



médicos de albacete

REVISTA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS



***Antonio Naharro,
nuevo gerente del Área Integrada de Albacete***

Seguro **Multirriesgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa



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

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

A.M.A. ALBACETE Plaza del Altozano, 11 Tel.967 21 83 01 albacete@amaseguros.com

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



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



REVISTA N.º 44 • AÑO 2014

SUMARIO



4 OPINIÓN
Cuanto mas cedemos... mas retrocedemos

6 ACTUALIDAD
Primeras conclusiones del Congreso Nacional de Información al Paciente Oncológico

7 NOTICIAS COLEGIALES
Premian al servicio de Ginecología del Área Integrada de Almansa por la presentación de dos casos clínicos

10 INVESTIGACIÓN
Un equipo del Laboratorio de Oncología Molecular de Albacete, descubre que la autofagia es el nuevo mecanismo de resistencia al fluorouracilo

14 NOTICIAS LOCALES
Dimite el gerente del Área de Sanidad de Albacete por motivos "personales"

Antonio Naharro, nuevo gerente del Área Integrada de Albacete

16 NOTICIAS NACIONALES
Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo

18 DEONTOLOGÍA
Conocer el Código Deontológico (VI)

19 ENTREVISTA
Médicos de Albacete trabajando en Suecia

22 HISTORIA
Constantino I "EL GRANDE", Emperador de la Roma Cristianizada⁽³⁾

26 COLEGIADOS
Dones, virtudes y espiritualidad

28 INFORMACIÓN PAIME
Balance Nacional del Programa PAIME durante el periodo 1998-2012

31 ALTAS Y BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE

JUNTA DE GOBIERNO 2013/2017

PRESIDENTE
MIGUEL FERNANDO GÓMEZ BERMEJO
VICEPRESIDENTE 1.º
JOSÉ MARÍA SAMANIEGO MASIP
VICEPRESIDENTE 2.º
MARÍA ANTONIA FAGÚNDEZ VARGAS

SECRETARÍA
MARÍA ANGELES LÓPEZ SÁNCHEZ

VICESECRETARÍA
PATRICIA PRIETO MONTAÑO

TESORERA
MARÍA PILAR SÁNCHEZ VALENCIA

VOCALÍA DE PRIMARIA
MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ROMERO

V. HOSPITAL / ESPECIALIZADA
PEDRO FERRERAS FERNÁNDEZ

V. FORMACIÓN / EMPLEO
FERNANDO GÓMEZ PÉREZ

V. EJERCICIO PRIVADO/COLECTIVA
JUAN GABRIEL LORENZO ROMERO

VOCALÍA DE JUBILADOS
JOSÉ LEGIDO GÓMEZ



EDITA:
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Albacete
Plaza del Altozano, 11 • 02001 Albacete
Telf. 967 21 58 75 • Fax 967 24 01 13
www.comalbacete.org

REDACCIÓN: Mercedes Martínez Rubio

IMPRESA: **graficual?** graficual@telefonica.net
Dep. Legal AB-521-2001

El Ilustre Colegio de Médicos no comparte necesariamente las opiniones vertidas en esta revista. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos citando la fuente.

MIGUEL FERNANDO GÓMEZ BERMEJO
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete

Cuanto mas cedemos... mas retrocedemos

Cuando llegamos al Colegio de Médicos hace unos meses en nuestro programa de gobierno decíamos que el Colegio de Médicos de Albacete, sería un Colegio apolítico, independiente, transparente y austero, pero nunca dijimos que seríamos un Colegio ciego, sordo y mudo. Ya que el Colegio de Médicos tiene la obligación moral y legal de defender los intereses de la profesión médica y de los pacientes, por lo tanto intentaré hacer una reflexión sobre lo acontecido en la sanidad de Castilla-La Mancha en los últimos años. Parto de la premisa de que el profesional de la medicina en España es el peor retribuido de toda la comunidad europea, excepto Grecia.

Con la aprobación en Cortes de la Ley de Garantía Asistencial, aprobada por mayoría y de forma unilateral, sin ser consultada ni negociada con los representantes de los trabajadores de la sanidad (sindicatos), se aprobó una ley donde las listas de espera quirúrgicas no podían sobrepasar los 3 meses, las listas de espera de consultas no podía superar un mes y las listas de pruebas diagnósticas no podía ser superior a 15 días, una Ley de Garantías muy beneficiosa para el paciente y en conjunto para la sanidad de Castilla-La Mancha, pero para llevar a cabo dicha Ley, fue necesario una serie de recursos humanos y económicos que no se tenían, incluso se intento todavía mejorar la cifra de dicha Ley, algo impensable, por lo que para poner en práctica dicha Ley hubo que realizar conciertos externos con clínicas privadas y auto-concierto con el propio personal de los centros hospitalarios de Castilla-La Mancha, consiguiendo con esto una mejora en las retribuciones de una inmensa mayoría de sanitarios y sobre todo una sanidad totalmente beneficiosa para el paciente. Tras varios años de aplicación de dicha Ley el gasto se fue desbordando junto a la inversión realizada en Centros de Salud faraónicos y hospitales comarcales indebidamente construidos e inaugurados por motivos electorales, llegamos a una situación imposible de sostener humana y económicamente, pues los pagos a proveedores y farmacias se fueron dilatando creando una deuda insostenible que incluso llego a dejar de abastecer de suministros por impagos afectando a suspensión de quirófanos y generando con ello de nuevo listas de espera, incumpléndose la Ley de Garantías.

Tras un gasto desmesurado y una mala gestión, alguien tenía que poner freno a dicho descontrol, pensamos en su momento que un cambio en la administración era necesario pues no es bueno perpetuarse en el cargo con hábitos que degeneraban en vicios, pusimos grandes esperanzas en la nueva administración que acababa de llegar con el cambio, pero cual fue nuestra sorpresa que argumentando que las arcas estaban vacías y que el impago de miles de facturas estaban en los cajones y la deuda farmacéutica

era enorme, nos aplicaron una serie de resoluciones, normativas y Leyes no negociadas, impuestas de manera muy poco democráticas, argumentando que la sanidad de Castilla-La Mancha estaba quebrada, demostrando el poco talante negociador y democrático que ha mantenido esta administración desde entonces.

Paso a describir todas las atrocidades o tropelías aplicadas por esta administración contra el colectivo de sanitarios de Castilla-La Mancha, siendo los más perjudicados la profesión médica, pues parece como si nosotros fuésemos los responsables de lo acontecido en todos estos años, ni hemos intervenido en la aprobación de la Ley de Garantías antes detallada, ni en la construcción de Centros de Salud faraónicos (Alcaraz, Bonillo, Chinchilla, ...), ni hospitales mal construidos y mal dotados humanamente por escasez de especialistas, como Almansa, Villarrobledo y Tomelloso, pues los dos últimos construidos a 30 km. de distancia donde además existen otros dos hospitales: Alcázar y Manzanares, es decir, en 60 km a la redonda más hospitales que en ningún lugar de la Comunidad Europea, en todas estas decisiones ni hemos participado, ni se nos pidió la mas mínima opinión ni asesoramiento.

Esta administración nos ha impuesto:

1. La suspensión de todos los pactos sindicales desde el año 1992 conseguidos tras mucho esfuerzo negociador, huelgas y sacrificio.
2. Cese de todos los médicos contratados y amortización de interinos sin ser negociado con los sindicatos.
3. Jubilación forzosa de todos los médicos mayores de 65 años, cuando la edad de jubilación estaba contemplada hasta los 70, sin cubrir dichas plazas por especialistas jóvenes.
4. Reducción de un 15% del precio de la hora de guardia, supresión de la 5.ª guardia, penalizando a aquellos compañeros que por estar en un comarcal se ven obligados a realizar entre 10 y 15 guardias al mes localizadas, aumentando estas en periodo vacacional.
5. Supresión de guardias localizadas en servicios que las realizaban y reconversión de guardias de presencia física en guardias localizadas, con la consabida pérdida retributiva.
6. Aumento de la jornada laboral de 1519 horas/ anuales a 1645 horas/ anuales.

7. Congelación de carrera profesional a todos aquellos que no la tenían produciéndose un agravio comparativo con aquellos que la cobramos, no se les reconoce el derecho a carrera profesional a los médicos inspectores, cupo y zona.

8. Se suprimen todas las ayudas sociales a todo el personal del SESCAM, incluida la de fallecimiento.

9. Se penaliza el estar enfermo, acusándonos de fraude laboral, cuando el médico es el colectivo sanitario con menos absentismo laboral, pues no cobramos las guardias en la IT y además no podemos trabajar durante la IT en nuestras consultas privadas.

10. Se reduce en un 3% el sueldo global, incluídos aquellos que hacen guardias localizadas y que hacemos jornadas de mayores de 55 años, siendo un agravio comparativo con aquellos que hacen guardias de presencia física.

11. Nos suprimen la paga extraordinaria de navidad en el año 2012 y también nos suprimen la productividad variable y productividad por gasto farmacéutico del año 2011.

12. Las nuevas pagas extraordinarias, como podemos comprobar equivalen a un 50% de las antiguas pagas extraordinarias, cuando la Ley dice que una paga extraordinaria consta de sueldo base más complementos de destino y trienios.

13. Se suprimen todas las OPE's con lo cual aumentan los contratos precarios.

14. Reducen de 6 V6 a 3 y suprimen los días de antigüedad, obligándonos a disfrutar dichos días, en días que la administración considera de baja actividad.

15. Han disminuido la sustitución de las libranzas de guardia de Atención Primaria, no pagándose el acumulo de tareas del personal sustituido.

16. Se obliga a jerarquizarse a médicos de cupo y zona, cuya oposición les reconocía unas condiciones laborales y retributivas diferentes a las impuestas por decretazo, y suspendiendo temporalmente la estatutarización de los Sanitarios Locales como pretendían.

Reflexionando sobre todo lo anterior aplicado con la justificación del ahorro, se ha conseguido ahorrar a cambio del aumento del paro en personal médico cualificado, obligando a estos a emigrar a otras latitudes, o a repetir nuevamente el examen MIR para poder continuar mendigando un salario injusto y desproporcionado con respecto a su formación y sacrificio, recordamos que para matricularse en medicina es necesario una nota media superior a un 8'5, mas 6 años de carrera, 1 año de preparación del MIR, 4 ó 5 años de especialidad para llegar al paro, o a emigrar a otro lugar que nos tengan mejor considerados y nos valoren mejor.

Han conseguido que las listas de espera sean eternas, tanto a nivel quirúrgico, consulta y pruebas diagnósticas, es decir, todo lo contrario que se pretendió en su momento con la aprobación de la famosa Ley de Garantías, con lo cual ahora tenemos una de

las peores sanidades del territorio nacional, gracias a los gestores sanitarios que actualmente tenemos en Castilla-La Mancha.

