

MEDBA

Abril de 2016 | N°39

MÉDICOS DE BADAJOZ



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE BADAJOZ



ICOMBA
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

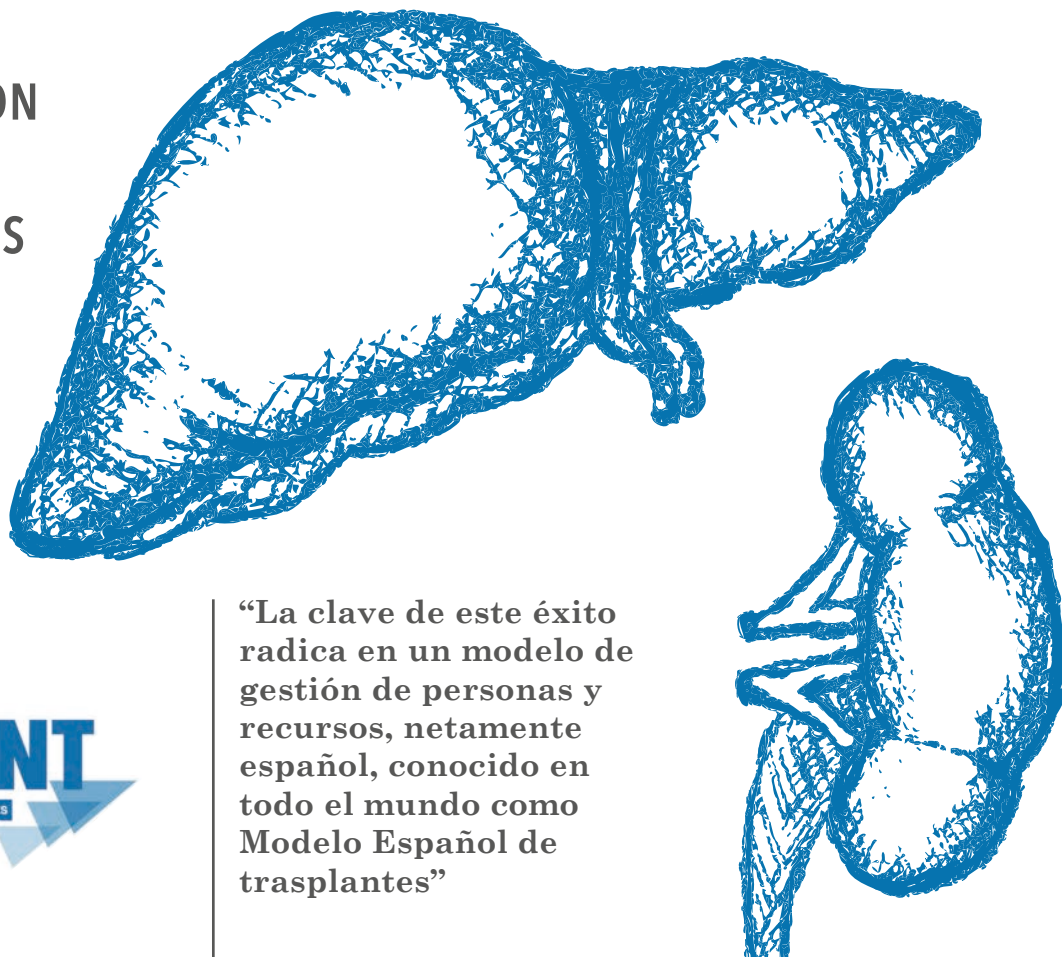
PREMIOS

2016

ACTIVIDADES COLEGIALES
TODA LA ACTIVIDAD DEL ICOMBA

Medalla de Oro del icomBA

ORGANIZACIÓN
NACIONAL DE
TRANSPLANTES



“La clave de este éxito radica en un modelo de gestión de personas y recursos, netamente español, conocido en todo el mundo como Modelo Español de trasplantes”

Medallas al Mérito Colegial



Dr. D. Fernando
Fuentes Otero



Dr. D. Manuel
Daza Bertrand



Dr. D. José María
Álvarez Suárez Bárcena



A.M.A COMPAÑÍA
LÍDER EN SEGUROS DE
COCHE POR CALIDAD
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE
(dic 2014)

Hasta un

60%*
bonificación

en su seguro de Automóvil

- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. BADAJOZ

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

Síguenos en     

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Integridad, compasión, colaboración.

Íntegros para sacar el mayor provecho a nuestro conocimiento y para optimizar los recursos puestos a nuestro alcance. Compasivos como faro que nos guía frente al sufrimiento humano. Colaboradores con las instituciones sanitarias en beneficio de todos. Tres pilares para una profesión donde nuestros valores y nuestras conductas se traducen en un mejor servicio a nuestra población. Tres pilares para, simplemente, ser médico.

Hablamos de profesión porque precisamente el pasado mes de enero el icomBA se ponía al frente del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura. Corporación de derecho público creada en 2006 para velar por nuestra profesión en el conjunto de toda nuestra comunidad autónoma. Encaramos esta responsabilidad con firmeza y disposición, siempre teniendo presentes que nadie mejor que nosotros mismos para cumplir con el objetivo de cuidar de nuestra profesión. Porque nadie mejor que nosotros sabe lo que implica, día a día, noche a noche, ser médico.

El Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura se crea uniendo las dos Corporaciones Colegiales de Badajoz y Cáceres para, en el marco constitucional de vertebración del Estado, relacionarse con la

PORQUE NO HAY MEDICINA SIN MÉDICOS

DR. D. PEDRO HIDALGO
FERNÁNDEZ



Presidente del icomBA

presidente@colegiomedicobadajoz.org

Hablamos de profesión porque en enero el icomBA se ponía al frente del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura.

Sólo siendo comprometidos y responsables estaremos cuidando nosotros mismos de nuestra profesión.

Administración Autónoma a través de la Consejería de Presidencia en las cuestiones relativas a aspectos Corporativos e Institucionales y con la Consejería de Sanidad en lo referente al ejercicio de la profesión médica; todo ello sin perjuicio de las relaciones que pueda tener con los demás Organismos de la Comunidad Autónoma así como con el Servicio Extremeño de Salud.

El Consejo nació con los objetivos, recogidos en sus estatutos, de ordenar el ejercicio de la profesión en nuestra región, defender los intereses de los médicos, salvaguardar los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión médica, mejorar los niveles científicos, culturales, económicos y sociales de los colegiados, y colaborar con la administración pública en la consecución del derecho a la protección de la salud de los extremeños. Principios que en esta nueva etapa no olvidamos y tenemos como referencia para cumplir con satisfacción nuestro cometido.

Nuestra profesión es compromiso y responsabilidad. Sólo siendo comprometidos y responsables estaremos cuidando nosotros mismos de nuestra profesión, obligándonos a mantener nuestro nivel de competencia participando en actividades formativas, a utilizar los recursos disponibles con eficiencia y equidad; y a actuar con honradez, empatía y sinceridad en el ejercicio de la medicina.

Pautas de comportamiento para ser médicos.

Pautas para defender y cuidar de la profesión.

Porque en definitiva, no hay medicina sin médicos.

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL ¡SOLO EXISTE UNO!

DR. D. JOSÉ ALBERTO
BECERRA BECERRA



Secretaría General del icomBA

secretario@colegiomedicobadajoz.org

Son muchas las ocasiones en que tenemos que realizar un certificado médico oficial, y aunque la cumplimentación de certificados médicos es un derecho del paciente, esta cumplimentación y las circunstancias que la rodean no son las más adecuadas, en ocasiones tenemos que realizar el reconocimiento rápido, sin el tiempo necesario para realizar de forma adecuada la evaluación y juicio de los estados de salud y enfermedad del solicitante, y a pesar de estas enormes dificultades, sorprende que este no sea el mayor problema que nos inquieta.

Desde hace unos años nuestros pacientes, solicitantes de certificados médicos, nos requieren para que este contenga unos textos "exactos y literales", tal y como se recoge en la convocatoria para la cual solicitan la certificación, lo normal es que sea para oposiciones, ingreso en centro formativo u otras opciones, esta necesidad de recoger con literalidad el texto genera numerosas dudas respecto a la obligación de emitirlos ya que estos certificados pueden adquirir una gran importancia en el apartado médico-legal. Os recordamos que la expedición de certificados médicos es una obligación legal, social y deontológica, y su no expedición a petición del paciente, puede constituir una infracción disciplinaria, administrativa y deontológica.

Desde hace unos años nuestros pacientes, solicitantes de certificados médicos, nos requieren para que este contenga unos textos "exactos y literales", tal y como se recoge en la convocatoria para la cual solicitan la certificación.

Esta situación tan preocupante ha llevado a esta Junta Directiva a trabajar denodadamente para buscar una solución a este problema y estamos en camino de darle una salida, es por ello que podemos anunciar que estamos a punto de firmar una instrucción muy importante con el Servicio Extremeño de Salud encaminada a aclarar estos y otros aspectos relativos a la emisión de certificados médicos que permitan establecer un marco de seguridad jurídica en la emisión de estos por parte de nuestros colegiados.

Para solucionar algunas dudas que os puedan surgir, a pesar de tener estructuras y contenidos claramente diferenciados, queremos recordar las diferencias esenciales entre Informe Médico/Clinico y Certificado Médico.

Informe médico/clínico: Es un documento médico, que su finalidad no es administrativa, sino clínica, sirviendo para dejar constancia de un estado de salud, incluso anterior al de la fecha de solicitud, y su vigencia no está limitada a un periodo de tiempo.

Certificado médico: Es un documento médico legal que, en base a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se define como "Declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento". Se trata de un documento de carácter público, con un periodo de vigencia limitado y un valor probatorio.

El Certificado Médico es muy utilizado, pero no es un documento clínico, es un documento de carácter médico-administrativo de comprobación del estado de salud, acreditación de integridad física y/o psíquica, aptitudes para el desarrollo de actividades laborales, ausencia de enfermedad infecto-contagiosa, estado vacunal y otros.

El certificado médico debido a su carácter de valor probatorio, tiene unas características acorde a las normas de la deontología médica, y ha de escribirse con letra clara y legible, tener una vigencia limitada y con carácter de autenticidad en su contenido que deberá aportar vuestro nombre y nº. de colegiado, lugar y fecha real, con vuestra mejor firma, la más real, y deberá expedirse en el impreso oficial editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, cuando la norma que lo exija le otorgue el carácter de "certificado médico oficial". Su contenido será el reflejo de la veracidad de la evidencia recogida por el médico personalmente, que es quien expide el certificado, y de lo recogido en la Historia Clínica del solicitante.

Dadas sus enormes implicaciones legales, la veracidad es la base de la certificación y por tanto la precaución en la emisión de certificados médicos es imprescindible, es por ello que nunca deberéis expedir un certificado si la falta de datos o de las pruebas específicas de esfuerzos que en ocasiones se nos solicitan (ej.: 100 mtrs. en 15 segundos o similares) no las podemos realizar por no tener esa competencia específica o no disponer de los medios para certificarla, por tanto y para concluir no existe obligación ninguna de certificar aptitudes para prácticas deportivas o laborales, sino se disponen de los medios.

Dadas sus implicaciones legales, la veracidad es la base de la certificación y por tanto la precaución en la emisión de certificados médicos es imprescindible. Nunca deberéis expedir un certificado si la falta de datos o de las pruebas específicas de esfuerzos que en ocasiones se nos solicitan no se pueden realizar, por no tener esa competencia específica o no disponer de los medios para certificarla.

Y desde este Colegio consideramos que en estas circunstancias, las certificaciones deberán ser expedidas por los médicos u organismos médicos competentes en cada caso (Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo, Médicos Especialistas en Medicina de la Educación Física y el Deporte, Centros Médicos Privados, ...).

Y consideramos necesario que en aquellas Convocatorias oficiales en las que se solicite un certificado médico, las Consejerías convocantes especificarán que dicho certificado deberá cumplimentarse en el Impreso Oficial expedido por el Colegio Oficial de Médicos correspondiente y firmado por uno de sus médicos colegiados.

Indicaros que seguiremos trabajando en defensa de los intereses de nuestros colegiados, de vosotros, para que las condiciones sean las más adecuadas, para evitar las situaciones jurídico penales que a nadie benefician, y seguiremos preservando vuestros intereses, los de vuestras familias e hijos ya que como sabéis la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos de la Organización Médica Colegial es de vosotros y para vosotros, y su sostenibilidad y financiación pasa en parte, por el porcentaje que reciben de los impresos oficiales de Certificados Médicos que se utilizan cada día, que deberéis utilizar cada día, ya que ...

