	Karla Verónica	Traslado a Madrid

NOVIEMBRE 2014

Salguero Abrego	Glenda Beatriz	06/06/06819	Licenciada en Medicina
Luengo Tabernero	Ángel	06/24/05257	Obstetricia y Ginecología
Zurnoza García	Vanesa	06/24/05253	Obstetricia y Ginecología
Revollo	Ivia	06/06/06820	Licenciada en Medicina
Ruiz Villegas	Cristhians	06/28/66391	Licenciada en Medicina

García Doncel	Enrique	Invalidez
Salgado Arce	José Fernando	Traslado al extranjero
Zeller Suppan	Federico L.	Traslado al extranjero
Traverso Guerrero	Luis	Traslado a Cádiz
Robles Ortíz	Mª Reyes	Traslado a Alicante
Muñoz Cantero	Alicia	Cese ejercicio

Ruiz Fernández	Benito	Fallecimiento
Pereira López	Lorenzo	Fallecimiento



El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz expresa su más sentido pésame a las familias y amigos de los colegiados fallecidos



ANDRÉS BAS SANTA-CRUZ
Director de Videomed

¿Qué balance hace de este Videomed?

Ha resultado un éxito por la afluencia de trabajos (videos , web-sites y multimedias), también con especial afluencia de películas en 3D. Se han recibido más de trescientos trabajos, de los que hemos seleccionado 126 por su mejor calidad y contenido.

Muchas años siendo la referencia del cine médico y telemedicina en el mundo. ¿Siente el mismo reconocimiento en el ámbito social y profesional en Extremadura?

Ciertamente el apoyo de los extremeños y de todos los amigos del mundo de la ciencia , tecnologías , docencia e investigación supone un hermoso regalo que compensa los esfuerzos de organización.

Una cita que trasciende el ámbito médico, ya que aprovecháis para mostrar Extremadura a los visitantes de otras partes del mundo. ¿Qué papel juega este componente de embajadores de Extremadura a la hora de organizar Videomed?

Una responsabilidad libremente buscada que en sí supone una satisfacción cuando se van alcanzando las metas previstas y que treinta años después ha hecho posible que Badajoz y Extremadura hayan surcado mares y cielos de la mano de Videomed para abrir caminos bidireccionales en America, Norte y Sur, Europa en casi todos sus países, y África con sus especiales características en vías de desarrollo económico y de salud. Por otra parte, en esta reciente edición, el "Gran Dragón Chino" nos ha acompañado con representantes y trabajos de cuatro universidades, a la vez que un equipo de la televisión china ha recogido los trabajos de sus representantes en nuestro Certamen, así como han tomado imágenes de ciudades, campos y lagos de Extremadura, como atractivo de especial interés turístico.

Mientras otros certámenes de estas características se han visto reducidos o desaparecidos debido a la crisis Videomed sigue al pie del cañón. ¿Cuál es la clave del éxito?

Esfuerzo y trabajo sostenido, con un constante interés por incorporar cada año los avances en la Medicina, Cirugía TICs y todas las especialidades de las Ciencias de la Salud. El apoyo incondicional de un grupo de Instituciones y empresas que nos facilitan los medios con los que poder desarrollar.

nuestra labor también juega un papel fundamental. De una manera especial debemos destacar a la "Casa de los Médicos" que nos acoge en cada nueva edición. Desde aquí queremos muestra nuestro agradecimiento a todos los que lo hacen posible este proyecto año tras año y nos empujan a continuar y seguir con la expansión de Videomed.

El "Gran Dragón Chino" nos ha acompañado con representantes y trabajos de cuatro universidades, a la vez que un equipo de la televisión china ha recogido los trabajos de sus representantes en nuestro Certamen.



Arriba, Andrés Bas Santa-Cruzchar, director de Videomed, la con el consejero de Sanidad; En medio a la izquierda, el ganador de Videomed durante su conferencia; En medio a la derecha, Andrés Bas con la delegación china; Abajo, el director de Videomed durante el acto de clausura.

ASOCIACIÓN EXTREMEÑA A.F.A.L.

Ayuda a Familias Afectadas
de Leucemia, Linfoma,
Mieloma y Aplasia



Año de fundación: 1995
Número de socios: 2033
Sede: C/ Cardero nº7 Mérida
06800 (Badajoz)
Presidencia: José María Paredes
García
Contacto: 924330825-
659848257

¿Por qué surge la Asociación Extremeña A.F.A.L.?