Los pacientes que ahora disfrutan, por decir algo, de una sanidad peor y más cara se ven castigados a permanecer en listas de espera de más de un año y medio, y tras amenazas veladas, son invitados a desplazarse a hospitales privados de otras autonomías, para ser intervenidos por quirúrgicos que desconocen y que tras largos desplazamientos en ambulancias comunitarias, compartidas por cuatro pacientes y cuatro acompañantes, sin médicos ni enfermera, son intervenidos tras anestesia local o general, y en la misma jornada devueltos a su domicilio, considero un maltrato físico y psíquico del paciente, pues hay que reconocer que más que pacientes son enfermos.

Pero todo esto, la administración que nos gobierna lo ve con buenos ojos y lo justifica con el ahorro, y aquí es donde yo quería llegar, pues utilizando la doctrina de Nicolás Maquiavelo aplican lo que el decía "el fin justifica los medios", al tener un alumno aventajado de D. Nicolás, vemos en el Director Gerente del SESCAM, economista según creo, un aplicador de su doctrina sin saber nada de medicina, ni de relación con pacientes, ni haber dado nunca la cara ante ningún paciente, al igual que el Consejero de Sanidad que dice ser médico, pero nunca ha ejercido la medicina, nos hace comprensible que la sanidad de Castilla-La Mancha haya llegado donde esta, gracias a los responsables que la gobiernan, si tanto criticaron a sus antecesores por su mala gestión, como es posible que todavía estén en los centros hospitalarios y en las gerencias de primaria los mismos directores de gestión que ellos tanto han criticado.

Si tan buena es la sanidad actual de Castilla-La Mancha, espero que si alguna vez nuestros gestores y directivos la precisasen, se le administre una buena sobredosis de dicha medicina por vía intravenosa para que su efecto sea más rápido, y sufran lo mismo que están sufriendo todo el colectivo de pacientes y trabajadores de la sanidad.

Después de los ejemplos que nos han dado los sanitarios de Madrid, que tras 2 años de lucha y reivindicaciones han conseguido paralizar por vía judicial la privatización de los hospitales de la Comunidad de Madrid, nos sirva de ejemplo, que estando unidos tenemos una fuerza que no somos capaces de reconocer, ni de utilizar.

La prepotencia y la falta de negociación de la administración, nos da la razón en los tribunales, con las últimas sentencias donde se anula la jubilación forzosa a los 65 años y la amortización de interinos del año 2012, con la consiguiente indemnización del tiempo no trabajado, todo esto por no haber sido negociado en las mesas correspondientes.

Esperamos como agua de mayo que esta administración rectifique, porque lo que reflejo aquí es el sentir de la profesión médica y la sanidad que esta padeciendo la población. Desde el Colegio de Médicos de Albacete, le recordamos a la administración que los únicos que conocen la problemática de la sanidad son los profesionales de la misma y que por lo tanto, se nos debe consultar todas aquellas medidas que afecten a nuestra profesión para evitar las consecuencias que estamos sufriendo.

Primeras conclusiones del Congreso Nacional de Información al Paciente Oncológico

EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE INFORMACIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO, CIPO, ORGANIZADO POR EL FACULTATIVO DE ALBACETE ELÍAS GARCÍA GRIMALDO, Y CELEBRADO EN LA CAPITAL LOS DÍAS 6, 7 Y 8 DE FEBRERO, HA SIDO UN “VERDADERO ÉXITO”, EN PALABRAS DE SU ORGANIZADOR. TANTO POR LAS APORTACIONES Y EL NIVEL PROFESIONAL DE LOS CERCA DE 50 PONENTES QUE PARTICIPARON EN EL EVENTO, COMO POR LOS CASI 300 ASISTENTES, PROCEDENTES DE MUY DIVERSAS PARTES DE NUESTRO PAÍS, QUE LLENARON EL SALÓN DE ACTOS DEL PALACIO DE CONGRESOS

Ya en los días previos a la cita congresual, el presidente del comité organizador, adelantaba que del mismo saldrían conclusiones novedosas y muy importantes para todos los sectores implicados, no solo del ámbito sanitario sino también del jurídico, social, y educativo. “Es un tema que los médicos lo venimos sufriendo y viendo día a día; la información es un campo muy subjetivo; cada uno hace lo que buenamente cree que debe hacer, muchas veces con acierto y otras no”. Tal y como explicó este facultativo de Cirugía General del CHUA, el “Congreso se origina en la necesidad de realizar un debate de alto nivel sobre cómo se está dando la información en nuestro país al paciente oncológico y en su medio. Hay que valorar si se está haciendo bien, o si hay aspectos que mejorar”.

El doctor García Grimaldo añadió que “en realidad hay una cierta polémica e incertidumbre por ejemplo sobre si hay que decir la verdad a una persona a la que le quedan pocos meses de vida, lo que es origen incluso de conflicto entre la familia y profesionales, o incluso entre los miembros de la propia familia. Este problema de la información se extiende al ámbito laboral, escolar y social y afecta diariamente a muchos miles de personas”.

Una vez que ha concluido, el doctor García Grimaldo ha adelantado a la revista unas conclusiones previas al documento oficial que, según confirmó, se distribuirá

adecuadamente.

ESTAS CONCLUSIONES SON:

1- La información-comunicación con el paciente oncológico en general se está realizando bien en nuestro país, pero sí que es mejorable en bastantes casos, por lo que se considera aconsejable una **mejora de la formación del personal sanitario en comunicación**, tanto desde las facultades como en los lugares de trabajo.

2- En general se considera en principio deseable **facilitar al paciente una información completa y verdadera sobre su enfermedad, pero siempre que sea lo que él quiera** y sólo hasta el punto que desee saber, sin imposiciones. Para ello es necesario el desarrollo de las adecuadas habilidades de comunicación, evitando en todo caso que esta información-comunicación sea perjudicial, pues podríamos estar cayendo en la maleficencia. Esta comunicación ha de ser un proceso continuo, con respeto a los tiempos que el paciente necesite y por supuesto con unas formas y términos adecuados a las necesidades del momento, de la situación y de cada paciente. Siempre hay que mantener la esperanza.

3- Se considera indispensable la adecuada **coordinación** y trabajo en equipo en la comunicación, integrando al personal médico, de enfermería y psicología y por supuesto también entre la Primaria y Hospital.

4- Es fundamental **humanizar la comunicación** con el paciente, demasiado dominada por los aspectos tecnológicos, y adaptarla a su medio social y tiempo.

5- No hay que olvidar el **componente espiritual** como parte integrante fundamental de la persona.

6- Han surgido muchos otros aspectos, en relación al cuidador, la atención a la familia, reincorporación laboral y comunicación con los compañeros, características de las habitaciones hospitalarias, información al menor, actuación ante el mal comunicador generador de maleficencia, etc.



A la izqda., el Dr. García Grimaldo, el día de la presentación del Congreso

En el VII Curso de Ecocardiografía Fetal del Hospital Universitario “12 de Octubre” de Madrid

Premian al servicio de Ginecología del Área Integrada de Almansa por la presentación de dos casos clínicos

HAN RECIBIDO EL SEGUNDO Y QUINTO PREMIO POR SUS TRABAJOS SOBRE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DETECTADAS EN VIDA FETAL MEDIANTE ECOGRAFÍA PRENATAL

Dos profesionales del servicio de Obstetricia y Ginecología del Área Integrada de Almansa han recibido el segundo y quinto premio al mejor caso clínico de cardiopatía congénita detectada en vida fetal, por sus trabajos presentados en el VII Curso de Ecocardiografía Fetal del Hospital “12 de Octubre” de Madrid.

Ana Fuentes Rozalén, facultativo del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Almansa, ha obtenido el segundo puesto en la votación al mejor caso clínico por su trabajo “Anomalía de Ebstein”. Según la doctora Fuentes, “esta patología consiste en una inserción anómala de la válvula tricúspide, es decir, la válvula del corazón que separa la aurícula de-

recha del ventrículo derecho”.

Por su parte, Rosa Soler García, jefa de servicio de Ginecología y Obstetricia de este hospital, ha conseguido el quinto premio con la exposición de “Doble salida del ventrículo derecho”. Dicho caso clínico versaba sobre la alteración de la salida de los vasos del corazón, que según la doctora Soler, consiste en que “tanto la arteria aorta como la arteria pulmonar salen del mismo ventrículo, del derecho; cuando lo normal es que la arteria aorta salga del ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar salga del derecho”.

El Curso de Ecocardiografía Fetal del Hospital 12 de Octubre de Madrid, que ya va por su séptima edición, incorporaba este año una nueva sección en la que los participantes podían presentar casos clínicos de cardiopatías congénitas detectadas en vida fetal en sus hospitales mediante ecografía prenatal.

Tras preselección, los casos eran sometidos a una votación del Comité de Expertos de la Unidad de Medicina Fetal del Hospital “12 de Octubre”, y en el caso de ser seleccionados tenían la oportunidad de presentarlos en dicho curso, donde eran votados por los especialistas.



Nuevas decisiones de la Junta de Gobierno para mejorar la gestión de la institución

EN LOS POCOS MESES QUE LLEVAN DIRIGIENDO LA CASA DE CASI 2.000 FACULTATIVOS, LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA ELEGIDA TRAS LAS ELECCIONES DEL 30 DE SEPTIEMBRE HA COMENZADO A TOMAR MEDIDAS ENCAMINADAS A UNA MEJOR GESTIÓN

Han aprobado la disminución del gasto en los teléfonos fijos y móviles que se usan con cargo a la institución colegial. Dentro de esta política de ahorro, pero sin restar calidad a los servicios que se prestan, han acordado bajar la cantidad que los directivos cobran por dietas en desplazamientos. Han subido la cuota del socorro de fallecimiento, de 25 a 27 euros, pero mejorando la cantidad que en caso de muerte percibe la familia del fallecido, sobre todo cuando se trata de médicos jóvenes. Así, hasta los 45 años, en caso de fallecimiento la cantidad se eleva de 3.000 a 12.000 euros. De 45 a 54 años, se incrementa de 3.000 a 6.000 euros, y a partir de 55 años, la prima se deja en 3.000 euros.

La dotación en formación y proyectos de estudio se ha incrementado de 24.000 a 30.000 euros, lo que supone un aumento de 6.000 euros.

La Junta Directiva está estudiando ver de que forma jurídica se puede bajar la cuota de colegiación, con el fin de beneficiar a todos los colegiados en época de crisis.

Otra de las propuestas aprobadas por la

Junta Directiva es que se les pague a los residentes de primer año el seguro de responsabilidad civil de AMA en el primer año de su ejercicio profesional.

Está pendiente también una reunión con el presidente de AMA, Diego Murillo, para negociar una bajada en el precio del alquiler de las zonas comunes con esta aseguradora sanitaria.

A propuesta del Vocal de Jubilados, en breves fechas se podrán consultar en la sede colegial varios periódicos, locales y nacionales, que formarán parte de un quiosco de prensa que se ha previsto se cree en el Colegio para su uso por parte de los colegiados que así lo deseen.