Certificado médico oficial ¡sólo existe uno!



Imagen del documento oficial.

LIQUIDACIÓN DE PRESUPUESTOS

DR. D. JOSÉ ANTONIO MÁRQUEZ SÁNCHEZ



Tesorero del icomBA

tesorero@colegiomedicobadajoz.org

“Ya estamos viendo cómo los tipos de interés acaban de situarse en el 0% y el euribor ha cerrado, por primera vez en su historia, en guarismos negativos. En ciernes, la posibilidad de la crisis financiera perpetua, a la japonesa”.

El día 28 de marzo de 2016, como cada año, en Asamblea General de Colegiados se presenta la Liquidación del Presupuesto correspondiente al último ejercicio cerrado (2015). Toda la documentación contable relativa a dicho trámite, también como cada año, ha sido puesta a disposición del conjunto de los colegiados de nuestro icomBA para, si lo estiman oportuno, revisar y, en su caso, formular las consultas que deseen a la Asamblea en la que han de rendirse dichos Presupuestos.

El Proyecto de Liquidación, elaborado por el Departamento que encabezo, se discutió y aprobó, para la pública concurrencia preceptiva según Estatutos (con, como mínimo, un mes de antelación a la fecha de celebración de la Asamblea), en el Pleno de la Junta Directiva celebrado en nuestra Sede de Zafra en fecha 20 de febrero pasado.

Sólo algunas cifras (en miles de euros, m€) que nos pueden dar una idea de la actividad colegial y su evolución en el último año.

Respecto de los ingresos, comentar que se han incrementado respecto de los presupuestados para el ejercicio, al cerrar en 1.795,5 m€ frente a los 1.757,2 m€ calculados como previsión. En este capítulo destacar la caída de los ingresos patrimoniales (inmobiliarios y financieros), acor-

de con la situación económica global, que, no obstante, han sido ampliamente compensados por los ingresos procedentes de convenios de formación con terceros (patrocinios o colaboraciones de entidades del sector sanitario directamente formuladas por el Colegio, independientemente de las gestionadas por la Fundación). Para terminar con los ingresos, decir que estamos trabajando para mejorar los ingresos patrimoniales, aún cuando el mercado de capitales (mobiliario e inmobiliario) no presenta las mejores expectativas para la deseable conciliación entre seguridad y rentabilidad.

En cuanto a los gastos de funcionamiento, también experimentan un incremento en relación con los presupuestados, concretamente ascienden a 1.835,8 m€ en comparación con los 1.738,7 m€ calculados como previsión para 2015. No obstante, la mayor parte de conceptos de gasto han experimentado una reducción, encontrándose la explicación del incremento en las primas de seguros (nuevas contingencias contratadas para dar servicio a nuestro colectivo), imprevistos en sedes colegiales y gastos generales (comunicaciones y NNNTT, suministros, desplazamientos de personal, material de oficina e informática, correos y mensajeros, comunidades, publicidad, representación y otros diversos).

El diferencial entre incrementos de diferente signo (ingresos versus gastos) queda compensado con el aplazamiento de las inversiones previstas (archivo y reformas de apartamentos colegiales) y con el recurso a inversiones financieras, aunque en esta partida en menor medida que en el ejercicio precedente (2014).

Como ya deducimos en el cierre de 2014, la duración de la crisis y la incertidumbre socioeconómica continúan acechando a las rentas del ahorro y eso castiga a entidades como nuestro Colegio, que ha forjado un patrimonio importante desde su creación. Ya estamos viendo cómo los tipos de interés acaban de situarse en el 0% y el euribor ha cerrado, por primera vez en su historia, en guarismos negativos. En ciernes, la posibilidad de la crisis financiera perpetua, a la japonesa.

Seguiremos trabajando en la resolución de esta circunstancia, fundamentando nuestra actuación sobre la base, primordialmente, de la seguridad patrimonial que nuestros órganos directivos priman por encima de la rentabilidad de las inversiones.

En la última reunión de la Vocalía de Administraciones Públicas celebrada en la sede de la OMC en Madrid, se trató en su punto 5 del orden del día: *La doble cotización Seguridad Social y Muface*.

¿A quién afecta?

A los MÉDICOS TITULARES DE ATENCIÓN PRIMARIA A DOMICILIO (APD) que han cotizado durante años a MUFACE y también al régimen general de la Seguridad Social.

¿Qué repercusión tendrá en la pensión de jubilación?

A efectos de jubilación su pensión es la misma que si hubieran cotizado sólo por un régimen.

¿Cuál es el precepto de la discordia?

El artículo 28 de la Ley de Medidas Fiscales Administrativas y de orden social para el 2001, publicada el 30 de diciembre de 2000 (BOE 313, página 46667) se destacaba: Antes del día 30 de junio de 2001 los médicos tenían que optar por cotizar en la Seguridad Social (SS) o en MUFACE, de tal manera que en el caso de no realizar la opción, se incluirían en la SS.

A tenor del artículo 26 del R.D.L. 670/1987, de 30 de abril (Art. 26: Principio de no duplicidad de cobertura), por el que se aprueba el texto refundido de Ley de Clases Pasivas del Estado, no son computables las cotizaciones simultáneas entre régimen especial de clases pasivas y cualquier otro por la misma prestación de servicios.

Información importante sobre la **DOBLE COTIZACIÓN:** SEGURIDAD SOCIAL Y MUFACE

DR. FERNANDO BLAS TABLA
HINOJOSA



Vocalía de Médicos de Administraciones Públicas

medadmpublicas@colegiomedicobadajoz.org

El derecho a reclamar la devolución de las cantidades indebidamente ingresadas en Hacienda prescribe a los cuatro años desde la liquidación de la respectiva obligación.

¿Qué opciones se tienen?

El derecho a reclamar la devolución de las cantidades indebidamente ingresadas en Hacienda prescribe a los cuatro años desde la liquidación de la respectiva obligación (art. 25 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre EDL 2003/127843, General Presupuestaria).

Se interpusieron recursos en distintos puntos de España, que fueron ganados en primera instancia y después perdidos en el Supremo.

Se baraja la posibilidad de recurrir a la Justicia Europea (Tribunal de Justicia de la Unión Europea), dados los antecedentes de casos anteriores. Para ello tendría que ser un gabinete jurídico con prestigio en estos litigios.



ACRÓNIMOS: LA NUEVA TORRE DE BABEL

DR. D. MANUEL FERNÁNDEZ
CHAVERO



Vocalía de Méd. con Ejercicio Priv. por Cuenta Ajena

medprivadaca@colegiomedicobadajoz.org

El título de este escrito no es fruto del azar, tampoco lo es la frase que le acompaña. Los médicos manejamos, gestionamos y compartimos información muy sensible nacida desde la intimidad y la vulnerabilidad de la persona enferma. Tenemos una especial responsabilidad para que esa información fluya entre nosotros por canales de claridad y legibilidad y así pueda ser transmisora de conocimientos que nos ofrezcan formación, seguridad y calidad asistencial. Los Acrónimos pueden llegar a constituir un elemento distorsionador. Es mi opinión que el uso y abuso de acrónimos bien merece, al menos, una reflexión.

El nacimiento de la escritura fue el acontecimiento clave y decisivo que le permitió a la Humanidad traspasar los límites que la condujeron desde la Prehistoria a la Historia. Pasamos de un lenguaje mixto de gruñidos, sonidos guturales, expresiones corporales, aspavientos y mímica a un registro escrito de nuestras experiencias y recuerdos. Esa evolución desde un lenguaje oral y corporal, de valor instantáneo, a un lenguaje escrito nos proporcionó una nueva dimensión: Su perdurabilidad en el tiempo. El valor del lenguaje oral es siempre relativo según la calidad

“El problema es que la información no es el entendimiento”.

humana de los interlocutores; todos sabemos que, en caso de necesidad o culpabilidad, el ser humano ha institucionalizado esa famosa frase de “tu palabra contra la mía” para eximirse de responsabilidades. El lenguaje escrito es irreversible. Lo que decimos por escrito, escrito queda.

No sería de extrañar que desde la protoescritura del Paleolítico Superior y principio del Neolítico hasta la escritura actual, nacida y desarrollada desde el siglo IV a.C., hayan existido los Acrónimos.

Los Acrónimos, esas palabras formadas con las iniciales de otras, o por dos sustantivos, un adjetivo y un sustantivo o dos adjetivos, han invadido nuestro lenguaje hasta unos niveles difíciles de controlar. Unas veces por economía del lenguaje, otras por facilidad de memorización, otras por esnobismo y otras por comodidad, pero en cualquiera de los casos hemos

intoxicado el lenguaje. Si extrapolamos esto al mundo de la Medicina el caos es casi total. Y, en medio de ese caos, el médico de familia o médico de cabecera, epicentro del Sistema Sanitario, se encuentra a veces perdido, sobrepasado, aturdido e incomprometido.

En la obra de Fernando A. Navarro: “Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español” puede leerse textualmente: “El repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos de TREMEDICA (Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines), el más completo publicado hasta la fecha en español para el ámbito médico, acoge más de 18.500 entradas y más de 37.000 acepciones”.

La Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) dispone del Diccionario de Siglas Médicas. El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene editado



el *“Diccionario de Siglas Médicas y Otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias”*, de Javier Yetano Laguna y Vicent Alberola Cuñat.

Por supuesto que no son los únicos, pero son buenos ejemplos de la necesidad de ordenar y clarificar esta jungla de siglas en las que nos ha tocado vivir. Esta jungla en Medicina adquiere unas características y una dimensión muy especiales a tener en cuenta. Emitimos informes médicos, información clínica, diagnósticos y tratamientos encriptados en acrónimos que pueden servir de confusión y, por tanto, de adopción de medidas que pudieran llegar a ser perjudiciales para lo que constituye el centro del trabajo médico: El ser humano enfermo. En un último caso, caso extremo, la interpretación errónea de los acrónimos nos podría inducir a la adopción de medidas erróneas que podrían derivar en responsabilidades éticas, deontológicas, administrativas o penales.

La estratificación de la Medicina en sus dos niveles asistenciales, primaria y especializada, y la excesiva atomización de ambos niveles con multitud de especialidades, subespecialidades, superespecialidades y la disparidad asistencial en Primaria, cada cual con su jerga particular: Mutuas de Accidente de Trabajo, Servicios de Prevención, Clínicas de Diálisis, Médicos de Instituciones Penitenciarias, Geriátría, Urgencias, Bañeros y un largo etc. nos han conducido a todos a utilizar no sólo acrónimos universalmente reconocidos sino que cada especialidad, e incluso dentro de cada especialidad, cada Hospital, y dentro de cada Hospital cada Servicio, hemos ido incorporando acrónimos propios, de uso interno, pero que después, de manera consciente o por simple inercia, transmitimos en los informes que entregamos a nuestros pacientes. De tal modo que estamos llegando, o podemos llegar, a la situación de que los Traumatólogos no entiendan a los Cardiólogos, y estos a las Ginecólogas, y estas a su vez a los Neurólogos y así sucesivamente hasta llegar al Médico de Primaria; meta final de todos los pacientes y confluencia de todas las especialidades. Puedo decir, por experiencia personal, que no es fácil decirle al paciente que te solicita la traducción de un informe: *“No me pregunte usted que le han hecho en el Hospital porque no consigo entender la totalidad del informe”*.

El Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial, en su Artículo 38-2, nos dice literalmente: “Los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible, evitando las siglas y terminología no habitual. Nunca es aceptable una caligrafía ilegible”.



No convirtamos nosotros en realidad esa fabula bíblica que se llamó la Torre de Babel, que simboliza la confusión entre las lenguas pero no la confusión dentro de una misma lengua.

DR. D. TOMÁS PÉREZ
TORRALBA



Vicesecretario del icomBA
vicesecretario@colegiomedicobadajoz.org

DR. D. CARLOS LÓPEZ
BERNÁLDEZ



Vocal de A.P. Urbana del icomBA
medapurbana@colegiomedicobadajoz.org

DR. D. JUAN JOSÉ TORRES
VÁZQUEZ



Vocal de A.P. Rural del icomBA
medaprural@colegiomedicobadajoz.org

PROPUESTAS DE AVANCE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EXTREMADURA

Documento de Consenso del Consejo Médico Extremeño De Atención Primaria (COMEXAP)

Hace aproximadamente un año, en febrero de 2015, la junta directiva del icomBA aprobaba un documento presentado por el Grupo de Trabajo de Atención Primaria (AP) del icomBA, elaborado para analizar y salir de la situación de deterioro y parálisis que percibían en las políticas sanitarias en torno a la AP en Extremadura.