La adaptación a una enfermedad de larga duración, como son la leucemia, linfoma, mieloma o la aplasia, con tratamientos que pueden durar años, es un proceso continuo en el cual el paciente y su familia tiene que enfrentarse a constantes retos: físicos, psicológicos, sociales y económicos.

Cuando éste proceso se lleva a cabo a muchos kilómetros de distancia de nuestro entorno, debido a que muchos de los tratamientos se suceden en los hospitales extremeños de referencia o incluso fuera de la región, el descenso y agotamiento de los recursos económicos es notorio, cualquier economía doméstica se ve sobrepasada por esta situación. En respuesta a esta necesidad social, nace A.F.A.L. Un grupo de personas unidas en pro de trabajar para complementar en el ámbito socio-sanitario a la sanidad pública con respecto al TRANSPORTE, LA VIVIENDA Y LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA de las familias.

Necesitamos ser dotados de recursos económicos para reforzar las ayudas por desplazamiento y atención psicológica para las familias.

¿Cómo valoran la atención sanitaria que reciben los afectados de leucemia en Extremadura?

La vivencia de nuestras familias con los diferentes servicios de hematología en Extremadura es excelente. Expresando siempre la calidad humana y laboral que demuestran los profesionales de la región a la hora de convivir con las familias afectadas. El pero o la pena llega cuando tienen que ser derivados a otros centros de referencia fuera de la región ya que en Extremadura todavía no hay la posibilidad de realizar el trasplante alogénico de médula ósea, proceso al que se acaban enfrentando un número importante de pacientes hematológicos.

Y es aquí cuando empieza el tránsito de las familias por las diferentes comunidades autónomas y una de las razones de nuestra existencia.

¿Cuáles son las principales preocupaciones de La Asociación A.F.A.L en la actualidad?

Nuestra principal preocupación, es la que motivó su creación: las familias y su posible falta de recursos para las situaciones que hemos comentado antes. Pero para poder responder a esta necesidad social necesitamos ser dotados de recursos económicos suficientes para reforzar las ayudas por desplazamiento, transporte y atención psicológica para las familias. Intentamos esquivar esta vulnerabilidad con eficiencia y austeridad ante la crisis económica actual y persistente, por ello recurrimos permanentemente a la colaboración de nuestros socios, empresas, patronos y especialmente a la Administración, todo

ello con la transparencia, que es más necesaria que nunca, para afrontar un reto casi imposible: una logística adecuada que ofrezca una respuesta a quien nos necesita.

¿Cuáles son los proyectos actuales y futuros de La Asociación A.F.A.L.?

Nuestro proyecto más inmediato es seguir trabajando para las familias fortaleciendo las ayudas por desplazamiento, las viviendas con las que contamos para su uso compartido y haciendo llegar la atención psicológica a los enfermos y sus familias.

Buscando convenios de colaboración con entidades e instituciones que nos den el impulso para mejorar los recursos y nuestros servicios.

La difusión también es una tarea pendiente ya que debido a los distintos servicios por los que pasa el paciente en demasiadas ocasiones la responsabilidad de la información se dispersa provocando que el recurso llegue a la familia en diferentes etapas de su enfermedad cuando lo ideal sería desde el diagnóstico.

Nos encantaría desaparecer en un futuro, por eso

preferimos hablar en presente. Eso supondría que las enfermedades hematológicas se podrían tratar íntegramente dentro de la región y así las familias no tendrían que sufrir el periplo interregional que suponen las derivaciones fuera de Extremadura.

Necesitamos la complicidad de todos los medios de comunicación especializados y generalistas para poner en valor el trabajo que realiza solidariamente nuestra ONG al servicio de todos los extremeños

Nos encantaría desaparecer en un futuro, por eso preferimos hablar en presente. Eso supondría que las enfermedades hematológicas se podrían tratar íntegramente en Extremadura.



Sede de A.F.A.L. en Mérida.



RESUMEN GRADE DEL ENSAYO CLÍNICO

ENSAYO CLÍNICO DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN HOMBRES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SENSIBLE A CASTRACIÓN Y CON METÁSTASIS ÓSEAS.