Por otro lado, la Junta decidió destinar el dinero que se reservaba para regalar botellas de vino en Navidades a los médicos jubilados, al Banco de Alimentos y de esta forma participar en una campaña solidaria que recogió dinero y alimentos para las familias albaceteñas más necesitadas. En concreto, el Colegio entregó 1.000 euros a esta noble y solidaria causa.



Imágenes de la primera Asamblea celebrada por la nueva Junta de Gobierno

PROYECTO PRESUPUESTO DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALBACETE

EJERCICIO 2014

INGRESOS

	<u>EUROS</u>
CUOTAS COLEGIALES	340.000'00
CUOTAS ENTRADAS NUEVOS COLEGIADOS	6.750'00
VENTA DE CERTIFICADOS (1.ª y 3.ª clase).....	18.000'00
INGRESOS DIVERSOS	22.000'00
INGRESOS FINANCIEROS	2.000'00
	<hr/>
TOTAL INGRESOS PREVISTOS	388.750'00

GASTOS

	<u>EUROS</u>
COMPRAS DE CERTIFICADOS (1.ª y 3.ª clase)	6.750'00
COMPRAS DE OTROS APROVISIONAMIENTOS	6.000'00
(comprende desde compra material de oficina hasta el agua del expendedor)	
ARRENDAMIENTOS	15.000'00
(de la parte del local que se le tiene alquilada a A.M.A.)	
REPARACIONES Y CONSERVACION	6.000'00
(comprende la limpieza del local y las pequeñas reparaciones que puedan producirse y los mantenimientos de ascensor, etc.)	
SERVICIO PROFESIONALES INDEPENDIENTES	39.140'00
(aquí tenemos la asesoría externa, tanto en su cuota mensual, como por las declaraciones IRPF de los colegiados. También entraría el pago a la periodista por la revista y la página WEB del Colegio)	
PRIMAS DE SEGUROS	2.400'00
(seguros diversos tanto de la Junta Directiva, local, etc.)	
SERVICIOS BANCARIOS	600'00
(por los gastos de emisión de recibos y otros servicios que prestan las entidades financieras)	
SUMINISTROS.....	6.000'00
(comprende gastos de teléfono, electricidad, agua, basura, etc.)	
FORMACION Y PROYECTOS DE ESTUDIO	30.000'00
(posibles ayudas para la realización de cursos, becas, etc.)	
PARTICIPACION CONSEJO GENERAL EN CUOTAS	34.000'00
PARTICIPACION CONSEJO AUTONOMICO EN CUOTAS	8.500'00
GASTOS VARIOS NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	14.000'00
(cajón para gastos varios como pueden ser correo, comunidad, otros tributos, revista, etc.)	
IMPUESTOS	7.000'00
(impuesto por la parte de beneficios que se declara en modelo 200 del Impuesto sobre Sociedades)	
GASTOS DE DESPLAZAMIENTO Y REPRESENTACION	12.000'00
(gastos para la asistencia a Congresos y diferentes reuniones de miembros de la Junta Directiva)	
OTROS TRIBUTOS	15.000'00
SUELDOS Y SALARIOS	66.500'00
SEGURIDAD SOCIAL	17.800'00
AMORTIZACIONES	52.000'00
(amortización de las instalaciones del Colegio, ordenadores, 3% de la edificación, etc.)	
	<hr/>
TOTAL GASTOS PREVISTOS	338.690'00

TOTAL SUPERAVIT PREVISTO	50.060'00
--------------------------------	-----------

Un equipo del Laboratorio de Oncología Molecular de Albacete, descubre que la autofagia es el nuevo mecanismo de resistencia al fluorouracilo

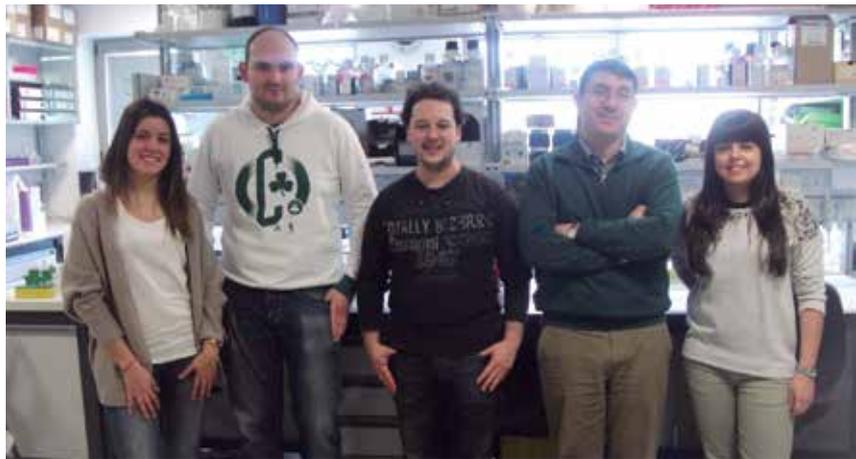
SU TRABAJO, PUBLICADO EN "ONCOGENE", LOGRA EL PREMIO DE INVESTIGACIÓN DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Consiguió el premio del Colegio Oficial de Médicos al mejor trabajo de investigación clínica desarrollado en Albacete y publicado en una revista científica en el año 2012, en la XIX edición de los galardones del Área Integrada de Albacete. Lo realizaron miembros del Laboratorio de Oncología Molecular del Centro Regional de Investigaciones Biomédicas de Castilla-La Mancha, con sede en la Facultad de Medicina de Albacete, y se publicó en una de las más prestigiosas revistas de investigación en cáncer, la revista científica 'Oncogene', publicación situada en el primer 'cuartil' del ranking del Instituto de Información Científica.

El trabajo premiado, titulado "P38MAPK is major determinant of the balance between apoptosis and autophagy triggered by 5- fluorouracil: implication in resistance", lo encabeza el investigador nacido en Villarrobledo, Miguel Ángel de la Cruz, y lo avala su director de tesis, Ricardo Sánchez Prieto, con quien hemos podido hablar ya que Miguel Ángel de la Cruz se encuentra actualmente trabajando en Francia, en la Universidad de Llimoges. Pero, hay más laureados. Los científicos María de Los Llanos Valero, Juan L. Callejas Valera, Laura Arias González, Pedro Melgar Rojas, Eva M. Galán Moya, Elena García Gil y Jesús García Cano, que en el momento de iniciar la investigación, hace ahora aproximadamente cuatro años, eran parte importante del laboratorio de Oncología Molecular, que dirige el doctor Sánchez Prieto.

Este equipo ha estudiado un fármaco que se llama fluorouracilo, principio activo que se usa en el tratamiento del cáncer de colon, concretamente se ha centrado en el papel que desempeña una proteína, la p38MAPK, en la respuesta a este fármaco. «Hemos descubierto que la autofagia es el nuevo mecanismo de resistencia al fármaco», explica Sánchez Prieto.

Ricardo Sánchez comenta que el fluorouracilo se utiliza mucho en quimio, inhibiendo la síntesis de timidina. "Tú dejas a la célula sin timidina y se muere". Ya en la década de los cincuenta, científicos observaron que los tumores tenían un ratio de



Miembros del laboratorio premiado

un compuesto para la síntesis de ADN muy elevado. "Diseñaron un análogo que bloquea una de las encimas necesarias para la síntesis de timidina. Si una célula no tiene timidina, no puede replicar su ADN y se muere. La selectividad de este fármaco viene dada por el hecho de que la célula tumoral va más rápida y necesita más timidina para replicar más rápido y copiar la cadena de ADN". Hasta ahora se ha demostrado que la proteína P 53 determinaba la resistencia a este fármaco en el cual el fluorouracilo iba a ejercer el efecto tóxico. Cuando el fármaco tenía p53 mutada, no podía ejercer el efecto tóxico y no se moría.

Continúa Sánchez Prieto relatando que han investigado una de las proteínas que controlan el P53 y "nos hemos dado cuenta de que cuando esa proteína de señalización, p38 MAPk, no se activa en respuesta a este fármaco, se bloquea, las células no van a desarrollar el proceso de muerte celular de apoptosis, sino la autofagia", un proceso por el cual la célula recicla sus propios componentes. "No está pensada para responder a quimioterápicos pero este es un proceso biológico que está pensado para que cuando la célula se queda sin nutrientes, sea muy eficiente en el reciclado de los componentes".

"Vimos que cuando teníamos células sensibles al fármaco, e inhibíamos la p38MAPK, bien qui-

micamente o bien genéticamente, las células no se morían y entraban en el proceso de autofagia. Este es un mecanismo de resistencia al fármaco. La célula se niega a coger nada de fuera, y lo que hace es que se come a sí misma”.

En un futuro, si mantienes este proceso durante tiempo, al final la célula se muere pero tarda mucho más y durante ese tiempo, se pueden generar clones resistentes al fármaco. El fluorouracilo dispara una señal de muerte, y las células, bloqueando determinadas proteínas son capaces de evitar y entrar en autofagia, esto hace que le dé un tiempo extra frente al fármaco. Al final la célula se va a morir, pero si durante ese tiempo se produce una retirada del fármaco, la célula volverá a crecer. Esto no es eterno. La célula no puede estar continuamente reciclando su comida, porque al final se mueren.

En la práctica clínica diaria, sería muy interesante utilizar estos marcadores que a nivel de cultivos han encontrado sobre biopsia de pacientes, intentando predecir la respuesta. “Si tengo dos biopsias, con el mismo tipo cáncer de colon, pero genéticamente determino que un tumor tiene P38 y otro no, no tendría sentido dar fluorouracilo a uno u otro, porque ya sabemos que a uno le va a funcionar y a otro no. Se ha intentado con p53 y ya hay estudios que dicen que P53 puede condicionar la respuesta al fármaco pero dicen que hay muchos casos donde aparentemente está bien, pero lo que controla a p53 no se ha mirado. “Nuestra investigación cubre esos casos donde aparentemente todo está bien, pero el controlador que va a ejecutar esa muerte celular está mal”.

LÍNEAS A SEGUIR

La idea de este equipo es, en un futuro, seguir investigando en resistencia a fármacos, con otros antitumorales como compuestos de platino. “Estamos investigando el tirón terapéutico que puede suponer la autofagia. En genética, existe la ‘Letalidad sintética’: si te fallan dos genes, te mueres. Cuando tú das un anti-tumoral, tiene un poder de muerte celular. Pero ocurre que las células alteran ese programa de muerte celular y se trata de utilizar otro, como el de autofagia, para acabar con esa célula”.

Se está viendo que la autofagia, en etapas tempranas de cáncer, es un mecanismo de supresión tumoral, pero cuando ya han escapado del pase

inicial, se convierte en un mecanismo de supervivencia. “Esto se ve muy bien en la metástasis. La autofagia es una espada de doble filo, un mecanismo de muerte o de supervivencia. Ahora estamos con esa pregunta”. Pero, de qué depende el que sea uno u otro mecanismo. El director del Laboratorio de Oncología Molecular replica que depende del fármaco: “hay fármacos que de forma accidental, esto es, la mayoría de los quimioterápicos convencionales, tienen programas que matan a las células por un determinado mecanismo. Por ejemplo, el cisplatino mata por apoptosis. Pues, ahora vamos a potenciar ese mecanismo de muerte en nuestras células y en las que no, vamos a buscar otro mecanismo de muerte. Se trata de explotar en cada caso qué mecanismo de muerte celular podemos usar. Esto es válido para cualquier quimioterápico”. En definitiva, y traducido a la práctica clínica, evitarle al paciente un tratamiento, con graves efectos secundarios, que no va a funcionar. “Caminamos así hacia un tratamiento más personalizado. Se ahorraría tiempo para el paciente, efectos secundarios y costes para el sistema sanitario”.