Y planteó que la mejor estrategia a seguir era presentarlo dentro del Consejo creado en Extremadura (COMEXAP) para dar cauce al máximo consenso.

Os resumimos los contenidos del Documento aprobado en el COMEXAP.

Introducción

Haciendo un poco de memoria histórica, en diciembre del año 2000 surgió la Plataforma 10 minutos para vehicular la demanda de los médicos de AP de nuestro país de una mayor calidad asistencial y de unas condiciones laborales más dignas, ante la situación de abandono que vivía la AP tras la reforma iniciada en la década de los años 80, con una falta de inversión y una masificación que ahogaban el desarrollo de la medicina de familia y su poder resolutivo, generando un burn-out importante en los profesionales sanitarios.

En Extremadura se creó una Plataforma 10 minutos autonómica, que junto a otras organizaciones, estuvo firmemente apoyada por este Colegio Oficial de Médicos de Badajoz. Las transferencias sanitarias desde el INSALUD a las comunidades autónomas en 2002, y la creación del SES, dejaban las competencias en los gobiernos autonómicos, por lo que se hace más necesario que nunca que las reivindicaciones sanitarias se hagan a este mismo nivel de gobernanza.

En septiembre de 2002 se llega a un Acuerdo para la mejora de la Sanidad en Extremadura firmado entre el SES y las centrales sindicales con un periodo de vigencia de 3 años (2002-2004), para comprometerse a negociar elementos definitorios como las retribuciones, la jornada laboral y los permisos, la carrera profesional, la adecuación de las plantillas y señala el compromiso de la revisión de la vinculación contractual del personal de refuerzo, lo que desembocaría en 2005 en la polémica

“La crisis económica surgida a partir del año 2008, ha originado cambios importantes en el sistema sanitario español. Una de las mayores consecuencias ha sido la descapitalización en la sanidad”.

creación de la nueva categoría en AP del médico y enfermero de atención continuada solución para extinguir el abusivo, ilegal e indigno puesto de trabajo como “refuerzo” pero que, como advirtieron los sindicatos no firmantes del acuerdo en mesa sectorial como el SIMEX, parchea el problema sin terminarlo de resolver. En este mismo acuerdo ya se expresa el compromiso por agilizar los procesos de selección y provisión de personal permanente, “convocando pruebas cada dos años”.

En 2006 fue clave para la AP, no solo a nivel nacional con el Proyecto AP21 (2007-2012). En Extremadura, la administración alcanzaba un gran acuerdo con los sindicatos de la mesa sectorial de sanidad, el denominado Acuerdo para el impulso y consolidación de la atención primaria de salud de la comunidad autónoma de Extremadura. Supuso un análisis de los problemas y dificultades y la adopción de medidas para subsanarlos. Se adoptaron medidas estructurales con la mejora de infraestructuras de los centros de salud y consultorios rurales; se mejoraron importantes condiciones de trabajo de los profesionales, como el descanso postguardia, la productividad por las acumulaciones o la cuantía del complemento por atención continuada, y por último, medidas organizativas y funcionales, como la receta electrónica o las plenas sustituciones en vacaciones y días de libre disposición. Es justo reconocer que hubo avances significativos para la AP. Pero algunas medidas, por diversos motivos, no llegaron finalmente a consolidarse o a mantenerse, como la jornada deslizante, la solución a los desplazamientos de todos los profesionales del equipo o la redefinición del Coordinador de equipo en “Responsable de la zona de salud”.

Esta falta continuada de revisión de la figura del Coordinador por parte de los legisladores sanitarios, ha propiciado un menoscabo de forma progresiva y lamentable, llegando a una situación de deterioro tal, que una mayoría significativa de los médicos de AP no sienten

interés por ocupar este puesto de responsabilidad, teniendo que ser ocupada por profesionales sanitarios de otras categorías, con una pérdida de competencias y aptitudes de esta figura de dirección clave.

En junio de 2008 se constituía el Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP), integrado por las organizaciones médicas representativas dentro de este nivel en nuestra comunidad autónoma: Sociedades Científicas, Colegios de Médicos y Sindicato Médico. Dentro de los fines aprobados en sus estatutos (artículo 4. apartado c) está el de “analizar y proponer medidas concretas para el impulso de este nivel en aquellos aspectos que sean considerados de interés profesional por los médicos de AP, a cuyo efecto convocará reuniones de trabajo y elaborará documentos de consenso”.

El COMEXAP nace haciendo una importante contribución de propuestas, como así se reconoce en el propio documento, al esperado Plan de Desburocratización de las Consultas de AP del SES, publicado en 2008, para su implantación desde 2009. La burocracia es, junto a la masificación, el mayor lastre en la capacidad resolutoria de la medicina de la AP, por la falta de tiempo que originan. Tres años después, el COMEXAP elaboró un documento de evaluación del grado de implantación del Plan de Desburocratización del SES.

En 2010 se llegó a presentar y a debatir por la Administración sanitaria, un proyecto de decreto de reforma del Reglamento General de los EAP, por los cambios introducidos en los últimos años en la Atención Primaria. No llega a buen término, tras las numerosas alegaciones presentadas – este COMEXAP presentó un total de 71 alegaciones, y se queda el proyecto de decreto aparcado.

La crisis económica surgida a partir de 2008, ha originado cambios importantes en el sistema sanitario español. Una de las mayores consecuencias ha sido la descapitalización en la sanidad, con importantes recortes en el presupuesto sanitario. Los profesionales hemos hecho un gran esfuerzo por mantener los objetivos de calidad asistencial, pese a las adversidades sufridas. Y se tiene la vivencia de un auténtico “estancamiento global” en todos aquellos elementos de avance de la Atención Primaria, afectando incluso a medidas que no suponen un aumento de costes económicos y redundarían en un mejor servicio a los ciudadanos, ejes de las políticas del sistema sanitario público.

En este Documento se analizan los problemas más relevantes de este nivel de atención y se presentan una serie de 27 propuestas de avance a la administración sanitaria, en 9 APARTADOS.



AVANZAR EN LEGISLACIÓN

Propuesta nº 1:

Reformar y actualizar la Cartera de Servicios. La actual Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES de 2008 supuso un documento inicial que debe actualizarse y completarse con la realidad de los servicios que se ofertan al ciudadano extremeño en AP.

Propuesta nº 2:

Proceder a la reforma del Reglamento General de los EAP en Extremadura de 1996, buscando el mayor consenso posible entre los profesionales de Atención Primaria y sus organizaciones representativas.

Propuesta nº 3:

Crear una Mesa de negociación específica para temas que afectan fundamentalmente al personal médico.



Estabilizar las plantillas de EAP, reconvirtiendo las plazas vacantes en interinas y convocar cada 2 años una oferta periódica pública de empleo y concurso de traslados previo.

AVANZAR EN LA INVERSIÓN EN AP

Propuesta nº 4:

La Atención Primaria del SES debe tener su propia financiación final, independiente de la del nivel hospitalario, para administrar los presupuestos destinados a este nivel asistencial.

Propuesta nº 5:

Estabilizar las plantillas de EAP, reconvirtiendo las plazas vacantes en interinas y convocar cada 2 años una oferta periódica pública de empleo y concurso de traslados previo. Se crearán nuevos puestos de trabajo médico en aquellas zonas de salud donde se encuentren cupos superiores a las 1500 Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS), dando prioridad a los que tienen mayor presión asistencial, con el objetivo final de que los cupos máximos de médicos de familia sean de un máximo de 1500 TIS y los pediátricos de 1200 TIS. Igualmente es necesario ajustar las Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) en las consultas con actividad docente, según las recomendaciones de la Comisión Nacional de la Especialidad, sin que esto suponga menoscabo retributivo.

Propuesta nº 6:

Que se diligencien desde la gerencia correspondiente, con un eficaz y transparente funcionamiento de las Bolsas de Empleo del SES, todas las sustituciones de ausencias reglamentarias de los médicos del equipo desde el primer día, salvo que el coordinador opte por la acumulación y/o contrataciones, dentro de sus competencias de autogestión y sin repercutir significativamente en la atención a los usuarios de la ZBS.

En este punto, resulta muy importante recordar la labor fundamental que el médico liberado por un sindicato realiza en el ejercicio de un derecho constitucional de los trabajadores y se tiene que sustituir siempre por la Administración. Del mismo modo, este derecho de ser sustituido, debe ser aplicable a directivos de Colegios de Médicos o de Sociedades Científicas de Atención Primaria en el desempeño de sus funciones de representación.

Con esta propuesta intentamos conseguir reducir al máximo las acumulaciones.

Propuesta nº 7:

Consideramos imprescindible estabilizar un suelo de inversión del 25% del gasto sanitario para la Atención Primaria.

AVANZAR EN GESTIÓN:

Propuesta nº 8:

Retomar el contrato de gestión en la AP del SES, como elemento motivador e incentivador en el cumplimiento de niveles de eficiencia y calidad.

Dicho contrato debe ser común e igualitario y que todos los profesionales del mismo nivel puedan operar a él.

AVANZAR EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN (JARA)

Propuesta nº 9:

Crear una comisión de mejora del JARA entre responsables de servicios de información del SES y un comité de profesionales sanitarios asistenciales que trasladen a los responsables de JARA los cambios necesarios para avanzar en el diseño de esta herramienta.

Implantación de la consulta no presencial telefónica y electrónica (email) en la agenda asistencial, con plenas garantías legales y recursos.

AVANZAR EN LA ACCESIBILIDAD AL MÉDICO DE AP Y SU NIVEL DE RESOLUCIÓN

Propuesta nº 10:

Las agendas asistenciales de calidad los médicos de AP deben contemplar citas a demanda de un tiempo estándar de 10 minutos, con una presión asistencial no mayor a 30 pacientes/día.

Propuesta nº 11:

Los servicios de Atención Continuada de los PAC en la actualidad se inician a las 15.30 horas. Proponemos que, de forma progresiva, el horario de este servicio tenga comienzo desde las 8.00 horas, prestando a la población servicio en la jornada de mañana para la demanda de todas aquellas consultas no demorables (que el paciente etiqueta de "urgente") y que no puedan ser atendidas por el médico de familia y/o pediatra del paciente, por tener la agenda asistencial completa (máximo 30 pacientes) y no poder esperar a la cita ofrecida en días sucesivos con su médico, según el paciente.

Entendiendo el impacto económico de esta importante medida para el SES, proponemos que la implantación en los PAC sea progresiva, comenzando por aquellas zonas básicas de salud donde hay registrada una mayor presión asistencial, para irlo extendiendo al resto de las zonas del SES a medio plazo.

Propuesta nº 12:

Implantación de la consulta no presencial telefónica y electrónica (email) en la agenda asistencial, con plenas garantías legales y recursos.

Por otro lado, el COMEXAP ya ha puesto en conocimiento del SES en el año 2014, a través de un estudio comparativo entre las áreas de Salud del SES, las diferencias existentes entre las mismas para el acceso a pruebas diagnósticas terapéuticas. La capacidad de resolución del médico de AP dentro de un mismo servicio de salud público, debiera depender de su competencia clínica y no del lugar donde desempeña su trabajo. Y todos los ciudadanos extremeños, independientemente de su lugar de residencia, tienen el mismo derecho a la misma calidad de los servicios sanitarios en AP.

Propuesta nº 13:

Que se defina y aplique una cartera de servicios de la AP del SES para que el acceso mínimo a pruebas diagnósticas y terapéuticas sea uniforme en todas las Áreas de Salud del SES.

Propuesta nº 14:

Instar a la Administración para que busque soluciones para que haya Pediatras de Atención Primaria en todos los Centros de Salud de Extremadura.



AVANZAR EN LA DESBUROCRATIZACIÓN

El documento de referencia es el Plan de Desburocratización de las Consultas de AP del SES de 2008.

Propuesta nº 15:

Toda derivación realizada desde Atención Hospitalaria debe ser tramitada y asumida por el profesional que lo indica.

Propuesta nº 16:

Partes de baja por ingreso hospitalario: Cuando un paciente trabajador activo cause ingreso hospitalario, los partes de baja por incapacidad temporal o accidente laboral se le proporcionarán por el médico responsable del Servicio en el seguimiento de su cama hospitalaria, para que el trabajador los pueda entregar a través de la persona que éste decida, en su empresa, dentro de los plazos previstos por ley.

Cuando el paciente sea dado de alta hospitalaria, además del correspondiente informe de alta y las recetas del tratamiento prescrito, en caso de permanecer en situación de baja por incapacidad, se le indicará en el informe que los sucesivos partes de confirmación de su baja y el alta, deberán ser recogidos en la consulta de su médico de familia, previa solicitud de cita al centro de salud.