Smith MR, Halabi S, Ryan CJ, et al. Randomized controlled trial of early zoledronic acid in men with castration-sensitive prostate cancer and bone metastases: results of CALGB 90202 (alliance). J Clin Oncol. 2014 Apr 10;32(11):1143-50.

A) OBJETIVO:

En hombres con cáncer de próstata sensible a la castración, comparar los beneficios y riesgos añadidos de la administración temprana de zoledrónico frente a la administración iniciada tras la progresión de la enfermedad resistente a la castración, en un período de 36 meses.

B) TIPO DE ESTUDIO:

Es de un estudio aleatorizado y controlado (placebo).

C) POBLACIÓN ESTUDIADA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

1º Criterios de inclusión: Pacientes varones mayores de 18 años con diagnóstico histológico de adenocarcinoma de próstata, más: 1) al menos una metástasis ósea diagnosticada mediante imágenes radiográficas (gammagrafía ósea, resonancia magnética, tomografía computarizada o radiografías simples); 2) estatus funcional 0 a 2 según la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group); 3) aclaramiento de creatinina > 30 ml / min; y 4) haber recibido en los 6 meses antes terapia continua de bloqueo de andrógenos (orquiectomía bilateral, agonista de la hormona liberadora de gonadotropina y/o antiandrógenos) y continuar la terapia de bloqueo de andrógenos durante todo el estudio (si la terapia había sido intermitente, no eran elegibles).

2º Criterios de exclusión: 1) Radioterapia dentro de 4 semanas, tratamiento previo con un bifosfonato o con radiofármacos; 2) haber recibido terapia de bloqueo de andrógenos en cualquier momento hace más de 6 meses, salvo que la hubieran recibido, siempre y cuando la terapia hubiera durado =< 6 de meses y hubiera sido completada hace más de 6 meses; 3) calcio corregido menor de 8 y mayor de 11,6 mg/dl.

3º Características de los pacientes en el inicio:

a) Grupo de intervención: Zoledrónico, 323 pacientes; Grupo de control: Placebo, 322 pacien-

tes. Las características demográficas y clínicas estaban equilibradas en general, tal y como se resume a continuación. Mediana de edad 66,2 años (IQR 60-73), Raza blanca 80%. Puntuación Gleason 0-4: 1%, 5-7: 36%, 9-10: 58%, desconocida 5%. Terapia previa: Prostatectomía 17%, Radioterapia de próstata 17%, Terapia de bloqueo de andrógenos 5.3%. Tipo de terapia de bloqueo de andrógenos en el reclutamiento: Orquiectomía 3%, agonista de la hormona liberadora de gonadotropina sólo 26%, agonista de la hormona liberadora de gonadotropina y antiandrógenos 67%. Metástasis en: Hueso 96%, SNC (excluyendo cerebro) 0,3%, Hígado 2,5%, Pulmón 4%, Pleura 0,8%, Tejidos blandos 9%, Otros 17%. Estatus funcional de 0 a 2 según la escala ECOG: 0: 64%; 1: 33%, 2: 4%, Algún evento relacionado con el esqueleto previamente 13%. VARIABLES DE LABORATORIO (en medianas): Hemoglobina 16,7 mg/dL; Calcio 9,3 mg/dL; Creatinina 1 mg/dL; LDH 167 U/L; Fosfatasa alcalina 117 U/L; PSA 6,9 ng/mL.

D) RESULTADOS:

Los mostramos en la tabla.

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

Sistema GRADE: Calidad de la evidencia MODERADA. Justificamos la rebaja: a) por la parada prematura del estudio; b) por no informar correctamente del tiempo de seguimiento alcanzado (pues no especificaron el rango alrededor de mediana en el tiempo de seguimiento); y c) el significativamente mayor número de abandonos de zoledrónico que de placebo, pues hubo 65/323 (20,12%) en este grupo frente a 38/322 (11,8%) en el grupo de placebo, RR 1,71 (1,18-2,47); RAR -8,32% (-13,97% a -2,69%) y NND 12 (7 a 37).

D) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Para pacientes con cáncer de próstata sensible a castración con metástasis óseas, de 66 años (IQR 60-73), con estatus funcional 0 ó 1 en la escala ECOG y una

puntuación Gleason > 4, que están o comienzan tratamiento de bloqueo de andrógenos, según la calidad de la evidencia y la magnitud y precisión de los resultados de este ensayo clínico, hacemos una recomendación fuerte en contra de añadir ácido zoledrónico al tratamiento.