PREMIO DONADO A LA FUNDACIÓN LETICIA CASTILLEJOS

Los 1.000 euros de los que está dotado el premio han ido a parar íntegramente a la Fundación privada que más ha apoyado a esta laboratorio albaceteño en la investigación: Leticia Castillejos, en Cuenca. “Se decidió así porque es de justicia, porque sus fundadores, Adolfo y Rosa, llevan apoyando el trabajo del laboratorio desde que llegamos”. El matrimonio, nos cuenta Ricardo, sufrió la muerte de su hija con 18 años por cáncer y, en vez de hundirse, decidieron que tenían que hacer algo, y sabían que había que investigar era la solución. Sólo pedían que fuera en Castilla La Mancha. Buscaron grupos por la región y “le referenciaron el nuestro. En 2004 yo les conté lo que queríamos hacer, en lo que trabajábamos. Desde entonces, nos vienen apoyando económicamente”, una ayuda que ha sido siempre fundamental para mantener el la-



Foto de familia de los premiados en la XIX edición

boratorio abierto en los últimos cinco años. “No hay muchos Adolfo y Rosas; a nivel privado, poco, y lo poco que hay no se gestiona bien, porque no tienen la visión de futuro que se necesita. Si quieres que en esta provincia se investigue bien y de calidad, tienes que empezar sembrando y la gente quiere resultados inmediatos. Los resultados no son inmediatos, en investigación. Y también se necesita que la investigación se haga aquí, no fuera ni que la gente participe de forma aislada. A largo plazo, si quieres tener un tejido investigador, tienes que sembrar”, asegura Sánchez Prieto.

Este experto, que vino a Albacete desde el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, sólo tiene elogios para los padres de Leticia. “Es una familia muy honesta, muy honrada, que trabaja mucho y que saca sus fondos. No se va un solo euro a lo que no sea la tarea de investigación. No hacen fastos para autopromoción. Todo lo que se saca, va para el proyecto de investigación”. Por todos estos motivos, el equipo premiado decidió “que moralmente teníamos que darle la dotación económica a la fundación conquense”.

También a nivel público, las ayudas a la investigación han descendido considerablemente. Se ha pasado “de una opulencia total en la anterior legislatura a una situación de cero” y, como sabiamente añade el director del Laboratorio del CRIB, “en el término medio está la virtud”. Actualmente, hasta 2015, cuentan con financiación de proyectos nacionales y europeos. Pero, echan de menos los fondos regionales porque “es lo que te permite ser competitivo a nivel nacional e internacional”.

ENTREGA DE GALARDONES

Los siete galardones correspondientes a la XIX edición de los Premios de Investigación del Área Integrada de Albacete se entregaron el pasado 20 de diciembre de 2013, en un acto celebrado en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la

UCLM. El jurado estuvo integrado por profesionales de reconocido prestigio del territorio nacional, exceptuando Castilla-La Mancha.

Además del premio concedido por el Colegio de Médicos, hubo otras entidades y asociaciones que hicieron entrega de sus galardones. Así, la Sociedad de Medicina y Cirugía de Albacete entregó a Pedro Antonio Sánchez Ayaso, del servicio de Neurología, el premio al mejor trabajo sobre casos clínicos por su artículo: Ictus embólico de circulación anterior secundario a una oclusión trombótica del tronco braquiocefálico: utilidad del estudio neurosonológico.

Por su parte, la Asociación Médica para la Investigación y la Docencia (AMIDA), concedió a María José García Antel, MIR del servicio de Neurología, el premio al mejor trabajo de investigación para personal en formación, por su artículo: Relevance of basilar artery study in patients with subclavian steal phenomenon.

El Laboratorio Grifols hizo entrega del galardón al mejor trabajo de investigación clínica o translacional, a Almudena Ruiz García, del área de Bioquímica y Biología Molecular de la UCLM, por su artículo: Cooperation of adenosine with macrophage toll-4 receptor agonists leads to increased glycolytic flux through the enhanced expresión of PFKFB3 gene.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Albacete premió a Francisco García Sevilla, del Departamento de Química Física, Escuela de Ingenieros Industriales, como mejor trabajo de investigación, por su artículo: A computer application to simulate the kinetics of any enzyme system.

En el ámbito de la Enfermería, el Colegio Oficial de Enfermería de Albacete concedió el premio al mejor trabajo de investigación a Eduardo Candel Parra, de la Facultad de Enfermería de la UCLM, por su artículo: Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la incontinencia funcional sobrevenida en ancianos que sufren fractura de cadera. Ensayo clínico aleatorio.

Además, también laureó a Pilar Córcoles Jiménez, de la Unidad de Docencia y Gestión de la Investigación del Área Integrada de Albacete, con el premio al mejor trabajo de investigación, por su artículo: Características de la fractura de cadera y posterior recuperación en pacientes mayores de 65 años con historia de caídas recurrentes.

Se presentaron un total de 102 trabajos publicados en revistas científicas y desarrollados en centros de Castilla-La Mancha.



Ricardo Sánchez recibe el premio de manos del Presidente del Colegio

Declaración de la OMC acerca de las terapias no convencionales

LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC), CELEBRADA EL 14 DE DICIEMBRE PASADO EN GRANADA, APROBÓ UNA DECLARACIÓN ACERCA DE LAS TERAPIAS NO CONVENCIONALES, PROPUESTA POR LA COMISIÓN PERMANENTE DE LA CORPORACIÓN ANTE LA PUBLICACIÓN DEL BORRADOR DE LA ORDEN DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD PARA REGULAR LOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS.

El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico aplicado, en la destreza técnica y en actitudes y comportamientos éticos, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.

Es un acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos (Art. 7.1 Código de Deontología Médica, CDM).

Todos los médicos están obligados por las normas del Código de Deontología Médica a emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente (Art. 26.1 CDM).

Todos los médicos deben tener presente que no son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida (Art. 26.2 CDM).

No forman parte del acto médico aquellas acciones u omisiones que, al margen del ejercicio de la medicina, un ciudadano con la condición de licenciado o especialista en medicina pueda realizar en relación a sus convicciones, creencias, tendencias, ideología o cualquier otra circunstancia. Todo médico dentro de una consulta médica en el caso de lo practicado sobre un paciente debe someterse a las normas de práctica clínica, basadas en el método científico, la adecuada relación médico - paciente y con arreglo a la deontología profesional.

Cada una de las técnicas y terapias no convencionales deberá demostrar / avalar científicamente su eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y seguridad para que puedan ser reconocidas por la comunidad médica. No se puede supeditar el otorgamiento de una autorización administrativa, para el ejercicio de las diversas técnicas y terapias no convencionales, a la posesión de una titulación académica específica, en tanto no se establezca tal exigencia en una norma legal de suficiente rango (Sentencia de la Sala tercera, del Tribunal Supremo, de 18-11-2002).

En tanto las denominadas técnicas y terapias no convencionales no hayan conseguido dotarse de una base científica suficiente, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes de forma clara e inteligible, con rigor y minuciosidad, tanto del posible beneficio y riesgo que las mismas conllevan como de las alternativas terapéuticas existentes y fundamentadas científicamente así como de la eventualidad de un mal resultado (Art. 16.1- 16.2 CDM) (Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía y derecho a la información de los pacientes).

Hay múltiples actividades que benefician y determinan directa o indirectamente el estado de bienestar y hasta la salud de los ciudadanos, que no son realizadas por médicos ni siquiera por profesionales sanitarios y por el contrario es aconsejable su difusión y concienciación, mediante la educación sanitaria y educación para la salud a la población general.

La responsabilidad de las Administraciones debe estar fundamentada en la necesaria regulación de estas técnicas y terapias no convencionales así como en las repercusiones sobre el uso y la aplicación de estas prácticas en el ámbito de la salud pública, los riesgos derivados de su mala utilización o utilización inadecuada, y la regulación y observancia de los centros donde debe aplicarse e identificar a quienes lo hacen, como lo hacen y la veracidad de la publicidad al respecto (RD 1277/2003 - Art. 18 del CDM).

Dimite el gerente del Área de Sanidad de Albacete por motivos “personales”

Asumió el cargo en agosto y sustituyó a José Luis de Sancho, que también dimitió

El gerente del Área Integrada de Sanidad en Albacete, Ángel Gómez Roig, presentó el pasado 10 de febrero su dimisión en este cargo, que asumió el pasado mes de agosto, esgrimiendo “motivos personales y profesionales”, según informó el Sescam en un comunicado.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha precisó que el Diario Oficial de Castilla-La Mancha ha publicado la convocatoria de la plaza que deja Gómez Roig, destacando de él la “entrega y profesionalidad” con la que el gerente ha desarrollado su labor.

En este sentido, el comunicado subraya que durante la dirección de Ángel Gómez Roig el Hospital Universitario de Albacete ha reducido en 1.868 pacientes la lista de espera quirúrgica.

Según los datos registrados a fecha 31 de diciembre, hay 11.642 personas en lista de espera frente a las 13.510 que había en noviembre, lo que se traduce en un descenso de un 13 por ciento.

Asimismo, durante su dirección ha consolidado la unificación de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada en Área Integrada, un modelo que favorece el trabajo en equipo de los profesionales y evita duplicidades de pruebas y prescripción de fármacos.

Durante estos meses la Gerencia de Atención Integrada de Albacete también ha apostado por la mejora en la atención continuada para los pacientes crónicos y en un nuevo plan para los servicios.

El comunicado de prensa avanza la inminente inauguración de un nuevo quirófano en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete así como la culminación de las obras que han reformado el Centro de Salud Zona 5.

Con la convocatoria pública de la nueva plaza de gerente del Área Integrada de Albacete el Sescam continúa con su apuesta “de profesionalizar al máximo la gestión sanitaria con la máxima transparencia y rigor”.

No es este el primer responsable sanitario de la provincia que dimite, tras ostentar el PP la presidencia de la Junta de Castilla-La Mancha. Primero fue el responsable del Hospital de Hellín, José Luis Sánchez, que oficialmente presentó la dimisión tras el escándalo originado por la operación de su madre, afincada en Barcelona, con un equipo médico desplazado ex pro-

feso desde Albacete. Y, acto seguido, Ignacio Tárraga Rodríguez, gerente de Villarrobledo. En el ámbito hospitalario, el 14 de octubre de 2011 asumió la dirección el nefrólogo José Luis de Sancho. Su dimisión o cese se produjo dos años después. Desde agosto de 2013 la dirección de todo el Área sanitaria de Albacete la ostentaba Ángel Gómez. El 10 de febrero de 2013, cinco meses y medio después de gestionar la política sanitaria de la provincia, abandonó el barco.