“La información epidemiológica como, por ejemplo, las Enfermedades de Declaración Obligatoria, podrá ser extraída directamente de Jara”

Propuesta nº 17:

Enfermedades de declaración obligatoria (EDO): El Plan de Desburocratización del SES incluía en su 18ª Medida: “La información epidemiológica como, por ejemplo, las Enfermedades de Declaración Obligatoria, podrá ser extraída directamente de Jara”.

Proponemos llevar a la práctica La extracción automática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), de forma que se suspenda la cumplimentación obligatoria semanal del formulario específico y su envío por fax.

Propuesta nº 18:

Certificados de aptitud: Según se especifica en la Ley 41/2002 (de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), el certificado médico se define como “la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.” El certificado de salud es un derecho del paciente y una obligación del médico de AP.

Pero debemos diferenciarlos de los certificados de aptitud, que con mucha frecuencia demandan los pacientes a los médicos de AP y que exigen un texto específico en alusión a la superación de determinadas pruebas o requisitos del puesto de trabajo o de la prueba a la que el paciente aspira como candidato.

Proponemos, dada las características específicas de cumplimentación de estos certificados de aptitud, que se informe desde el SES por escrito con rango de norma, en consenso con los Colegios Oficiales de Médicos, que la demanda de estos certificados de aptitud NO está recogida dentro de la cartera de servicios de AP y, por tanto, no son de obligada cumplimentación por el médico de AP.



AVANZAR EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA COORDINACIÓN

Propuesta nº 19:

El médico hospitalario debe siempre dar respuesta por escrito y en JARA, a la interconsulta del médico de AP. En un corto plazo de tiempo los actuales sistemas de información paralelos existentes en algunos servicios y fuera de la intranet, deben migrar al sistema común JARA. Para esto los servicios informáticos darán todas las facilidades.

Propuesta nº 20:

Apertura de una plataforma donde los médicos de AP puedan remitir mensajes a los especialistas de referencia que sirvan para la resolución de aquellos problemas y dudas que no precisen la presencia del paciente.

En dicha plataforma se integraría el número de extensión telefónica, hora y día de contacto preestablecido, para interconectividad medico AP/medico AH en un marco colaborativo interniveles que permita la resolución de problemas de atención sanitaria y garantice la continuidad de cuidados de los pacientes. Desde las Gerencias de área se establecerían los cauces de negociación que permitirían la perfecta identificación de los agentes de salud intervinientes.

Es prioritaria una adecuada coordinación, para dar respuestas en un plazo razonable de tiempo.

AVANZAR EN LA CORRESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Propuesta nº 21:

Con aquellos pacientes que de modo reiterado no acudan a la cita previa solicitada, sea en el nivel de atención que sea, y tampoco la suspendan para su aprovechamiento por otro paciente solicitante, se haga un estudio de identificación y subsanación de las causas y se tomen medidas educativas en el uso solidario y responsable de los servicios sanitarios, incluyendo la valoración de medidas personalizadas en situaciones de abuso.

Propuesta nº 22:

Cuando el paciente solicite un cambio de médico por rechazo del anterior asignado, se le solicitará que motive por escrito su petición de cambio.

Propuesta nº 23:

Estudiar un plan para detectar y valorar la hiperfrecuentación no debida y optimizarla.

Cuando el paciente solicite un cambio de médico por rechazo del anterior asignado, se le solicitará que motive por escrito su petición de cambio.

PROPUESTAS ADICIONALES

Propuesta nº 24:

Optimizar la Formación continuada. La Formación continuada debe ser una obligación de la Administración sanitaria. Aunque existe una oferta actual de esta, existen varios factores que la hacen inviable para la mayoría de los médicos de Atención Primaria. Debería llevarse a cabo en horario laboral, asegurando las sustituciones pertinentes y a ser posible en el mismo Área de salud del profesional sanitario.

Propuesta nº 25:

Búsqueda de soluciones definitivas en la regulación de las libranzas de guardia en Atención Primaria.

Propuesta nº 26:

Búsqueda de soluciones para la exención de Guardia en mayores de 55 años, implementando la puesta en marcha de módulos compensatorios por la pérdida de poder adquisitivo.

Propuesta nº 27:

Recuperación de forma progresiva e inmediata del nivel salarial de los facultativos sanitarios; tanto en retribuciones, carrera profesional, etc. a todos sus niveles y efectos.



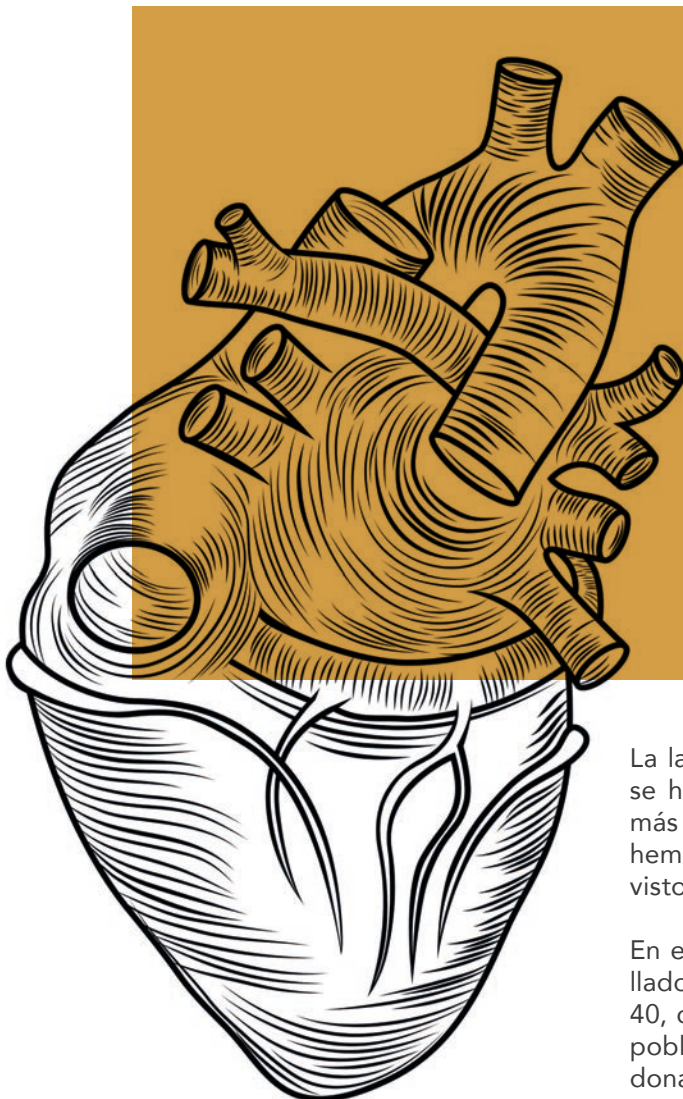
Organización Nacional de Trasplantes

MEDALLA DE ORO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS



La ONT se creó en 1989, en un momento en el que la mayor parte de los enfermos no tenían acceso al trasplante.

En 1992, sólo tres años después, España se sitúa a la cabeza mundial de los trasplantes, liderazgo que viene manteniendo desde hace 24 años de forma ininterrumpida registrando en 2015 39,7 donantes por millón de población, lo que duplica la media de la UE y supera en 13 puntos la de EE UU.



La clave de este éxito radica en un modelo de gestión de personas y recursos, netamente español, conocido en todo el mundo como Modelo Español de trasplantes, basado en una extensa red de coordinadores hospitalarios, perfectamente formados para detectar posibles donantes y entrenados para hablar con las familias; un sistema sanitario público con profesionales de máximo nivel y la generosidad de los ciudadanos, que responde de forma magnífica cuando tiene claros los objetivos.

Estos elementos, junto con una legislación modélica, la enorme sensibilidad de los medios de comunicación ante el proceso de donación y trasplante y la colaboración del conjunto de la sociedad española, han convertido a España en un referente internacional y en un ejemplo a seguir para todos aquellos países que quieren mejorar sus sistemas de donación y trasplantes.

La labor de la ONT y de toda la red trasplantadora española se ha traducido en más de 100.000 trasplantes de órganos, más de 300.000 de tejidos y cerca de 50.000 de progenitores hematopoyéticos. Cerca de medio millón de enfermos se han visto beneficiados por esta importante empresa colectiva.

En el ámbito de la donación de órganos, la ONT ha desarrollado en los últimos años el PLAN ESTRATÉGICO DONACIÓN 40, con el objetivo de alcanzar los 40 donantes por millón de población. Este Plan incluye los programas para fomentar la donación en asistolia (parada cardíaca) y la donación renal de vivo (que incluye el trasplante renal cruzado y las cadenas de trasplantes con donante 'buen samaritano'). En la actualidad, la donación en asistolia constituye una de las vías más importantes de expansión de la donación de órganos, mientras que la donación de renal de vivo representa el 15% de todos los trasplantes renales realizados en nuestro país.

Pero en su afán de buscar nuevas fórmulas para optimizar la donación de órganos, la ONT puso en marcha el pasado año la ESTRATEGIA 2015, con el objetivo de incrementar en los próximos cinco años el número de donantes en un 10% y en un 20% los trasplantes, hasta conseguir los 5.000 trasplantes en el año 2020. Esta estrategia incluye estrechar la colaboración entre los coordinadores de trasplantes, los intensivistas y los médicos de urgencias, cuyo papel es clave en la detección de potenciales donantes.

La generosidad de los ciudadanos y la implicación de los profesionales de coordinación y del conjunto de la red trasplantadora española han hecho posible que en 2015 el número de donantes registrara el mayor aumento en la historia de la ONT, con un incremento de un 10%, lo que permitió efectuar cerca de 4.800 trasplantes.

Por otro lado, la labor desarrollada por la ONT y por el sistema español trasplantes también constituye un importante factor de cohesión social. Según los datos de 2015, uno de cada cuatro o cinco órganos (22,6%) es trasplantado en otra Comunidad distinta a la que se ha realizado la donación, con flujos paralelos de enfermos para tener acceso a los trasplantes que no se hacen en su comunidad. Este intercambio supone que ninguna Comunidad Autónoma podría conseguir por sí sola los resultados que en la actualidad consigue el sistema español de trasplantes gracias a la cooperación de otras Comunidades y del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

“La generosidad de los ciudadanos y la implicación de los profesionales de coordinación y del conjunto de la red trasplantadora española han hecho posible que

En el ámbito de la donación de Médula y Sangre de Cordón Umbilical, la ONT puso en marcha en 2008 el PLAN NACIONAL DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL, con el objetivo de alcanzar las 60.000 Unidades de Cordón Umbilical almacenadas en bancos públicos. Los objetivos de este Plan se cubrieron dos años antes de lo previsto. Hoy, el 11% de todas las Unidades de SCU almacenadas en el mundo están en nuestro país. España es el segundo país del mundo, detrás de EE UU, en Unidades de Sangre de Cordón.

en 2015 el número de donantes registrara el mayor aumento en la historia de la ONT, con un incremento de un 10%, lo que permitió efectuar cerca de 4.800 trasplantes”

Este plan se ha complementado con el PLAN NACIONAL DE DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA, puesto en marcha en enero de 2013 en colaboración con las Comunidades Autónomas, con el objetivo de duplicar el número de donantes en cuatro años, hasta alcanzar los 200.000 al finalizar 2016. El Plan Nacional de Médula Ósea alcanzó sus objetivos al finalizar 2015, un año antes de lo previsto. A fecha 1 de enero de 2016 nuestro país registraba un total de 207.572 donantes.

La ONT también ha desarrollado una importante labor internacional para extender el modelo español de trasplantes. Nuestro país es un referente mundial y ha asesorado a países de los cinco continentes. España también colabora con la OMS desde el 2006, liderando la labor de este organismo en la extensión de los trasplantes por todo el mundo y en la lucha contra el tráfico de órganos y turismo de trasplantes. Y desde 2008 gestiona el Registro Mundial de Trasplantes.

En Europa, su contribución más importante ha sido liderar la DIRECTIVA EUROPEA SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE, aprobada en 2010 y el Plan de Acción que la acompaña, que recoge los aspectos esenciales del modelo español de trasplantes.

Asimismo, en Iberoamérica la ONT ha implantado el modelo español de trasplantes. En 2005 nuestro país impulsó la creación de la RED Y EL CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTES, que preside España. La creación de estas instituciones, junto con la labor de formación desarrollada por la ONT entre los profesionales iberoamericanos como coordinadores de trasplantes, han sido decisivos para lograr que la donación haya aumentado en más de un 60% en los países iberoamericanos desde 2005.