Justificación:

1º Beneficios y riesgos añadidos: No se encontró diferencia estadísticamente significativa en las variables de eficacia: a) Primer "evento relacionado con el esqueleto"; b) Mortalidad, ni c) Primer evento de [Progresión ósea, Progresión del PSA, o Muerte]. Contando con que hubo un significativamente mayor

porcentaje de abandonos de zoledrónico (20,12%) que de placebo (11,8%), no se encontró diferencia estadísticamente significativa en los eventos adversos graves o amenazantes de la vida: a) Totales; b) Osteonecrosis; c) Hipocalcemia; d) Dolor; e) Elevación de creatinina; f) Hipofosfatemia; y g) Efectos adversos gastrointestinales.

2º Inconvenientes: Administración del alendrónico en infusión intravenosa cada 4 (ó 3) semanas, y los requisitos previos para recibirla.

3º Costes: El PVL+IVA de un vial de 4 mg (de uso en oncología) de 320 euros.

Abreviaturas: AAR: aumento absoluto del riesgo; CrCl: aclaramiento de creatinina; DE: desviación estándar; Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group): escala funcional del Grupo Cooperativo de Oncología del Este; EREs: eventos relacionados con el esqueleto HR: hazard ratio IC: intervalo de confianza; 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: Nosotros calculamos e informamos las medidas del efecto hasta RAR y NNT desde los HR, si los proporcionan los investigadores, y, si no lo proporcionan, calculamos los RR, RAR y NNT por incidencias acumuladas. Salvo que indiquemos otro porcentaje, los intervalos los calculamos para una confianza del 95%. La calculadora está disponible en: http://evalmedicamento.weebly.com/uploads/1/0/8/6/10866180/calculadora_var_dicot.xls

Pacientes con cáncer de próstata sensible a castración con metástasis óseas, de 66 años (IQR 60-73), con estatus funcional 0 ó 1 en la escala ECOG y una puntuación Gleason > 4, que están o comienzan terapia de privación de andrógenos.						
Smith MR. J Clin Oncol. 2014;32(11):1143-50. ECA zoledrónico vs placebo, mediana de seguimiento global 12,7 meses.						
CÁLCULOS EN TIEMPO HASTA EL PRIMER EVENTO	Grupo Zoledrónico, % eventos	Grupo Placebo, % eventos	Medidas del efecto calculadas desde los HR proporcionados por los investigadores.			Potencia calculada por incidencias acumuladas
			HR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	
Mortalidad	42,7%	46,9%	0,88 (0,7-1,12)	4,19% (-3,88% a 11,1%)	24 (9 a -26)	20,76%
Primer evento de [Progresión ósea, Progresión del PSA, o Muerte]	67,2%	71,4%	0,89 (0,74-1,07)	4,22% (-2,4% a 11%)	24 (9 a -42)	38,51%
CÁLCULOS POR INCIDENCIAS ACUMULADAS	Grupo Zoledrónico, Nº eventos (%)	Grupo Placebo, Nº eventos (%)	Medidas del efecto calculadas por incidencias acumuladas, cuya mediana de seguimiento global fue de 12,7 meses.			
			RR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Primer "evento relacionado con el esqueleto" (*)	147/323 (45,5%)	152/322 (47,2%)	0,96 (0,82-1,14)	1,69% (-5,94% a 9,36%)	59 (11 a -17)	6,32%
EFECTOS ADVERSOS GRAVES O AMENAZANTES DE LA VIDA						
Total de efectos adversos graves o amenazantes de la vida	45/323 (14%)	39/322 (12%)	1,17 (0,78-1,74)	-2,00% (-7,23% a 3,23%)	-50 (31 a -14)	11,42%
Osteonecrosis grave	10/323 (3,2%)	6/322 (1,9%)	1,68 (0,63-4,52)	-1,3% (-3,89% a 1,43%)	-77 (70 a -26)	18,08%
Hipocalcemia grave o amenazante de la vida	7/323 (2,2%)	3/322 (0,9%)	2,33 (0,61-8,92)	-1,24% (-3,33% a 1,09%)	-81 (92 a -30)	24,54%
Dolor grave	9/323 (2,8%)	7/322 (2,2%)	1,28 (0,48-3,4)	-0,61% (-3,21% a 2,06%)	-163 (49 a -31)	7,22%
Elevación grave de creatinina	2/323 (0,6%)	2/322 (0,6%)	1 (0,14-7,03)	0% (-1,67% a 1,67%)	52003 (60 a -60)	2,52%
Hipofosfatemia grave	8/323 (2,5%)	5/322 (1,5%)	1,6 (0,53-4,82)	-0,92% (-3,29% a 1,57%)	-108 (64 a -30)	13,04%
Efectos adversos gastrointestinales graves	2/323 (0,6%)	1/322 (0,3%)	1,99 (0,18-21,88)	-0,31% (-1,8% a 1,32%)	-324 (76 a -55)	8,33%