QUÉ DIJO EL CONSEJERO ECHÁNIZ SOBRE ESTA DECISIÓN

El consejero de Sanidad, José Ignacio Echániz, subrayó al día siguiente de conocerse la noticia que la dimisión del gerente del Área Sanitaria de Albacete entra dentro de la normalidad “porque en el Servicio de Salud hay más de doscientos directivos y que uno de ellos haya sido fichado por una entidad y que traslade su domicilio a Cataluña donde, por otra parte, están estudiando sus hijos, pues parece una cosa muy razonable”. Según explicó Echániz, las estructuras sanitarias no son estáticas sino dinámicas. “La gente llega y se va cuando tiene necesidades vitales, como les pasa a ustedes (refiriéndose a los periodistas que estaban en la rueda de prensa donde hizo estas declaraciones), como nos pasa a nosotros, y como les pasará, posiblemente, a los miembros del Partido Socialista de Albacete. Por tanto, ningún comentario, ha sido algo normal y seguiremos cambiando gerentes en el futuro”.

En ese sentido, el consejero aseguró que no renuncia a hacer más cambios en el sistema en lo que resta de Legislatura. “Lo haré cada vez que sea necesario y cuando me encuentre a una persona que pueda mejorar su ámbito laboral o que consiga más calidad de vida junto con su familia, yo no tengo nada que decir”. Sobre el próximo director anunció que están buscando al mejor gerente posible para esta nueva etapa en Albacete. “Seguro que lo encontraremos y que la persona que se haga cargo a partir de ahora del Hospital de Albacete seguro que será también sensacional como lo ha sido la persona que ahora ha decidido tener otra trayectoria profesional”.

Antonio Naharro, nuevo gerente del Área Integrada de Albacete

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha publicó en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha del pasado 26 de febrero, el nombramiento de Antonio Manuel Naharro Máñez como nuevo gerente del Área Integrada de Albacete.

Este nombramiento, que se enmarca dentro del proceso de profesionalización de los equipos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, se ha llevado a cabo tras valorar los currículums, perfiles profesionales y entrevistas personales de los siete candidatos que se han presentado a este puesto directivo.

La convocatoria pública para la provisión de puestos de personal directivo de las instituciones sanitarias del Sescam pone de manifiesto el compromiso de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y del Gobierno regional por hacer las cosas con total transparencia, según informa el Sescam en un comunicado.

Antonio María Naharro Máñez ocupaba hasta ahora el puesto de médico del Cuerpo Superior de Sanitarios Locales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha con plaza en Alcaozo (Albacete).

Entre las características personales de Antonio Manuel Naharro cabe destacar su compromiso, su gran capacidad de trabajo, y su responsabilidad, así como su gran capacidad de iniciativa, de análisis y de organización.



CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES

Nació en Peñas de San Pedro (Albacete) el pasado 4 de junio de 1959.

TITULACIÓN ACADÉMICA

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia (1985).

Grado de Licenciado Universidad de Murcia (1985).

Programa de Doctorado. Universidad Autónoma de Madrid (1993).

SITUACIÓN LABORAL

Funcionario de carrera del Cuerpo Superior de Sanitarios Locales de Castilla-La Mancha con destino de médico de equipo de Atención Primaria (EAP) en el Centro de Salud de Alcaozo (Albacete) desde el 1 de marzo de 1991.

Médico de cabecera en varias localidades, periodos y plazas del antiguo INSALUD y del Ministerio de Sanidad (1985-1991).

Médico forense del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses en 1988.

Médico militar de plaza durante seis meses en el año 1989.

Coordinador del EAP de Alcaozo desde 1995.

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FORMATIVAS Y CIENTÍFICAS

Desde 1985 ha participado en numerosos cursos (aproximadamente 2.000 horas acreditadas), tanto como asistente como docente, así como en estudios de investigación.

Ha publicado varios artículos en revistas profesionales.

PARTICIPACIÓN EN INSTITUCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

A lo largo de su vida profesional, ha participado, en distintos periodos, como coordinador EAP en la constitución de Consejo de Salud de Zona; representante de médicos titulares, vocal de médicos titulares en el Colegio Oficial de Médicos de Albacete; secretario de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio de Médicos; así como representante sindical y presidente de la Junta de Personal de Sanidad.

Actualmente, en representación del Colegio de Médicos de Albacete, es miembro del Consejo de Salud de Área.

Asamblea General OMC

Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial (OMC) ha aprobado hoy, sábado 15 de febrero 2014, una declaración institucional sobre el Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada en la que expresa una serie de propuestas al texto aprobado por el Gobierno.

La Asamblea General de la OMC, en la que participan la Comisión Permanente de la OMC, los 52 presidentes de colegios de médicos de España y los 9 representantes de las vocalías nacionales, ha aprobado esta declaración tras el análisis del informe de la Comisión Central de Deontología y del Servicio Jurídico de la corporación.

Texto de la Declaración:

INTRODUCCION

1. El Código de Deontología Médica en su art. 51.1 expresa que:

“El ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. El médico está obligado, en cualquiera de sus actuaciones, a salvaguardar la dignidad e integridad de las personas bajo sus cuidados”.

Sin desvincularse de este principio deontológico contra la interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E), es preciso reconocer la existencia de graves situaciones que se presentan y que demandan ponderar valores en conflicto entre la mujer y el concebido.

2. El anteproyecto de Ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada consi-

dera legal la I.V.E en dos supuestos:

a) Cuando exista un grave peligro para la vida o salud física y psíquica de la mujer.

b) Cuando el embarazo es consecuencia de una violación previamente denunciada.

3. Se elimina del anteproyecto de Ley los plazos y el supuesto de enfermedad o anomalía fetal incompatible con la vida incluido en la Ley vigente. Por tanto ninguna gestante con un feto con alteraciones graves puede interrumpir su embarazo aunque podría hacerlo, si se considera que la malformación o enfermedad grave del feto, certificada por el especialista correspondiente, supone un “grave peligro para su salud psíquica”, que debe ser certificado por dos psiquiatras sin relación con el centro que va a practicar la I.V.E.

4. El anteproyecto de Ley en la objeción de conciencia del médico reconoce “el derecho de los profesionales sanitarios... a abstenerse, por razones de conciencia, de participar o colaborar en la I.V.E...”. El “colaborar” puede interpretarse como poder objetar a cualquier tipo de información ante la petición de la gestante de su voluntad de abortar, con las consiguientes molestias, retrasos y dificultades especialmente en situaciones y lugares con una sola opción, la de su médico de cabecera.

El art. 55.3 del CDM manifiesta que:

El médico debe proporcionar a la mujer gestante la información adecuada, fidedigna y completa sobre la evolución del embarazo y el desarrollo fetal. No es conforme a la ética médica negar, ocultar o manipular

información para influir en la decisión de la madre sobre la continuidad de su embarazo.

5. La reciente entrada en vigor de la transposición de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la Asistencia Sanitaria Transfronteriza permitirá que cualquier ciudadana española que desee interrumpir el embarazo en los plazos que establecen los respectivos países de la UE, salvo Irlanda y Malta, pueda hacerlo donde desee asumiendo los costes que eso conlleva, en el caso de no estar financiada dicha prestación por el SNS español.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. Los poderes públicos son responsables de conciliar sensibilidades diferentes, dentro de los principios constitucionales y bajo la tutela de los Derechos Humanos, dando soluciones a través de leyes lo más consensuadas posibles, sobre todo en aspectos fundamentales que inciden directamente en el capítulo de los derechos y las libertades.

2. La mujer que por distintas circunstancias decide interrumpir voluntariamente su embarazo no ha de ser considerada ni definida de antemano como una enferma mental. La responsabilidad de certificar un “grave peligro para su salud psíquica”, salvo en el supuesto de existencia previa de patología psiquiátrica grave, realizado por dos médicos como condición para poder interrumpir el embarazo en los plazos previstos queda en manos del criterio de cada profesional. No es aceptable que una decisión tan importante quede en manos de terceros.

3. No obstante, el CGCOM es consciente de la inequidad que puede derivarse en materia de I.V.E por la trasposición de la directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza.

4. Es necesaria la despenalización de la I.V.E. en el supuesto de malformación gra-

ve o enfermedad incompatible con la vida del feto en equilibrio con lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificado por España en 2008.

5. Introducir en la Ley en cuanto a la menor de 16 y 17 años que solicita una I.V.E. que al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores debe ser informado de la decisión de la mujer. Se podrá obviar esta información cuando alegue fundadamente (certificado por los servicios sociales) que provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

6. Es necesario promocionar y favorecer activamente políticas específicas y de apoyo económico a la maternidad responsable y especialmente a las familias con hijos con minusvalías y necesidades de cuidados específicos.

7. Es preciso contemplar la educación sexual y reproductiva decidida, especialmente entre los jóvenes, con especial atención a las relaciones sexuales de riesgo, la prevención del embarazo no deseado, el conocimiento de los métodos anticonceptivos el acceso gratuito a la píldora anticonceptiva de emergencia en los centros de salud y centros de orientación familiar.

8. En el apartado de quién puede realizar la I.V.E. se dice que “La I.V.E. debe ser realizado por un médico o bajo su dirección... Se debería añadir “por personal sanitario cualificado para ello”.

9. La objeción de conciencia del médico sobre la I.V.E. se puede admitir en acciones directas y no debe incluir actuaciones indirectas. Por tanto se debería eliminar la expresión “colaborar”, dejando “abstenerse, por razones de conciencia, de participar en la interrupción voluntaria del embarazo...”.



Conocer el Código Deontológico (VI)

Por la Dra. María Victoria Uroz Martínez, miembro de la Comisión de Deontología Médica del COMAB

Artículo 13 del Código Deontológico

1.- Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.

2.- El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.

3.- El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento.

4.- El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.



El artículo 13 del Código Deontológico aborda el consentimiento tomado por representación en los enfermos con capacidad limitada, y las decisiones que ha de tomar el médico en casos en los que existe un riesgo inmediato grave y no sea posible consultar a familiares o personas vinculadas al enfermo.

La Ley 41/2002 en el artículo 4.3 se refiere al médico responsable del paciente como garante del cumplimiento de su derecho a la información y en el artículo 5.3 dice: *“cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.”* Así pues, la evaluación de la capacidad del paciente para que pueda efectuar su consentimiento tras recibir la información pertinente puede y debe llevarla a cabo el médico que establece la relación asistencial. La legislación no precisa pruebas o cuestionarios concretos que deban realizarse para evaluar dicha capacidad. Por lo tanto, en principio cualquier médico que establece una relación médico - paciente es competente para poder evaluar la capacidad del paciente respecto al consentimiento informado.