La ONT ha recibido entre otros galardones, el PREMIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL 2010, por su labor en la lucha contra el tráfico de órganos y turismo de trasplantes, conjuntamente con la Sociedad Internacional de Trasplantes.

Dr. D. José María Álvarez Suárez Bárcena

MEDALLA AL MÉRITO COLEGIAL DEL ICOMBA

El Dr. José María Álvarez Suárez Bárcena nació en Madrid, el 19 de octubre de 1951. Es licenciado en Medicina por la Universidad de Valladolid, y especialista en Cardiología por la Universidad de Extremadura, estudios finalizados en 1975.

Entre otros aspectos de su currículum cabe destacar que desde 1979 trabaja como cardiólogo en el Servicio de Cardiología de los Hospitales Perpetuo Socorro e Infanta Cristina (INSALUD/SES) de Badajoz. Además, fue el primer Tutor de Residentes de Cardiología hasta el año 2009.

Cabe destacar que fue Profesor de la Escuela Universitaria de enfermería del insalud en Badajoz desde 1979 hasta 1986 y Profesor asociado de ciencias de la salud en la facultad de medicina de la universidad de Extremadura desde 1989 hasta 1992 realizando una labor encomiable en la formación de nuevos profesionales para el colectivo médico.

Durante 14 años consecutivos perteneció a distintas juntas directivas del icomBA:

Entra a formar parte de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz como vocal de Médicos en formación durante la última legislatura del Dr. D. Antonio Rodríguez, años 1977-1981.

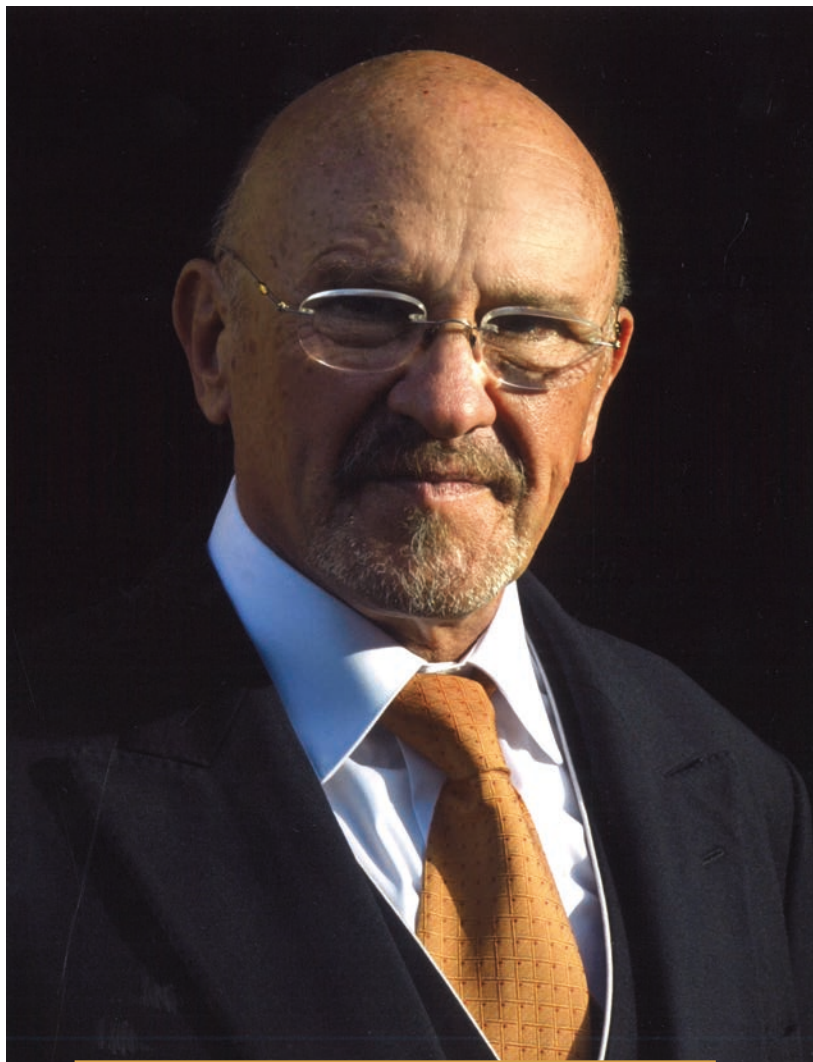
Desde 1985 a 1993 es vocal de Médicos de Hospitales de la Junta Directiva del ICOMBA, siendo presidente el Dr. D. Antonio Entisne Cabezas. Y de 1993 al 1997 es Tesorero del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, bajo la presidencia del Dr. D. Francisco Téllez de Peralta. De la misma forma, ha ocupado el puesto de Presidente de la Sociedad Extremeña de Cardiología, en la que además, ha sido Vicepresidente.

En términos personales, se considera un defensor a ultranza del Colegio, como protector de las necesidades de los médicos y de la sociedad en general, sobre todo en una época en la que no estaba bien visto ser colegial (durante la transición, los colegios profesionales fueron considerados como algo correspondiente a una época ya pasada).

Reconoce que fue su padre quien le inculcó este fuerte sentimiento colegial.

Igualmente, el Dr. José María Álvarez Suárez Bárcena, declara sentir verdadera pasión por su profesión y por sus pacientes, a los que considera "culpables" de que, con 64 años que tiene actualmente, no se plantee su jubilación hasta pasados los 70.





Dr. D. Fernando Fuentes Otero

**MEDALLA AL MÉRITO
COLEGIAL DEL ICOMBA**

Más de quinientas aportaciones científicas entre publicaciones, comunicaciones, ponencias y cursos, avalan su impecable trayectoria profesional.

El Dr. D. Fernando Fuentes Otero nació en Valdepeñas, Ciudad Real, el 3 de diciembre de 1943. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca desde 1967. Además cabe señalar, que el Doctor Fuentes fue alumno interno por oposición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

Continúa con su formación y se especializa en 1969 en Aparato Circulatorio por la Universidad Complutense de Madrid. Es a la vez, Especialista en Aparato Respiratorio por la Universidad Complutense de Madrid. Y Médico de Empresa de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo desde el año 1970.

El Dr. Fuentes es Especialista en Medicina Interna por la Universidad Autónoma de Barcelona, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona, con la calificación de sobresaliente "Cum laude", en 1979.

Dentro de su trayectoria profesional, ha sido durante tres años Médico interno residente en el Sanatorio Antituberculoso de Guadarrama. A su vez, Médico de Atención Primaria (Médico de cabecera) por oposición de la Seguridad Social (Instituto Nacional de Previsión) con plaza en Barcelona. Ha sido Médico por oposición del Ayuntamiento de Barcelona (Beneficencia municipal). Y, Médico adjunto del departamento de Medicina

Interna del Hospital Francisco Franco (hoy Hospital Vall d'Hebron). En cuanto a su experiencia profesional cabe señalar también, haber sido Jefe de Sección del Departamento de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Jefe de sección por concurso oposición de la residencia sanitaria "Perpetuo Socorro" de Badajoz. Y Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Tiene también experiencia en el campo de la docencia, como profesor titular de Neumología de la Universidad de Extremadura, Facultad de Medicina del año 1986.

Ha sido Vicepresidente Primero del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz, durante 8 años, desde 1993 al 2001, siendo presidente el Dr. D. Francisco Téllez de Peralta.

Entre sus premios y reconocimientos el Dr. Fuentes Otero ha recibido VITOR. Concedido por la Universidad de Salamanca y pintado en la fachada del Colegio Mayor "Hernán Cortés". Su trabajo ha sido reconocido con la Medalla de Oro de la Sociedad Extremeña del Aparato Respiratorio. Además de ser reconocido como Médico Honorífico del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, desde 2012.

Sin olvidar, su participación activa en la Implantación del Servicio de Cirugía Torácica de Badajoz.

Dr. D. Manuel Daza Bertrand

**MEDALLA AL MÉRITO
COLEGIAL DEL ICOMBA**

Destaca además por ser miembro de la Junta Directiva del ICOMBA en distintas legislaturas, como Vicesecretario, Vocal de médicos de asistencia colectiva y como Tesorero hasta 2005, bajo la presidencia de D. Francisco Téllez de Peralta.



El Dr. Manuel Daza Bertrand es licenciado en Medicina y Cirugía General en la Universidad Complutense de Madrid desde el año 1974. Asimismo, se especializó en 1980 en Obstetricia y Ginecología, especialidad médico quirúrgica que trata el embarazo y los trastornos del aparato reproductor de la mujer, en la Universidad de La Laguna, Tenerife y el Hospital Ntra. Sra. Del Pino de la misma localidad.

En 1984 el Dr. Daza continúa su formación en Técnicas en Microcirugía en el País Vasco y Cirugía Laparoscópica Avanzada ese mismo año en Barcelona, también en Madrid en 1986 y finalmente en Cáceres continúa su formándose en 2013.

Su trayectoria profesional comienza en 1980 como médico adjunto por oposición en el Hospital de Llerena, durante diez años. De 1990 a 2014 médico adjunto del Hospital de Mérida, FEA. Y durante 2014 Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología hasta nuestros días. De su incansable vida profesional destaca haber sido durante seis años tutor de MIR y Jefe de

Estudios del Hospital de Mérida en el 2000. Al mismo tiempo, fue co-autor del libro Tratado de obstetricia y ginecología de la SEGO para médicos en formación en la especialidad de obstetricia y ginecología, una edición actualizada de las guías clínicas de referencia para todos los especialistas en Obstetricia y Ginecología de habla hispana.

Hay que resaltar que el Dr. Manuel Daza Bertrand es ponente en Congresos y sesiones científicas que se han llevado a cabo en ciudades como Sevilla, Cáceres, Madrid, Badajoz o Llerena entre otras, y que han contado con la participación del doctor Daza.

Destaca además por ser miembro de la Junta Directiva del ICOMBA en distintas legislaturas, como Vicesecretario, Vocal de médicos de asistencia colectiva y como Tesorero hasta 2005, bajo la presidencia de D. Francisco Téllez de Peralta.

En la actualidad es FEA del Hospital de Mérida en Servicio de obstetricia y Ginecología.

ACTIVIDADES COLEGIALES

Toda la Actividad del icomBA

Fiesta de Reyes Magos

4 de enero.- Celebramos una de las fechas más señaladas en el calendario de las actividades de nuestro colegio.



SS. MM. los Reyes Magos con miembros de la Junta Directiva del icomBA y funcionarios del colegio que organizaron la fiesta colegial.



El Palacio de Congresos se llenó de los niños y sus familias.

Como ya es tradición, tuvo lugar en el Palacio de Congresos de Badajoz, la Fiesta de Reyes 2016, para alegría de hijos y nietos de médicos colegiados. Unos 400 niños divididos en grupos, por edad, fueron los auténticos protagonistas para satisfacción de sus padres y madres médicos. Por acuerdo de la junta directiva, el icomBA entregó un año más al representante de Cáritas-Badajoz un donativo.



El tesorero del icomBA, Dr. Márquez, entregando el cheque de la donación al representante de Cáritas Diocesana de Badajoz, Sr. Juan Santiago

ACTIVIDADES COLEGIALES

Toma de posesión de los miembros del Pleno del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura

27 de enero.- En la sede del colegio de Médicos de Badajoz se procedió al relevo al frente del pleno del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura (CCPME), con la toma de posesión de sus miembros.



Momento del juramento del nuevo presidente Dr. Hidalgo.



El Dr. Vergeles con el presidente saliente (Dr. Arjona) y el entrante (Dr. Hidalgo).



Comienza una legislatura de dos años al frente de la cual estará el Dr. Hidalgo como presidente de dicho Consejo. Presidió el acto el consejero de Sanidad, Dr. José M^a Vergeles Blanca.

Contamos con la presencia de presidentes de otros colegios profesionales de Extremadura (Farmacéuticos, Veterinarios, Enfermeros, Fisioterapeutas, Dentistas ...) así como diferentes autoridades académicas, civiles y militares.



Los Miembros del CCPMEX durante el acto.

ACTIVIDADES COLEGIALES

Jornadas: Atención al final de la vida



Grupo de conferenciantes y letrados del icomBA, con el director del área de Don Benito-Villanueva, Dr. Valadés, a las puertas del Hospital Siberia-Serena de Talarrubias.

3 de febrero.- Con esa fecha se inició un ciclo de conferencias sobre "Atención al final de la vida", impartidas por un grupo de expertos en diferentes áreas de las necesidades en esos cruciales momentos. Participaron el Dr. Casado (presidente de la Comisión Deontológica del icomBA), el Fiscal jefe de la Audiencia Provincial de Badajoz, Dr. Juan Calixto Galán, y el Dr. Miguel Ángel Cuervo, especialista en cuidados paliativos. Este ciclo de conferencias ha sido impartido en todas las áreas de salud de la provincia, acercando así la formación a todos nuestros colegiados.