(*) "Evento relacionado con el esqueleto" incluye: "radiación del hueso (incluido el uso de radiofármacos para el hueso), fractura clínica, compresión de la médula espinal, cirugía de hueso, o muerte como resultado de cáncer de próstata".

¿Qué es el Comité Deontológico del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura?

DR. D. MARIANO CASADO BLANCO



Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC

Presidente de la Comisión de Deontología del ICOMBA

En este artículo se intenta dar a conocer un órgano colegial, que seguramente muchos colegiados desconocen su existencia. Es el denominado Comité Deontológico del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura (Consejo).

Primeramente indicar que el Consejo es una corporación de Derecho Público, de estructura democrática, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

Su constitución, estructura y funcionamiento tiene una amplia base legal, que se concreta en: la Ley de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura (Ley 11/2002, de 12 de diciembre), la Ley General de Colegios Profesionales, el Real Decreto que aprueba los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de la Profesión Médica.

Tomando como base esta amplia normativa, en 2006 y mediante Resolución de la Consejería de Presidencia, de 21 de julio, se aprobaron los Estatutos del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura, aunque posteriormente fueron modificados de forma definitiva, mediante Resolución, de 16 de noviembre de 2012, de la Dirección General de Administración Local, Justicia e Interior.

El artículo 8 de los citados estatutos establece la constitución y órganos de gobierno, y entre ellos figura el denominado Comité Deontológico.

Se trata de un órgano que esencialmente tiene carácter consultivo y que su funcionamiento lo es con total independencia de los órganos de gobierno del Consejo, ya que ninguno de sus miembros puede pertenecer a las respectivas juntas directivas colegiales.



Dra. Dña. Inés Fátima Alejandro Corral



Dra. Dña. Esther Pérez Lucena

En 2006 y mediante Resolución de la Consejería de Presidencia, de 21 de julio, se aprobaron los Estatutos del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura, aunque posteriormente fueron modificados de forma definitiva.

Está compuesto por cinco médicos colegiados que son elegidos por mayoría absoluta, por las respectivas juntas directivas de los colegios de médicos de Badajoz y de Cáceres y tras previa convocatoria pública entre la totalidad de los médicos de cada colegio.

Cada uno de sus miembros, es elegido por un período de duración de cuatro años, aunque se establecen causas de ceses antes de la finalización dicho periodo.

El Comité Deontológico, está configurado por un presidente, un secretario y tres vocales.

Las funciones básicas del Comité son:

a) Asesorar tanto al Pleno del Consejo como a las comisiones de deontología provinciales, en todas las cuestiones y asuntos relacionados con materias de su competencia y de relevancia autonómica.

b) Conocer las infracciones al Código de Deontología, cometidas por colegiados dentro del ámbito de una provincia y que después se colegien en la otra, así como de aquellas infracciones que hayan podido ser cometidas en un ámbito que extralimite el provincial o que por las circunstancias de territorio y función puedan corresponder a dicho Comité.

Ya son dos los comités que se han elegido, desde la aprobación de los Estatutos. Así, como todos los colegiados conocen, en octubre se publicó y se remitió, desde el Colegio de Médicos de Badajoz, la convocatoria para que aquellos colegiados que estuviesen interesados en formar parte del Comité, remitieran su solicitud, conjuntamente con la oportuna documentación que se requiere.

Con ello, en fecha 12 de noviembre, el Pleno de Junta Directiva del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 21 de los vigentes Estatutos del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura procedió a elegir mediante votación a los representantes de este Ilustre Colegio en el Comité Deontológico de dicho Consejo Autonómico, resultando electos los siguientes médicos colegiados:

- Dra. Dña. Esther Pérez Lucena, colegiada nº 06/06/02595. Especialista en Medicina Interna.