Aún en el caso de las personas incapacitadas legalmente, debemos procurar que éstas participen en el consentimiento del tipo de intervención o tratamiento, de forma verbal, dado que la relación médico - paciente debe extremarse también con estos pacientes. El consentimiento no obstante, en este caso, lo deberá otorgar el tutor legal que le representa por sentencia judicial. Salvo en las situaciones que la Ley determina que el consentimiento sea escrito y firmado o que el propio médico lo considere oportuno, el consentimiento debe ser verbal (Ley 41/2002, art. 8.2) y siempre debe quedar referido en la historia clínica un breve comentario de la decisión tomada de acuerdo con el representante legal o los familiares que le acompañan.

En el apartado 3 de este artículo se recoge la situación de urgencia vital, en la que el médico no puede perder tiempo y es el que toma las decisiones pertinentes según la *lex artis* para diagnosticar

y tratar el estado patológico del paciente. Son situaciones que se plantean en la atención en urgencias de un hospital cuando, por ejemplo, ingresa un paciente inconsciente sin familiares ni acompañantes. Se trata de una excepción a la obligación del consentimiento informado, donde no puede tomarse ni del enfermo ni de nadie por representación, situación que aparece recogida en el artículo 9.3 de la Ley 41/2002.

Por último, se incluye en este artículo 13 la actitud que debe mostrar el médico ante el paciente psiquiátrico: debe procurar no estigmatizarlo o separarlo de la sociedad, y, por ello, debe intentar que los ingresos o institucionalizaciones sean transitorios y el mínimo tiempo posible. Sin embargo, en muchas situaciones no es posible que el paciente psiquiátrico viva de forma autónoma en su hogar, debido a la propia patología del paciente y/o sus circunstancias sociales y de su familia concreta. En esos casos, el recurso residencial o en pisos tutelados es la mejor o, incluso, la única alternativa.

Un aspecto relacionado con este artículo es el hecho de que el médico descubra una situación de enfermedad crónica o trastorno persistente que suponga un menoscabo en la capacidad de obrar del paciente. El facultativo siempre procurará promover la autonomía del paciente, pero en caso de que sospeche o tenga evidencias de que éste no sea capaz de autogobernarse a sí mismo o a sus bienes sin riesgo para su vida o salud, tendrá que ponerse en comunicación con su familia o personas cercanas para recabar más información sobre estas circunstancias. Si la situación pudiera ser susceptible de una incapacitación parcial (curatela) o total, y no hay ningún familiar u otros profesionales que promuevan este procedimiento, el médico está obligado por la Ley de Enjuiciamiento Civil a comunicar a la Fiscalía Provincial esta situación de desamparo.

Para consultar dudas o cuestiones de interés a la Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Albacete, pueden hacerlo a través del correo electrónico:

comalbacete@comalbacete.org

Médicos de Albacete trabajando en Suecia

“La adaptación no es fácil. El tiempo hasta que tu rendimiento es similar al de un especialista sueco depende de cada uno, pero no tienen prisa y hace que no sientas mucha presión”

Mercedes López Molina y Jorge V. Sotoca Fernández son dos jóvenes médicos especialistas en Oftalmología y Pediatría respectivamente que desde febrero de 2013 trabajan en un hospital público en Suecia. Desplazarse a este país nórdico y fijar su residencia en Eskilstuna, Mälarsjukhuset, no fue nada fácil. Les atraía la experiencia pero no encontraban el momento oportuno hasta que “la inestabilidad laboral y el nacimiento de su hija, Silvia”, les animó a tomar la decisión. “Fue el empujón que necesitábamos y quizás el designio del destino”, aseguran. Eligieron Suecia por encima de otros destinos porque “el sistema sanitario es público y por las ayudas a las familias que ofrecen”. Trabajan ejerciendo sus especialidades y, en la actualidad, junto con otros muchos especialistas extranjeros, y no se plantean regresar a España. Sin embargo, son sinceros cuando afirman que la adaptación no es fácil: “el idioma al principio cuesta mucho, se echa de menos España y pasa un tiempo hasta que uno se acostumbra”. Ambos estudiaron en la Facultad de Medicina de Albacete. Jorge es de la primera promoción y Mercedes de la segunda. Tras hacer el MIR, se especializaron en el CHUA. Al terminar la residencia de Pediatría en el 2009, Jorge estuvo trabajando en el HGV durante 3 años además de pasar la consulta de Reumatología Pediátrica en Albacete. Mercedes terminó la residencia de Oftalmología en 2010 y continuó trabajando en el CHUA, especialmente en la consulta de Oftalmología Pediátrica, hasta septiembre de 2012.

¿Qué ocurre en la vida de estos dos facultativos de Albacete para decidir emprender un nuevo camino profesional en Suecia?

Fue una decisión difícil y que desde luego no se toma de la noche a la mañana. Siempre había rondado por nuestra cabeza la idea de salir un tiempo fuera de España. Habíamos estado en Boston rotando 3 meses durante la residencia y nos atraía mucho esta experiencia. Pero no encontramos el momento y estábamos bien en

Albacete. Más tarde las cosas empezaron a empeorar sobre todo con los contratos y la situación laboral de Jorge, firmando contratos mensuales. La inestabilidad laboral era una losa, más al nacer Silvia, nuestra hija. Así que fue durante el permiso maternal cuando empezamos a hacer búsquedas por internet y a enviar el cv a sitios con mejores condiciones laborales y buenas perspectivas para las familias.

¿En qué momento deciden marcharse a trabajar fuera y por qué es Suecia el país escogido? En qué ciudad concretamente trabajan y viven?

En una de las búsquedas por internet encontramos una empresa (Medicarrera) que se encargaba de buscarte trabajo en los países nórdicos y de enseñarte el idioma. Les mandamos los cv (como lo hicimos a muchos otros sitios) y un día recibimos una llamada ofreciéndonos una entrevista en un hospital de Suecia con una visita por la zona. Después de pensarlo mucho decidimos que podíamos ir a ver cómo era, sin comprometernos a nada por entonces. Tanto fue así que ni siquiera dijimos nada a las familias, puesto que no lo tomamos totalmente en serio. Pero allí las entrevistas



fueron bien, la zona nos gustó, y a la vuelta a Jorge le dijeron que no le renovaban. Fue el empujón que necesitábamos y quizás el designio del destino. Elegimos Suecia porque el sistema sanitario es público (no nos atraía nada trabajar en un sistema privado) y por las ayudas a las familias que ofrecen. Fueron dos de las cosas que marcaron Suecia por encima de otros destinos. Vivimos y trabajamos en Eskilstuna, Mälarsjukhuset, una ciudad de 100.000 habitantes situada a 1 hora de Estocolmo con muy buenas conexiones (a una hora de casa tenemos 3 aeropuertos con vuelos a España).

¿Cómo ha sido la adaptación personal y profesional en este país del norte de Europa? ¿Cómo es la vida allí?

La adaptación no es fácil, pero nos fue bien. En el hospital todo es muy progresivo, no te dejan solo con el paciente hasta que tu y ellos te ven seguro. Al principio solo mirábamos y aprendíamos el sistema, el programa informático, los compañeros, mejorábamos el idioma, etc. El tiempo hasta que tu rendimiento es similar al de un especialista sueco depende de cada uno, pero no tienen prisa y hace que no sientas mucha presión. Suelen empezar con algún paciente y poco a poco vas aumentando responsabilidades, hasta pasados unos meses, generalmente entre 6 meses y 1 año en el que haces la actividad asistencial como cualquier otro compañero. En el hospital ayudan bastante e intentan que trabajes a gusto. A través de ellos hemos ido aumentando relaciones sociales, con lo cual la adaptación personal tampoco ha sido complicada. Si bien es cierto que hay cosas diferentes que cuesta aprender y enterarte, un detalle ayuda: en Suecia cerca del 20%



de la población es de origen extranjero por lo que están muy habituados a escuchar y hablar con gente que tiene el sueco como segundo idioma. La vida aquí es más tranquila que en España, lo que intentan es durante el día trabajar y relacionarte en el trabajo con los compañeros y una vez que sales es tiempo para la familia. Los fines de semana si que se suele quedar con amigos, otras familias para hacer actividades juntos. Durante el invierno se suele quedar más en las casas, pero siempre hay actividades para hacer con niños. Eso es lo que más nos gusta, es un país pensado para familias y casi todo está orientado a niños.

¿Cómo es el trabajo en el hospital sueco en el que trabajan? En este sentido, me gustaría que ambos concretaran su trabajo, su día a día en el servicio al que pertenecen.

Mercedes: la jornada laboral es más larga, el día a día se suele empezar a las 8 h y se termina sobre las 16:30-17 h., 1 hora para comer. Es muy frecuente que la madre o el padre tenga reducción de jornada para ocuparse de los niños, así que Mercedes trabaja ahora un 75% para poder salir antes, sobre las 15 h. El sueldo base es casi el doble que en España y además el 25% restante lo paga la seguridad social sueca, por lo que no es una gran merma económica al reducirse la jornada. Eso sí se pagan muchos impuestos y además es progresivo: a más cobras más te retienen. Quizás más tarde cambiemos y sea Jorge el que trabaje menos. Los días en Oftalmología se reparten entre consultas, quirófanos, urgencias y administración. Las consultas y quirófanos son parecidos a España con la diferencia de que tenemos más tiempo por paciente y por lo tanto se ve menos volumen, aunque como la jornada laboral es larga, también se ven muchos pacientes. Algo diferente que no teníamos allí es la administración: son días para hacer papeleos, informes, llamadas a pacientes, preguntas de compañeros. Las enfermeras pasan consultas como screening de glaucoma, controles de tensión ocular, fotos de diabéticos, etc. y durante esos días te mandan dudas a través del programa informático. Unos 4-5 días al mes son de guardia, localizadas sin necesitar estar en el hospital. A diferencia de España, suelen dividirlo en un 80% lo dan tiempo libre y un 20% pagado. Esto hace que se acumulen muchas horas libres que puedes disfrutar cuando quieras y sí, es cierto que juntamos días y semanas para venir a España bastante a menudo cuando sentimos "morriña".

El servicio de Pediatra tiene lo habitual: urgencias, consultas con todas las subespecialidades, planta de hospitalización y neonatos/paritorio. Tiene 4 puestos de intensivistas neonatales pero no pediátricos. Y tampoco hay cirugía pediátrica. Todos los especialistas debemos hacer de todo pero cada uno tiene su subespecialidad y pasa su consulta. Actualmente Jorge se encarga de la planta y de urgencias como consultor, pues en primera línea están los residentes. Además pasa una consulta de Reuma y empieza también con Nefro. También hace unas 4-5 guardias al mes pero con el detalle de que cuando son de noche se empiezan a las 16 h sin haber trabajado por la mañana. Los fines de semana el que está por el día se va a las 19 h y llega un compañero nuevo. Se evitan habitualmente turnos de 24 horas.

¿Cómo ha sido la acogida recibida por parte de compañeros de profesión suecos?