Los médicos colegiados extremeños posan en compañía de S.M. la Reina Leticia

V Foro contra el Cáncer

4 de febrero.- Con motivo del Día Mundial del Cáncer, que se conmemora el 4 de febrero, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) ha organizado el V Foro contra el cáncer "Por un enfoque integral" bajo el lema "Acompañando a las personas con cáncer. El valor del voluntariado para una atención de calidad". Este foro se ha desarrollado en Madrid, en la sede central de Telefónica, presidido por Su Majestad la Reina, como Presidenta de Honor con carácter permanente de la AECC y la Fundación Científica AECC. Extremadura estuvo representada por la Dra. María José Redondo Moralo (coordinadora regional de cuidados paliativos), Dña. Yolanda Benítez Giles (coordinadora del plan regional del voluntariado de cuidados paliativos) y por el Dr. D. Fernando García Urra (Oncólogo radioterápico del HIC y presidente del comité técnico de la AECC de Badajoz). Médicos de Badajoz da la enhorabuena a nuestros colegiados por su participación.

Inauguración de la exposición de pintura, escultura y fotografía del grupo Suroestes.

10 - 25 de febrero.- En el hall del salón de actos del colegio se instaló la exitosa exposición del grupo SUROESTES, con muestras de pintura, escultura y fotografía.



El Dr. Hidalgo durante su intervención junto al grupo de artistas en el acto de inauguración de la exposición.



Público asistente a la inauguración.

El acto de inauguración se celebró el pasado 10 de febrero y estuvieron presentes todos los artistas miembros de este grupo: Mila Galán, Francisco J. Vaz, Rafael Morera, Javier Alarcón y Alfonso Doncel.

ACTIVIDADES COLEGIALES

Mesa Redonda ¿Una nueva gripe sin gripe?: el virus Zika

24 de febrero. - Mesa redonda para actualizar los conocimientos sobre la infección por el virus de Zika, una patología emergente que ha provocado la reacción de alerta mundial por la OMS. Se abordaron aspectos veterinarios (el papel de los mosquitos vectores en las zoonosis), de diagnóstico (las nuevas tecnologías de ámbito genético al servicio del diagnóstico clínico) y la propia enfermedad en humanos (epidemiología, clínica y tratamiento de la infección por el flavivirus Zika). Participaron como ponentes el Dr. D. José Marín Sánchez Murillo. Presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Badajoz; el Dr. D. Alberto Álvarez Barrientos,



Presidente y Vicepresidente 2º con los ponentes en la Biblioteca del IcomBA.

del Servicio de Técnicas Aplicadas a la Biociencia (STAB) y Servicio de Apoyo a la Investigación de la Universidad de Extremadura; el Prof. Dr. D. Agustín Muñoz Sanz del Servicio de Patología Infecciosa del Hospital Universitario de Badajoz.

XXXVII Coloquios Médico-Quirúrgicos de Zafra



Mesa inaugural de los Coloquios, con el Presidente de la Junta de Extremadura, Dr. D. Guillermo Fernández Vara.

20 de febrero. - Los Coloquios Médico-Quirúrgicos de Zafra son la reunión científico - médica más longeva de nuestra provincia.



Los conferenciantes de esta edición, con el presidente de los Coloquios M-Q, Dr. Becerra.

La primera conferencia estuvo a cargo del Dr. D. Bernat Soria, ex ministro de Sanidad y Jefe de Grupo de Investigación sobre Terapia celular de la diabetes mellitus del Departamento de Células Troncales del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER), sobre "Terapia celular de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones".

La segunda conferencia fue impartida por el Dr. D. Gerardo Blanco Fernández, Jefe de Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático del Complejo Hospitalario de Badajoz, sobre "Actualización en trasplante de órganos. Situación en Extremadura".

Al acto inaugural acudieron el presidente de la Junta de Extremadura, Dr. Guillermo Fernández Vara, el consejero de Sanidad Dr. José Mª Vergeles Blanca, el Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Zafra D. José Carlos Contreras Asturiano, el presidente del IcomBA, Dr. Pedro Hidalgo y el presidente de los coloquios M-Q Dr. José Alberto Becerra.

Tratamiento del dolor. Una visión multidisciplinar

7 de marzo. - Curso organizado por el Dr. García Urrea, desde un enfoque multidisciplinar impartido por: la Dra. Josefina Costillo Rodríguez, la Dra. María José Gamero Samino, el Dr. D. Juan Quirós y Dr. D. José Manuel Serrano Arias.



El Dr. García Urrea con el Dr. Hidalgo

En el curso participaron médicos de la unidad del dolor, médicos de familia, oncólogos radioterapeutas y rehabilitadores médicos.

Conferencia "Los inicios de la Colegiación médica en Badajoz"

14 de marzo. - El Dr. Miguel Ángel Amador Fernández impartió la magnífica conferencia fruto del extenso trabajo de investigación histórica llevado a cabo sobre este tema.



El Dr. Amador con nuestro presidente en la presentación de su conferencia.

Supone un elemento importante para la celebración del centenario de nuestro Colegio de Médicos en 2017.

ACTIVIDADES COLEGIALES

II Jornada Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Estrategias terapéuticas y comorbilidades

10 de marzo.- La Asociación Extremeña de familiares de afectados por trastorno límite de personalidad celebró las II jornadas sobre el trastorno límite de la personalidad.

Al acto inaugural asistió el Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, Dr. D. Ceciliano Franco.



(De izda. a dcha.) D. Manuel Márquez, presidente de la asociación de familiares con TLP, Dr. D. Ceciliano Franco, Gerente del SES, el presidente del IcomBA, la delegada de Sanidad de la Diputación de Badajoz Dña. Almudena García y el concejal de Sanidad del Ayuntamiento de Badajoz D. Antonio Ávila.



Los ponentes junto al moderador, Prof. Francisco Vaz.

En las jornadas, moderadas por el Prof. F. Vaz Leal, participaron como ponentes el Dr. D. Marc Ferrer, Psiquiatra del Hospital Vall de Hebrón (Barcelona) y coordinador del programa de Atención Integral para el Trastorno Límite de Personalidad; y el Dr. D. Miguel Ángel González Torres, Psiquiatra del Hospital de Basurto (Bilbao), Profesor del Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco.

Las jornadas fueron un completo éxito de público con un lleno absoluto en el salón. Clausuró las jornadas el Dr. D. José María Vergeles Blanca, Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura.



El consejero de Sanidad Dr. Vergeles clausurando las jornadas.



Salón de actos repleto de los asistentes.

ACTIVIDADES COLEGIALES

Día Nacional contra las agresiones a Profesionales Sanitarios

16 de marzo.- Desde nuestro colegio se realizaron diferentes actividades, y nuestro secretario general acudió a los actos celebrados en Madrid por la OMC en su calidad de coordinador del Observatorio de agresiones.

Conmemoración del Día Nacional contra las agresiones a profesionales sanitarios, una fecha en la que se recuerda el asesinato en 2009 de una médico de familia en Moratalla (Murcia) y con la que se trata de sensibilizar a las administraciones públicas, a los propios profesionales y a los ciudadanos, del grave problema que significan las agresiones a sanitarios, porque afecta de forma sustancial a la sanidad, uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar.

Cartel conmemorativo del IcomBA.



Curso -Taller "Optimización del tratamiento médico en patología cardíaca crónica para médicos de A.P."

Llevar a la práctica clínica de los médicos de atención primaria los tratamientos con evidencia en la mejora del pronóstico de los pacientes con patología cardíaca crónica (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular) es el objetivo de este curso.

Se desarrolló en nuestras sedes colegiales de Badajoz y Zafra en los meses de marzo-abril durante 4 jornadas presenciales. Impartido por cardiólogos y médicos de familia, ha contado con gran aceptación en los colegiados de atención primaria, dada la prevalencia de estas enfermedades.

Cartel anunciador del curso.

CURSO - TALLER:
OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN
PATOLOGÍA CARDIACA CRÓNICA PARA
MÉDICOS DE A.P.



DICIEMBRE 2015

■ ALTAS

■ BAJAS

■ FALLECIDOS

Alí Abeid	Abdelyalil	06/06/06338	Ldo. Medicina Homologado
Rodríguez Chaparro	M ^a Del Pilar	06/28/57866	Anestesiología y Reanimación
Ruíz Fernández	Antonio	06/41/14275	Oncología Médica
Redondo Sánchez	Dámaris	06/37/06886	Pediatría y Áreas Específicas

Romero Cioffi	Marcos		Traslado al Extranjero
Zuluaga Arévalo	Ángela M.		Cese Ejercicio
Durán Cruces	Laura		Traslado a Cáceres
Díaz Sánchez	Norma B.		Traslado a Madrid
Pichardo Márquez	Francisco M.		Traslado a Córdoba

Muñoz Sánchez	Gregorio		Fallecimiento
González Dorrego	Federico		Fallecimiento

ENERO 2016

Al-Kassir Al-Karany	Meis	06/06/06924	Lda. En Medicina
Matamoros Hermoso	M ^a Isabel	06/41/15913	C. Ortopédica y Traumatología
Ávila Venegas	Karina Aneli	06/17/05884	Lda. Medicina, Homologado

Martins Junior	Luiz Nelson		Traslado al Extranjero
----------------	-------------	--	------------------------

González Peramato	Antonio		Fallecimiento
Martín Rodríguez	Armando		Fallecimiento
Álvarez Benito	Francisco		Fallecimiento

FEBRERO 2016

Serrano Rebollo	José Carlos	06/10/03981	Neumología
Casado Calderón	M ^a Soledad	06/06/05449	Hematología y Hemoterapia
Castillo Matos	Pablo Jesús	06/06/06925	Graduado en Medicina
Carvajal Ronderos	Eduardo José	06/06/06926	Ldo. Medicina, Homologado
Gijón García	Claudia	06/06/06927	Graduada en Medicina
Meza Caballero	María Eva	06/06/06120	Lda. Medicina, Homologado
Bueno Llarena	M ^a Josefa	06/06/06480	Análisis Clínicos
Ferreira Fernández	Herminia M ^a	06/06/06928	Lda. Medicina
Muñoz Cué	Ana María	06/06/06929	Graduada en Medicina

Pinilla Gurbindo	Juan Ignacio	Traslado a Zaragoza
González Echevarría	Edith	Traslado a León
Morán de la Torre	Andrés O.	Cese Ejercicio
Bellido González	Elvira	Traslado a Huelva
Di Giacomo Do Carmo	Alejandra M ^a	Traslado a Su País
Zubrzycki	Jerzy	Traslado a Su País
Gil Anaya	Ricardo	Cese
Swafiri Swafiri	Saoud T.	Traslado a Madrid
Sánchez Aparicio	Fátima I.	Traslado a Lérida
Rodríguez-Viñals Causiño	Carmen	Cese
Pantoja Díaz	José Domingo	Traslado a Cáceres
Sánchez Rueda	Eladio	Traslado a Huelva

Fernández González de Miranda

M^a Teresa

Fallecimiento



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



SOBRE LA COMPATIBILIDAD NOVEDADES LEGISLATIVAS

D. HÉCTOR GALACHE



Asesor Jurídico del
icomBA

Todo el personal al servicio del Servicio Extremeño de Salud, deberá solicitar, previamente a iniciar otra actividad pública o privada, el reconocimiento de compatibilidad. Esta obligación será independiente de la naturaleza del vínculo jurídico de la relación (propietario, interino o eventual), o de su carácter sanitario o de Gestión y Servicios.

Y además deberá reiterar dicha solicitud siempre que se modifiquen las circunstancias que dieran lugar a una autorización.

La regulación de esta materia se encuentra en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas (BOE nº 4, de 4 de enero), que es desarrollada por el RD 598/1985, de 30 de abril, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Organismos y Empresas dependientes (BOE nº 107, de 4 de mayo).

La Ley 53/1984 cumple el mandato del artículo 103.3 de la Constitución Española, en el que se expresa que la ley regulará el sistema de incompatibilidades y las garantías para la imparcialidad en el ejercicio de las funciones de los funcionarios públicos. Según su artículo 1.3, desempeñar la actividad propia de un empleado o cargo público es incompatible con el ejercicio de cualquier profesión, pública o privada, que pueda impedir o menoscabar el estricto cumplimiento del deber o comprometer la imparcialidad o independencia. La ley no hace distinciones y se aplica a todos los trabajadores del sector público, con excepción de los altos cargos, que tienen un régimen particular.