- Dra. Dña. Inés Fátima Alejandro Corral, colegiada nº 06/06/04757. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

- Dr. D. Mariano Casado Blanco, colegiado nº 06/06/03475. Especialista en Medicina Legal y Forense.

Tras efectuar esta rápida presentación y para afinar

un poco en este órgano colegial, sí que parece oportuno hacer algún tipo de reflexión con respecto al trabajo a desarrollar, partiendo de una realidad: el Comité de Deontología es un órgano que resulta imprescindible para llevar a cabo un correcto y responsable, tanto ético como legal, cumplimiento del ejercicio profesional del médico.

Su constitución no debe ser arbitraria y fruto del azar o de criterios personalistas o interesados, sino consecuencia de la adecuada e inevitable formación profesional y humanística de sus miembros. Formación que debe reciclarse periódicamente en los ámbitos del eclecticismo, y de la libertad e independencia religiosa, institucional y política; su funcionamiento debe ser independiente de las influencias de la jerarquía colegial o de cualquier otra que pudiese condicionar o menoscabar el desarrollo de su cometido concreto; y ha de estar constituida, siempre, por profesionales de la medicina.

Es preciso tener presente que el médico es un ser social, que ejerce una labor social, y que está inmerso en todo lo que a la sociedad le concierne. Su labor está sometida a las mismas normas sociales, además de a las que le competen por su labor profesional y, por ende, como persona responsable de sus actos, no sólo lo está al Código Civil, al Código Penal y al cuestionamiento moral, sino también al Código de Deontología Médica, voluntariamente por el mero hecho de ser médico y colegiado por imperativo legal para el ejercicio de su profesión; y lo está también a las normas contractuales y estatutarias cuando pertenece al cuerpo médico de la Seguridad Social o al de instituciones o centros privados.

Por tanto se inicia una nueva andadura del Comité y los que tenemos el placer y la satisfacción de pertenecer a él trataremos de cumplir con nuestra función de la forma más leal y deontológica posible.

El médico es un ser social, que ejerce una labor social, y que está inmerso en todo lo que a la sociedad le concierne. Su labor está sometida las mismas normas sociales, además de a las que le competen por su labor profesional

X CONCURSO Tarjeta de Navidad 2014



1^{er} Premio
Felices fiestas médicos de Badajoz
Autora: Lucía Sillero Atienza
Edad: 10 Años
Dr. Alvaro Sillero Sánchez
Colegiado nº 06/11/07879



2^o premio
Los tres Reyes Médicos brillan en Badajoz
Autora: Aitana Gonzalez León
Edad: 6 Años
Dr. Cesar González Ramirez
Colegiado nº 06/10/03701



Accésit

Emergencia: Llamada a Belén
Autor: Alberto Vázquez Campillejo
Edad: 8 Años
Dr. Fernando Vázquez Fuentes
Colegiado nº 06/06/05588



CARTA A LOS REYES MAGOS

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

Queridos Reyes Magos:

Enterado/a por mis papás/abuelos de la visita que harán al Palacio de Congresos de Badajoz "Manuel Rojas" en la Fiesta de Reyes del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz en la tarde del día 4 de enero a las 17.00 horas, deseo comunicarles que pasaré a saludarles.

Un besito

El niño/a..... de..... años de edad

Hij@/niet@ del colegiado (nombre).....

Núm. Coleg..... E.mail.....

IMPORTANTE

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

PLAZO DE RECEPCION DE CARTAS: Lunes, 29 de diciembre de 2014 a las 14:00 horas.

Se comunica que el Colegio sacará fotografías para la publicación de algunas de ellas en el próximo ejemplar de la revista interna del Colegio, así como en su página web, los asistentes otorgan su consentimiento expreso e inequívoco para ello, autorizando de forma inequívoca y por la mera asistencia al acto, la propia participación y la del menor en los reportajes y galerías. En caso contrario marcar la casilla.

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



Nuevo, por segunda vez.



Descubra nuestra selección de vehículos Audi Selection :plus. Elección garantizada.

Disfrute de una selección de los mejores vehículos seminuevos revisados de manera exhaustiva para su total tranquilidad. Acertará escogiendo su Audi y experimentará la sensación de conducir un vehículo tan nuevo como el primer día. Comience en www.audiselectionplus.es

- ▶ 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.

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