Están muy acostumbrados a recibir personal extranjero. Por ejemplo en el servicio de pediatría hay profesionales de 15 nacionalidades diferentes (de un total de 30 médicos). Esto hace que no seas un “bicho raro” y que conozcan cómo son los inicios, ayudar e intentan que te adaptes. Quizás como punto negativo se puede señalar que los suecos son muy desconfiados al principio y tienes que demostrar que sabes y vales. Pero una vez que ven que sabes y trabajas bien, confían plenamente en ti.

¿Es muy diferente la forma de diagnosticar y tratar las enfermedades en Suecia que en España, Albacete? En este punto, me gustaría que hablaran de técnicas, tratamientos, intervenciones con las que trabajan y que aquí, en Albacete, no habían visto o lo sí...en caso afirmativo, si éstas se desarrollan igualmente en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha...

En cuanto a Oftalmología suele ser bastante parecido la forma de diagnosticar y tratar. Algo diferente es el trabajo de la enfermería. Aquí existe la especialidad de enfermería oftalmológica. Me acuerdo que me sorprendió mucho al principio, puesto que pasaban consultas, graduaban, ayudaban en quirófano y algunas ven urgencias sencillas como quitar cuerpos extraños. Otro trabajo que no hay allí es el de ortoptista: después de la especialización de enfermería oftalmológica se subespeciali-

zan otro año en esto. Se suelen ocupar de diversas patologías como los estrabismos o diplopias.

La Pediatría también es muy similar. Las enfermedades y su manejo es parecido. Las familias también tienen las mismas preocupaciones y preguntas. Es cierto que el nivel cultural de muchas familias es alto y la relación con el médico es más horizontal pues plantean preguntas complejas y participan en las tomas de decisiones. Otro aspecto diferencial en Neonatología es que se estimula el cuidado domiciliario lo antes posible. En recién nacido sano puede irse de la maternidad tras 6 horas si todo ha ido bien, regresando al hospital las siguientes 2 mañanas. Igualmente se dan altas precoces a prematuros a partir de las 34 semanas de edad corregida, aunque requieran oxígeno o alimentación enteral, ya que se dispone de una enfermera que va a los domicilios para continuar el cuidado allí.

¿Recomendarían este viaje a sus compañeros de Albacete?

Creo que es una decisión muy personal en el que hay que valorar muchos factores. Si realmente les apetece vivir la experiencia de ver otras formas de trabajar, de conocer otras culturas, lo recomendaría sin duda. Pero hay que saber que no es fácil, que el idioma al principio cuesta mucho, que se echa de menos España y que pasa un tiempo hasta que uno se acostumbra.

¿Se han planteado en alguna ocasión volver a Albacete?

Al principio comparas mucho lo de aquí con lo que teníamos allí, y por supuesto que echamos de menos a los compañeros, aparte de familia y amigos. De forma seria, no hemos planteado ningún cambio, puesto que sabemos que las cosas no son fáciles por allí para volver y por supuesto lo que no queremos es volver a la inestabilidad y condiciones laborales que teníamos. Así que de momento seguiremos por aquí y estamos contentos, cada vez nos sentimos más en casa por estas tierras.

Adjuntamos la página web de su blog donde ofrecen más información para posibles compañeros que se planteen seguir nuestros pasos:

<http://emigrantesensuecia.wordpress.com>

Constantino I “EL GRANDE”, Emperador de la Roma Cristianizada⁽³⁾

JOSÉ MARÍA MANUEL GARCÍA-OSUNA Y RODRÍGUEZ

Doctor en Historia y Médico de Familia
Académico de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias



Constantino pensaba que con estos comportamientos el Dios de los cristianos le sería siempre propicio.

En el año 326, Constantino está llegando a Roma donde va a repetir los festejos de conmemoración de sus veinte años de gobierno, cuando manda arrestar a su primogénito Crispo, acusado por la emperatriz Fausta. Constantino ordenó que lo llevaran a Pola, en Istria, donde mandó que fuese envenenado. Fausta fue ahogada en un baño hirviendo, por orden imperial, a la par se depuraron a varios familiares y amigos; la causa parece estribar en las posibles relaciones adúlteras entre ambos. “Él (Crispo), apenas un jovencito; ella (Fausta), en la peligrosa edad de femme de trente ans. Es sabido que los hombres jóvenes sienten una atracción muy especial hacia las mujeres entradas en años” (O. Seeck. 1890), pero es más lógico pensar en un complot contra el propio emperador, como substrato básico de todo el problema. Es muy probable que el hijo pretendiese recordarle, a Constantino, que existía un modelo de abdicación voluntaria a los veinte años de gobierno imperial, fundado por Diocleciano. Constantino reaccionó rápido y con su dureza habitual, para evitar problemas semejantes familiares futuros.

Decidió crear una capital propia y nueva, que no fuese

Roma; el 11 de mayo del año 330 consagró su nueva capital a la que llamó, por supuesto, Constantinopla o “ciudad de Constantino”. A partir de ahora sus hijos se encargarían de resolver los conflictos militares futuros. En el año 328, Constantino II venció a los alamanes y festejó su triunfo, con el emperador, en Tréveris, ya estaba consolidada la frontera del río Danubio; el emperador mandó erigir un nuevo puente sobre el Danubio, cerca de la ciudad de Constanciana Dafne, y desde allí construyó una vía para controlar los problemas, que, siempre eran de prever, se producirían contra los godos del Danubio, para someter a los susodichos godos organizó una gran expedición militar, en el año 332. Permitió, no obstante, a unos 40.000 godos establecerse como foederati, el rey de los godos ofreció a uno de sus hijos cómo rehén. En las monedas se celebró al emperador como “vencedor de los pueblos extranjeros”, a partir de ese momento, Constantino sería cualificado como “triumfador”. “Maximus victor ac triumphator semper Augustus”. Así en el año 318, Constantino contaba con una amplia lista de calificativos, donde se ensalzaban sus victorias sobre los germanos, sármatas, britanos, carpos, árabes, medos, armenios y godos, también se le calificaba como “ubique victor” o “victor omnium gentium”. Con un emperador del carisma de Constantino se vivía seguro y en paz.

El poeta Pubilio Optatiano Porfirio escribió un poema laudatorio: Los actos valientes del caudillo que ya dominan en el orbe todo quiero cantar, y con ellos, y con tan grande emperador, a Roma –capital del mundo-, ínclita que domina de nuevo el verso. Tú, diosa (musa), enseña al poeta. La parte de la bóveda celestial (el este del Imperio) herida y agotada por la cruenta tiranía (de Licinio) suspiraba por el cetro dividido (poder) y se dolía por derechos perdidos de los ausonios (italianos). Si algo hay que creer es que Gloria (la diosa) ha distinguido el nombre de Roma con tamaños títulos honoríficos, que los pueblos libres buscan señores y que la mayor plaga del mundo causante de dolor teme por su derecho (área). Desde donde Hiperión (el Sol) difunde tras su rojizo nacimiento el primer rayo de luz después de haber desterrado a las estrellas, desde allí desean (los pueblos del este) tu muy venerable nombre –(tú) el mayor sometedor de pueblos guerreros, (tú) luz única del mundo- en oraciones perpetuas; desean profundamente tu venerable divinidad, quieren servirle –maravilla decir- a él y al Estado y a su dios protector (de la guarda): ¡así de grande es tu justicia, Augusto! ¡Mira, ahora ya disfruta todo el orbe de tu protección!, después de tanto derramamiento de sangre, por el que todos suspiran agotados, que ya no tiemblan por fin ante guerra alguna, una vez que les fue encomendado servir a los piadosos hijos de Rómulo (de Roma), ¡oh, Padre glorioso!”. Constantino fue agradecido y llamó a Optatiano del destierro, llegando inclu-



Arco de Constantino

so a nombrarle, en dos ocasiones, prefecto de la urbe de Roma, el mensaje triunfalista de Constantino también se plasmó en un juego de dados, “la torre de cubos”, con la leyenda de “pictos victos, hostis delecta, ludite securi”, había que ajustar las seis letras de estas palabras a las seis caras del dado. En cuanto a su política interior sólo se puede indicar la rebelión de Calocero, magister camellorum, que se había proclamado antiemperador en Chipre; Constantino lo resolvió, rápidamente. El 25 de diciembre de 333, Constantino completó el colegio de césares, de nuevo con tres personas, confiando este puesto a su hijo más pequeño, Constante. Constantino II, el César más antiguo, llevaba casi 20 años en el cargo; en el año 324 había celebrado sus decenales, en los retratos imperiales todos los rasgos iconográficos son los de Constantino, que se van a convertir en el retrato de toda la dinastía. En el año 335, Constantino celebró sus tricenales en Constantinopla, desde Augusto ningún emperador había gobernado durante un período tan dilatado; el discurso de celebración lo dirigió Eusebio de Cesarea; en este año se van a preparar para una importante confrontación contra el Imperio de los persas, esta era la única posibilidad, en la Antigüedad, para arreglar los problemas entre ambos imperios, ya que en el año 298 Diocleciano había arrebatado, a los persas, los territorios de Armenia y parte de Mesopotamia, Constantino y Sapor II afilaban sus armas. El propio Constantino navegó hasta Siria, a través del golfo de Ástaco-Izmit hacia Pythia Therma, donde el emperador cayó enfermo y fue llevado a los baños del lugar, desde aquí fue a Helenópolis y cómo empeoraba se llegaría hasta Nicomedia, donde murió en el año 337, en Pentecostés.

10. EL SPQR EN LA ÉPOCA DE CONSTANTINO EL GRANDE

1) La Corte. Se forma hacia los años 284 hasta 363, es una estructura de poder central, a través de ella van a poder gobernar augustos y césares, su capacidad de operación era aquella determinada por un centro de poder político. Se discutían y decidían las medidas políticas más importantes y ahí estaba presente la nobleza más rancia senatorial que era el estamento político dirigente, que así se involucraba en el proceso de toma de decisiones. Constantino enaltecía a la Iglesia Católica, pero sin abandonar sus obligaciones con el Estado. En el año 330 reglamentó la adjudicación del rango de conde-comes, acompañante y “distinguió a cada uno de sus amigos con diferentes honores o distinciones y títulos” (Eusebio, vida de Constantino, 4); los títulos de “acompañante” se referían a un grupo de personas cuyo prestigio dependía del grado de proximidad personal al emperador, esta nueva situación del servicio cortesano la hizo atractiva, incluso para el antiguo patriciado. La cantidad de comes-condes provocó una verdadera inflación del título: “El comes provinciarum administraba una provincia y el comes stabuli, los establos imperiales. El comes et magister officiorum presidía diversas oficinas, mientras el comes et quaestor sacri palati concebía y formulaba las decisiones imperiales: todos ellos pertenecían al reducido círculo de dirigentes máximos, miembros del Consejo” (M. Clauss. 2001). Este denominado Consejo sagrado, que rodeaba al emperador, era el núcleo de poder en el Estado Romano de la antigüedad tardía; aquí era el lugar donde se realizaban consultas y deliberaciones y se fallaban las decisiones difundidas como propias del emperador. Su corte era sagrada y sus secretos sagrados, hasta tal punto que

convertían al palacio en un lugar sellado herméticamente, que estaba por encima del conocimiento del gran público. Los emperadores estaban rodeados por un muro de silencio.