De entrada, conviene saber que no está permitido ejercer a la vez una profesión en el sector público y otra en la empresa privada cuando concurren las siguientes circunstancias:

a) El ejercicio de la actividad privada está relacionado de forma directa con la que desarrolla el departamento, organismo o entidad donde se está destinado en la Administración. Se exceptúan de esta prohibición las actividades particulares que, en ejercicio de un derecho legalmente reconocido, realicen para sí los interesados.

b) Si el desempeño de la actividad privada compromete la imparcialidad e independencia del empleado público, menoscaba el cumplimiento de sus deberes o perjudica los intereses generales.

c) Las relacionadas con los asuntos en los cuales se interviene en el sector público o se ha intervenido en los dos últimos años.

d) Cuando el empleado público forma parte, en su actividad privada, de órganos de gobierno de sociedades que realizan una actividad relacionada con la del Departamento donde presta servicio o son contratistas de la Administración, así como si tiene una participación superior al 10% en el capital de estas sociedades.

e) Si la actividad privada requiere la presencia efectiva del interesado durante un horario igual o superior a la mitad de la jornada semanal, de conformidad con los límites fijados en el artículo 12.2 de la Ley 53/1984 citada. Lo que puede traducirse, por ejemplo, en que no se podrán realizar guardias de 24 horas en la empresa privada dentro de una misma semana.

f) En fin, no puede reconocerse compatibilidad para realizar actividades privadas a quien desempeñe dos actividades en el sector público, salvo en el caso de que la jornada semanal de ambas actividades en su conjunto sea inferior a cuarenta horas.

Además, **la compatibilidad sanitaria y concretamente dentro de nuestra comunidad y según los criterios que sostiene el SES, tiene otros obstáculos que no debemos obviar:**

La ley no hace distinciones y se aplica a todos los trabajadores del sector público, con excepción de los altos cargos, que tienen un régimen particular.



Primero.- A los solos efectos de la Ley, se considera actividad en el sector público la desarrollada para los Entes, Organismos y Empresas de la Administraciones Públicas dependientes, entendiéndose comprendidas las Entidades Colaboradoras y las Concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria.

Segundo.- Si la actividad privada de asistencia sanitaria mantiene concierto con alguna de las Mutualidades de la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS) o Mutuas Patronales, se considera pública, puesto que tienen el carácter de entidades colaboradoras y concertadas con la Seguridad Social en la prestación de asistencia sanitaria que ésta obligada a prestar a los beneficiarios de la misma.

Tercero.- Además a los efectos exclusivos del régimen de incompatibilidades, se entenderán entidades colaboradoras y concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria incluida en el sector público que delimita el artículo 1 de la Ley 53/1984, aquellas entidades de carácter hospitalario o que realicen actividades propias de estos centros, que mantengan concierto o colaboración con alguna de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, siendo su objeto precisamente la asistencia sanitaria que éstas obligadas a prestar a los beneficiarios de los regímenes de la Seguridad Social.

Cuarto.- Tampoco podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, ni se podrán establecer conciertos con centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores concurren las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas”.

Quinto.- Asimismo, la Ley de Salud de Extremadura, establece que “no se podrán realizar conciertos con aquellos centros o servicios sanitarios y sociosanitarios en los que preste su actividad cualquier tipo de perso-

Finalmente, hay que decir que el incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades se considera falta muy grave, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 95.2.n) del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Esta compleja normativa y expansiva exégesis restrictiva hacia la compatibilidad no puede hacernos perder de vista que el artículo 3 de la Ley 53/1984, establece que el personal comprendido en su ámbito de aplicación sólo podrá desempeñar un segundo puesto de trabajo en el sector público en los supuestos previstos en la misma en los casos a que se refieren los artículos 5 y 6, para las funciones docente y sanitaria, y para los que, por razón de interés público, se determinen por el Consejo de Ministros y órgano de gobierno de la Comunidad Autónoma, en el ámbito de sus respectivas competencias. En ese sentido nos constan las excepciones en materia de compatibilidad entre trabajo público y para las Mutualidades Patronales en las Comunidades de Murcia (BORM de 27.01.10, Pág. 27617) y Cataluña (Desde 2008). Posibilidad siempre abierta a una decisión administrativa al respecto.

Finalmente, hay que decir que el incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades se considera falta muy grave, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 95.2.n) del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Si se tratare simplemente de incumplimiento de los plazos u otras disposiciones de procedi-

nal vinculado al Servicio Extremeño de Salud o a cualquier otro Servicio Regionales de Salud del Estado”.

Sexto.- La generalidad de los términos en los que se expresa la normativa permite entender al SES que la asistencia sanitaria a que alude lo es en su conjunto, es decir, sin diferenciar si el concierto suscrito comprende o no la totalidad de las especialidades prestadas por las entidades colaboradoras en cuestión.

Septimo.- La Incompatibilidad existe desde la suscripción del concierto en cuestión y en consecuencia, desde ese momento se entiende que el personal que venía prestando sus servicios en la entidad privada, pasa a prestar servicios en el sector público, ya que la entidad tiene la naturaleza jurídica concertada y, por lo tanto, la actividad que se desarrolle en ella tendrá, a efectos de incompatibilidades, el carácter de actividad prestada en el sector público.

Octavo.- Pero es que, además, y como nos consta expresamente, dados los conciertos para 2016 de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) con las entidades aseguradoras ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.U.; DKV, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española; Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial S.A. de Seguros y Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros así como los del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) con las Entidades ASISA y Segurcaixa Adeslas, también se considera incompatible, por reputarse actividad pública, aquella atención sanitaria que realizada para asegurados por ASISA, ADESLAS, DKV, etc... lo sean en definitiva para funcionarios mutualistas de MUFACE e ISFAS.

miento en materia de incompatibilidades la falta se considerará grave, siempre que no suponga mantenimiento de una situación de incompatibilidad, según lo establecido en el artículo 7.1 k) del Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado, aprobado por Real Decreto 33/1986, de 10 de enero.





Enrique Santos Bueso

Autor de Oftalmología en el Museo del Prado

“Me ha sorprendido la perfección de la patología ocular representada en muchas obras”

Enrique Santos Bueso (Torrejoncillo, Cáceres) es licenciado en Medicina con Premio Extraordinario por la Universidad de Extremadura y Doctor en Medicina por la misma universidad. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Hospital Infanta Cristina de Badajoz) y en Oftalmología (Hospital Clínico San Carlos de Madrid), en la actualidad trabaja como facultativo especialista de área en la unidad de Glaucoma y Neurooftalmología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Apasionado del arte, con su libro *Oftalmología en el Museo del Prado* recorre, a través de 34 obras, varias patologías oculares presentes en los personajes de los cuadros.

¿Cómo surge la idea de abordar este libro?

La idea de publicar este libro surge hace muchos años en Badajoz. En aquel tiempo, dedicado a la Atención Primaria, viajaba con frecuencia a Madrid los fines de semana y las visitas al Museo del Prado eran recurrentes. Sin embargo la sensación de desasosiego por lo inabarcable de la pinacoteca era una evidencia. La idea del libro, materializada muchos años después, surgió para intentar hacer una guía por el Museo, con la disculpa de la patología ocular como nexo de unión.

¿Después de tantos años de estudio, qué es lo que más le ha llamado la atención de las obras analizadas?

Me ha sorprendido la perfección de la patología ocular representada en muchas obras así como las imágenes de santa Lucía de Siracusa, patrona de los oftalmólogos y la representación de instrumentos como las gafas.

¿Se ha encontrado muchas patologías entre tantas obras analizadas?

¿Cuáles son las más destacadas?

Las patologías más evidentes estudiadas son el estrabismo y la atrofia ocular secundaria a patologías crónicas o traumatismos. Destaca el ojo derecho de la niña María de la Cruz de Rafael Tegea o el estrabismo del niño endemoniado en *La Transfiguración del Señor de Penni*, discípulo de Rafael de Sanzio.

Es usted colaborador del Museo del Prado y del Thissen-Bornemisza, ¿cómo y cuándo surge su pasión por el arte?

La pasión por el arte es inherente al ser humano, independientemente de nuestra formación o la profesión que desarrollemos. Realmente nadie puede permanecer indiferente ante la inmensidad y belleza de estos museos.

Además de abordar las enfermedades oculares en estas obras, el libro propone un itinerario por determinados cuadros del Museo. ¿Puede decirse que también es una guía?

El libro se propone como una guía por el museo con la patología ocular como hilo conductor. Es un itinerario de una hora y media revisando de forma fluida y continua 34 cuadros de la pinacoteca madrileña. El libro no está a la venta pues está agotado pero posiblemente en breve podremos disponer de una nueva edición cuyos beneficios serán destinados íntegramente a la fundación Amigos del Museo del Prado.



Portada del libro.

Apasionado del arte, con su libro *Oftalmología en el Museo del Prado* recorre, a través de 34 obras, varias patologías oculares presentes en los personajes de los cuadros

OMC



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS
OFICIALES DE MÉDICOS

ORGANIZACIÓN MÉDICA
COLEGIAL DE ESPAÑA

El Consejo General de Colegios de Médicos, tras las decisiones tomadas en Asamblea General de fecha de 14 de noviembre de 2015, reitera que:

Es acertada la redacción definitiva del artículo 3.2 del Real Decreto de uso, indicación y autorización para la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros siempre en el marco de la mejor protección de la salud de los ciudadanos, de la seguridad de la atención y de la efectividad alcanzada por el tratamiento de los pacientes.

El Real Decreto, tal como establece en el preámbulo del mismo, es acorde a la jurisprudencia del Tribunal Supremo en lo relativo a que la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y prescripción corresponde al médico:

- La capacidad de prescribir fármacos sujetos a receta sigue siendo de médicos, odontólogos y podólogos, en el marco de sus competencias, tal y como establece la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios de 2006.
- Deja perfectamente delimitado el campo de actuación y competencias de ambas profesiones respecto a las responsabilidades de médicos y profesionales de enfermería en relación a los medicamentos sujetos por ley a prescripción médica.
- Establece que los profesionales de enfermería podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la correspondiente orden de dispensación.
- Para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones respecto de los medicamentos sujetos a prescripción médica, será necesario que el correspondiente profesional prescriptor haya determinado previa-

Consideraciones del CGCOM sobre la aplicación del RD Enfermería

Madrid, 1 de febrero de 2016

mente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir. Este protocolo, en el que está establecido que participe entre otras entidades el CGCOM, está pendiente de definir.

Mientras tanto, cualquier cuestionamiento de las funciones que hasta ahora han venido desempeñando los profesionales de enfermería para mostrarse en contra de este Real Decreto que trunca su pretensión de prescribir, es una dejación clara de su trabajo y un incumplimiento de sus deberes en cuanto garantes de la satisfacción de los intereses públicos por los que han de velar las Administraciones sanitarias.

En defensa de la mejor protección de la salud y de la seguridad de la atención a los pacientes, los médicos deben registrar siempre en la historia clínica las decisiones y ordenes de tratamiento que son de su competencia así como emitirlos y trasladarlos formalmente al profesional de enfermería, pero en ningún caso deben asumir funciones que no les corresponden. En el caso de dudas y ante cualquier dejación de funciones de otros profesionales deben ponerlo en conocimiento de la dirección del centro de salud, hospital o Colegio de médicos.

El CGCOM aboga por la buena relación y trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios, cada uno en las funciones que le corresponden, para ofrecer la mejor calidad de atención sanitaria a los pacientes.

La corporación considera que este Real Decreto se ajusta a derecho, por lo que se ha personado ante el Tribunal Supremo en los recursos que han interpuesto contra el citado Real Decreto el Consejo General de Enfermería de España (CGE) y el Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España (SATSE) y lo hará ante cualquier otro que se interponga en relación al contenido expresado en su artículo 3.2 referido.

Ante cualquier duda al respecto de esta cuestión, los médicos podrán consultar a su respectivo Colegio o al propio CGCOM.



924 240 351

www.vistasancheztrancon.com

www.vistasancheztrancon.pt



Juan Calixto Galán

Fiscal jefe de la Audiencia Provincial de Badajoz



“La administración pública debería explicar a los ciudadanos las grandes ventajas de las instrucciones previas”

El pasado mes de febrero el jurado del III Premio Nacional de Derecho Sanitario, que otorga la Asociación Española de Derecho Sanitario, decidía otorgar este galardón al trabajo **Las instrucciones previas. Una reflexión crítica**, un estudio elaborado por los extremeños Mariano Casado Blanco y Juan Calixto Galán. Los autores reflexionan, tanto desde la perspectiva médico legal como jurídica y deontológica, acerca de las decisiones que es preciso tomar al final de la vida, y más concretamente cuando las decisiones de la persona están tomadas con antelación, cuando aún ni siquiera se es paciente, pero con el deseo de que estas decisiones tomadas previamente, respecto a su persona, sean tenidas en cuenta cuando ya no le sea posible tomarlas. Estrechos colaboradores de nuestro Colegio, abordamos con ellos el contenido de este estudio premiado con el mayor reconocimiento que existe en nuestro país en materia de derecho sanitario.

¿Qué significa para ti el premio?

El premio es un muy importante reconocimiento al esfuerzo que hemos realizado el Dr Casado y yo en el abordaje de una materia que entendemos muy sugerente e interesante para toda la sociedad y de modo especial para todo el colectivo sanitario. Por otro lado es una gran alegría que nos hayan distinguido con el máximo galardón en castellano en el marco del derecho sanitario.

¿Qué aporta este estudio?

El Estudio desarrolla todo el régimen legal y social del documento de voluntades anticipadas (Instrucciones Previas en la Ley) desde las perspectivas médica, ética y jurídica. Por mi parte me he ocupado de este último aspecto, mientras que el Dr. Casado ha desarrollado los dos primeros.

Entiendo que al margen de una intensa profundización en todo el régimen legal y sanitario de este documento disponible para todos los ciudadanos mayores de edad, hemos entrado en aspectos muy novedoso y de incipiente desarrollo jurisprudencial, como el caso de la eficacia de este documento en los casos en que estamos incapacitados y queremos dejar constancia de que persona o personas queremos que sea nuestro Tutor y representante legal, y también de otros aspectos, como los conflictos que se producen en la asistencia a los Testigos de Jehova o aquellos casos en que el progenitor muere sin haber tomado una firme decisión sobre el destino de sus espermatozoides ya depositados en laboratorio.

¿Qué nivel de conocimiento crees que tiene el ámbito legal de las instrucciones previas?

Desgraciadamente muy escaso. El Estudio recomienda encarecidamente que por la Administración e Instituciones Sanitarias se le debe dar la máxima difusión y explicar a todos los ciudadanos, las grandes ventajas que él mismo entraña, no sólo para los casos del final de la vida, sino también en los supuestos de enfermedades irreversibles, incapacidades, fecundación in vitro, destino de nuestro cuerpo, donación de órganos, etc.

¿Qué soluciones aporta este trabajo para mejorar el conocimiento de estas instrucciones previas?

Más que soluciones, realizamos una profundización muy intensa en el desarrollo de la autodeterminación personal del individuo como máxima expresión de su libertad y de su dignidad. Y al margen de todos los aspectos legales, médicos, éticos y jurisprudenciales y conocer los requisitos y la legislación de las distintas Comunidades Autónomas, el lector de nuestro trabajo recalará en una vertiente apasionante de cómo desarrollar nuestra determinación individual para un futuro en que nuestra capacidad mental no dispondrá de nuestras decisiones.

Mariano Casado Blanco

Presidente de la Comisión
Deontológica del Colegio de
Médicos de Badajoz



¿Qué significa para ti el premio?

Diría que es un honor el haber ganado este prestigioso Premio, sobre todo teniendo en cuenta que reconocimientos de este tipo, no se consiguen todos los días, más bien diría que se consiguen una o ninguna vez y por lo tanto son siempre bienvenidos y realmente se agradecen.

De forma genérica, además de suponer un cierto reconocimiento profesional a nivel nacional, y un importante aporte económico, quizás lo más significativo sea el hacer visible el trabajo realizado cuyo contenido, sin duda, se hace con el objetivo de que pueda redundar en beneficio de muchos, es decir médicos, juristas, pacientes...

Un reconocimiento de este tipo te hace reflexionar en primer lugar si realmente eres merecedor del Premio, sobre todo cuando sabes de la calidad de los trabajos presentados y de la categoría de los que se presentan a un Premio como este. Y seguidamente

“El médico debe ser consciente de que las instrucciones previas son la expresión del ejercicio del derecho de autonomía”

te planteas, ¿porqué el tuyo?, ¿porqué les habrá gustado? ¿qué tenía, que los demás no tuvieran?, ¿en qué se han basado? o incluso ¿cómo, el Jurado, ha llegado a esa decisión? etc..

Cierto es que desde hace unos años me dedico con mucha intensidad al mundo del Derecho Médico y al de Ética Médica, ciertamente que es un campo apasionante y muy interesante y donde realmente un médico puede aportar muchas cosas, pues en definitiva de lo que trata es del mundo de la medicina y quién mejor que un facultativo sanitario para interpretar las normas legales y aplicarlas al campo médico, que dicho sea de paso es sumamente complejo.

Y que esto pueda servir para animar a otros muchos médicos y juristas extremeños a que investiguen, a que busquen la excelencia y así poder mejorar en nuestras actividades profesionales, y a que busquen soluciones, alternativas...para contribuir al desarrollo de la medicina y del derecho.

¿Qué aporta este estudio?

Trata sobre las “instrucciones previas” o “voluntades anticipadas” que dicho sea de paso en Extremadura son conocidas como “expresión de voluntades anticipadas”. El argumento de estas planea tanto en los ámbitos médicos como en los éticos y jurídicos y con independencia de la óptica desde la que se analice, una cuestión es clara, ya que el fundamento ético y jurídico de las “instrucciones previas” considera que cuando una persona pierde su capacidad de decidir frente a una situación médica relacionada con su salud, no por ello pierde su derecho a decidir.

Por ello este trabajo, pretende ser una contribución a ambos campos científicos, aportando una visión crítica tanto desde el Derecho como desde la Medicina y específicamente desde la Medicina Legal, tratando de esbozar posibles soluciones a este tema concreto, de forma que se pueda ayudar a poner en práctica, de una manera definitiva, unitaria y efectiva, este documento que básicamente, viene a manifestar intensamente lo que es, o al menos debe ser, la autonomía de un paciente.

¿Qué nivel de conocimiento crees que tiene el ámbito médico de las instrucciones previas?

En 2015, nuestro Presidente (Dr. Hidalgo) y yo mismo participamos en unas Jornadas organizadas por la OMC y una de las conclusiones a las que se llegó, fue acerca de la falta de conocimiento de los médicos sobre las instrucciones previas.

Básicamente la norma queda establecida en el artículo 11 de la Ley 41/2002 la cual define este derecho como aquel mediante el cual una persona mayor de edad, "capaz y libre", manifiesta anticipadamente su voluntad sobre cuidados, tratamientos de su salud o el destino de su cuerpo u órganos, con el objetivo de que se cumpla en el momento en el que no sea capaz de expresarlas personalmente o de que fallezca. Además de esta norma estatal, también hay normas autonómicas que establecen particularidades con respecto a este tema. Aquí en Extremadura se recoge en la Ley 3/2005 de 8 de julio.

Por tanto, el incumplimiento y "desconocimiento" de la ley, tanto por parte de los médicos como por parte de la sociedad, está creando situaciones "extra-variantes" y respuestas "lamentables" ya que no se suele cumplir la voluntad del paciente o del fallecido.



Consideramos que el documento de "instrucciones previas" que introduce la Ley 41/2002 puede ser una magnífica herramienta jurídica para auto-negociar la autonomía personal que nos reconoce nuestro ordenamiento jurídico.

¿Qué soluciones aporta este trabajo para mejorar el conocimiento de estas instrucciones previas?

Son varias las recomendaciones que nosotros hacemos en nuestro trabajo, y que de forma resumida podría decir:

- Que los profesionales sanitarios y particularmente los médicos deben tomar conciencia de que las "instrucciones previas" son la expresión del ejercicio del derecho de autonomía, que forma parte de un proceso amplio de reflexión y comunicación con los pacientes y no solamente la cumplimentación del documento de instrucciones previas.
- Que todos los médicos deben estar concienciados, pero entendemos que deben ser los Médicos de Atención Primaria o médicos de familia los que debieran tener más habilidades para transmitir información a los pacientes acerca de este tema, aún teniendo en cuenta lo complejo y delicado que puede resultar tratar estos temas en una consulta habitual.
- Que las Organizaciones Colegiales (Colegios de Médicos) deben asumir este papel de formadores e informadores. Formadores de sus propios colegiados e informadores a la población en general y a quien lo demande, sabiendo que en ese Colegio encontrará a un médico al que le podrá plantear cuantas dudas y conflictos se le puedan plantear en relación a la cumplimentación del documento de "instrucciones previas".

En definitiva, es un tema importante, ya que el documento de "instrucciones previas", es un documento de carácter médico-legal y por tanto todo lo relacionado con la información y cumplimentación debe ser considerado como un verdadero "acto médico", con lo que ello lleva implícito.



R.E.T.A.

“Es necesario pedir su reintegro porque no es un proceso que la Administración realice de oficio”

Dr. Manuel Fernández Chavero
Dr. Alfonso Ambel Albarrán

Vocales de Médicos con Ejercicio Privado

Estimado colegiado:

Nos complace comunicarte que en tu condición de médico con pluriactividad puedes solicitar parte de los que hayas cotizado al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (R.E. T. A.). Es un derecho recogido en las leyes de Presupuestos Generales del Estado desde el año 2010.

Los médicos que coticéis a través del R.E.T.A podéis pedir la devolución de las cuotas pagadas en el año 2015, hasta un máximo del 50%. El plazo habilitado a tal fin se extiende durante los primeros cuatro meses del año en curso. Tenéis, por tanto, hasta el 30 de abril para pedir el reintegro a partir del mínimo exento de 12.245,98 euros. Las cotizaciones que pasen de esa cantidad se devuelven en un 50%.

Este derecho viene recogido en el Artículo 103.5, Punto 7, de la Ley 36/2014 de 26 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015.

Es necesario pedir su reintegro porque no es un proceso que la Administración realice de oficio. Los interesados tenéis que rellenar un formulario, que puede descargarse de la página web del Instituto Nacional de la Seguridad Social y presentarlo antes del 30 de abril.

Saludos cordiales

Llamémoslo amor. Audi A1 desde 14.000 €* *PVP recomendado en Península y Baleares de 14.000 € para un Audi A1 Attraction 1.0 TFSI 95 CV (70 kW). (IVA, transporte, impuesto de matriculación, descuento de Marca, descuento mínimo del Concesionario Oficial adherido voluntariamente a esta promoción y bonificación de Volkswagen Finance incluidos), para clientes particulares, empresas y autónomos que financien un crédito mínimo de 13.500 € con una permanencia mínima de la financiación de 48 meses a través de Audi Financial Services (según condiciones contractuales). Modelo visualizado Audi A1 Adrenalin 1.0 TFSI ultra 5 vel, con equipamiento opcional. Oferta válida hasta el 30/05/2016. Contacte con su Concesionario Oficial Audi para que le informe de las condiciones específicas de la presente promoción así como de cualquier otra adicional que éste le pueda ofrecer. Audi Financial Services es una marca comercializada por VOLKSWAGEN FINANCE S.A. EFC. Información Audi: 902 45 45 75.

Sientes ese cosquilleo en el estómago. Ese irresistible deseo de tocarlo, de hacerlo tuyo. De controlar la potencia de sus eficientes motores. De disfrutar de su avanzada tecnología. De dejarte llevar por su seductor estilo. Un impulso irrefrenable. Una sensación única e indescriptible que despierta tus emociones más inconfesables. www.audi.es/a1

Audi A1 de 90 a 192 CV (66-141 kW). Emisión CO₂ (g/km): de 94 a 134. Consumo medio (l/100 km): de 3,6 a 5,8.



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
---	--	--

    /audispain

*PVP recomendado en Península y Baleares de 14.000 € para un Audi A1 Attraction 1.0 TFSI 95 CV (70 kW). (IVA, transporte, impuesto de matriculación, descuento de Marca, descuento mínimo del Concesionario Oficial adherido voluntariamente a esta promoción y bonificación de Volkswagen Finance incluidos), para clientes particulares, empresas y autónomos que financien un crédito mínimo de 13.500 € con una permanencia mínima de la financiación de 48 meses a través de Audi Financial Services (según condiciones contractuales). Modelo visualizado Audi A1 Adrenalin 1.0 TFSI ultra 5 vel, con equipamiento opcional. Oferta válida hasta el 30/05/2016. Contacte con su Concesionario Oficial Audi para que le informe de las condiciones específicas de la presente promoción así como de cualquier otra adicional que éste le pueda ofrecer. Audi Financial Services es una marca comercializada por VOLKSWAGEN FINANCE S.A. EFC. Información Audi: 902 45 45 75.