“Fue imposible descubrir detalles precisos sobre los actos del emperador Graciano y su manera de ser, pues los acontecimientos en el palacio imperial se guardaban en estricto secreto. Y no fue posible descubrir nada a pesar de investigaciones pormenorizadas. Porque cuanto ha sido narrado por diferentes personas contiene numerosas y diversas contradicciones y oculta y esconde la verdad como un tesoro secreto” (Excerpta, 48. Eusebio apud M. Clauss. 2001). La corte también era un lugar tabú para los magos y astrólogos, a los que se consideraba enemigos de la humanidad. Debido a este cripticismo todo lo que ocurría en ella era objeto de conjeturas y chismorreos. El ceremonial cortesano había sido modificado ya por Diocleciano, substituyendo el saludo-salutatio por la adoratio, que era un saludo de homenaje, que exigía la prosternación ante el soberano, llevándose a los labios una punta de la capa de púrpura del emperador. Con Constantino toda la reglamentación imperial se convirtió en rito, que elevaba a los emperadores por encima del común de los mortales, el ceremonial subrayaba la distancia, irreconciliable, entre emperador y súbdito, mientras su trono le colocaba, físicamente, por encima de los demás, sólo él permanecía sentado. Todo funcionaba en la sala del trono con la máxima prosopopeya: alfombras y vestiduras suntuosas, laureles y flores adornaban las paredes, y por el suelo se esparcía hiedra, romero y flores. Ante el trono del emperador se alzaba un árbol de bronce dorado, adornado con piedras preciosas y púrpura; en sus ramas se posaban todo tipo de pájaros artificiales que imitaban el canto de los de verdad. Como guardianes del trono había leones de metal o de madera, también recubiertos de oro.

Al acercarse alguien al emperador, se echaba una primera vez al suelo y empezaba a sonar el órgano. Entonces comenzaban a trinar los pájaros artificiales sobre los árboles de bronce; los leones golpeaban con sus colas en el suelo y emitían un gran rugido con las fauces abiertas y moviendo la lengua. La segunda postración hacía enmudecer esta algarabía, que desaparecía súbitamente, como había empezado. Mientras tanto, el emperador permanecía sentado en lo alto, bien visible y callado en su trono. Justo ante el trono se realizaba la tercera prosternación. En su Antapodosis el arzobispo Liutprando de Milán (siglo X) describe su audiencia en Bizancio, cómo enviado del emperador del Sacro Romano Imperio, Otón I: “Cuando me postré por tercera vez y alcé la cabeza, distinguí al emperador, al que había visto anteriormente, sentado a mediana altura, casi tocando el techo y ataviado con otras vestiduras”. Todo lo que antecede era la típica parafernalia y efectismo de la política bizantina; el emperador era el remanso de paz por antonomasia, su hieratismo transmitía la creencia en la exactitud de la idea imperial. La “adoratio” era la expresión de pertenencia a la clase dominante, ya que sólo podían participar miembros de la aristocracia con amplia influencia política; con este acto se ponía de relieve la unión indisoluble con el monarca, eras el acto central del sistema ceremonial. Todo lo que se relacionaba con la persona del emperador era sagrado, incluyendo algo tan profano como era la moneda.

A partir de Diocleciano se empezó a celebrar, en lo más

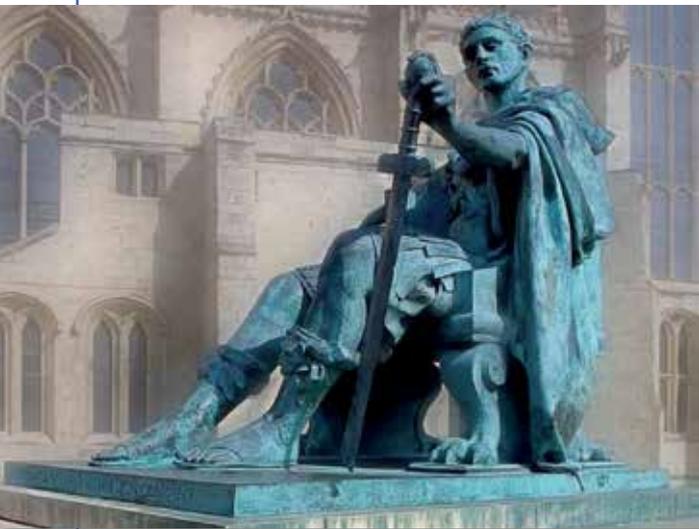
Constantino I "EL GRANDE", Emperador de la Roma Cristianizada ⁽³⁾

recóndito del palacio, una ceremonia sacro-litúrgica, a la que sólo accedían los sacerdotes en una atmósfera de veneración, que se subrayaba en el silencio ceremonial frente al emperador, ya que quien entraba en contacto con ese "dios" quedaba protegido y accedía también a ventajas materiales concretas, lo que se pretendía resaltar era el ensalzamiento exagerado del emperador, lo que implicaba descartar cualquier pensamiento de igualdad frente a la clase gobernante del Imperio o ante los miembros más cercanos de la familia imperial. El fin ineluctable de todas las ceremonias imperiales bizantinas era la sumisión. El lenguaje formal sagrado iba dirigido hacia la persona que ocupaba el trono y consiguió triunfar sobre el contenido. No tenía importancia formal quien vistiese la púrpura en las audiencias, ya que lo que se veneraba era el símbolo imperial, el individuo estaba relegado por la idea. Por tanto el Imperio Romano era una monarquía absoluta, en el centro se encontraba el emperador que lo dominaba todo, era un ser humano elevado a la esfera de la divinidad. Sólo el soberano era el portador de un cargo sagrado y eterno, que simbolizaba su Estado. Forma y fondo eran una sola cosa.

II) El Estado. Diocleciano creó una nueva administración militar del imperio, organizada según una rígida jerarquía, pero con el soberano como centro a cuyo alrededor giraba todo y que sólo respondía ante él. El emperador era el máximo funcionario del Imperio. En sus manos estaban reunidos todos los poderes, tanto en el campo militar como en el civil. Era el máximo responsable militar, juez supremo, y tenía el poder de promulgar leyes y disposiciones fiscales; las facultades de los césares eran semejantes, pero restringidas. La separación entre la administración civil y la militar era absoluta. La organización territorial estaba descentralizada, administrando las provincias corregentes imperiales e introduciendo diócesis bajo la dirección de vicarios entre la corte y las provincias, el número de provincias superaba el centenar, para mejorar la eficacia. Tras el año 312 Constantino comenzó a despojar de poderes militares a los prefectos del pretorio, para que se dedicasen sólo al plano civil: regulando impuestos, la annona y la jurisdicción, que ahora pasaba de los caballeros a los senadores; el mando del ejército quedó en manos del magister

militum. En las provincias el gobernador sólo se encargaba de legislar, de la economía y de las finanzas. Así mejoraba la eficacia, la concepción de lo que significaba la milicia romana se transformó. "Los daños que el llamado orden causó tanto en tiempos de guerra como de paz quiero explicar inmediatamente: los prefectos de los pretorianos (anteriormente) por una parte recaudaban la totalidad de las contribuciones a través de sus subordinados utilizándolas para el mantenimiento de las tropas, y por la otra, tenían bajo su mando a los soldados, pudiendo castigarlos por sus faltas según les parecía oportuno, de modo que tenían estos razones suficientes para pensar que aquel, quienquiera que fuera, que les facilitaba los medios de vida también estaba en disposición de castigar a los culpables, con lo que no se atrevían a desatender sus obligaciones, precisamente por miedo a que les retirasen los medios de vida y por miedo al castigo inmediato" (Zósimo, 2). Esta dicotomía entre los prefectos y los generales debilitó a la milicia. Constantino necesitaba hombres nuevos para su proyecto imperial, ya que el ideal ancestral de político-senador, ya no era oportuno. Diocleciano ya había realizado un padrón basado en el censo de la población y las mediciones de las tierras, que revisaban cada quince años, desde el año 321. La fuente principal de la recaudación eran los impuestos anuales sobre el beneficio de la propiedad y el rendimiento del suelo (annona), que obligaban a contribuir a cada uno de los propietarios de terrenos y suelo agrarios, así como a toda la población rural; los ciudadanos de Roma y de Constantinopla estaban exentos.

En el siglo IV las contribuciones eran, en especie, por parcela de tierra trabajada por un hombre o unidad fiscal, el cálculo se completaba con la suma de parcelas de cultivo, trabajadores y animales de tiro, cada mujer contaba como medio trabajador; el tributo, sobre el patrimonio de los senadores, introducido por Constantino se pagaba en efectivo. Cada cinco años se abonaba el impuesto del jubileo, que se pagaba en oro o en cualquier otro metal precioso, las conmemoraciones similares eran muy frecuentes. Todos los que tenían comercios o negocios, los campesinos que vendían sus productos en las ciudades e incluso las prostitutas, estaban en las listas de los impuestos. El sistema permitía una modernización del sistema impositivo, permitiendo la existencia de una relación anual de contribuciones e ingresos fiscales. La moneda fue cambiada por el solidus de oro (455 gr.), en la Corte se crearon dos nuevos cargos para la administración de la hacienda. A finales del siglo IV las prefecturas regionales fueron cuatro, en las que cada prefecto tenía un sector administrativo propio. El prefecto del pretorio era el juez supremo, pero existía la posibilidad, siempre, de dirigirse en súplica al emperador, las prefecturas estaban divididas entre 3 y 5 diócesis, cada una de ellas dirigida por un vicario y las diócesis se dividían en 100 provincias, en la base de toda la administración romana estaban más de 1.500 ciudades, gobernadas por los consejos municipales, que se encargaban de la distribución de tasas entre los contribuyentes. Constantino ordenó a los gobernadores provinciales poner a disposición de los prefectos, cada seis meses, una relación de todos los asuntos oficiales resueltos, sobre todo de los procesos.



Estatua de Constantino I el Grande en York, Inglaterra

(continuará en número siguiente)

Receta médica privada: nuevas normas para mejorar la situación

El paciente necesitará que se le extiendan en cada consulta tantas recetas como envases precise hasta la nueva visita médica

El Real Decreto 1718/2010 sobre Receta Médica que ha entrado en vigor en 2013 supone un cambio sustancial respecto al escenario conocido hasta la fecha. Además de insistir en el valor sanitario (más allá de que sea financiado o no) de este documento oficial, el Real Decreto establece muy nítidamente cuál es el modelo oficial de receta médica que debe utilizarse, los datos que deben ser cubiertos, y los requisitos para su buen funcionamiento.

Dichos requisitos no son casuales ni arbitrarios, sino que responden al doble objetivo: a) que el paciente al que le ha sido prescrita una medicación, la puede obtener en la farmacia sin dificultad, y b) que el usuario al que no le haya sido prescrito un medicamento, no encuentre opciones de obtenerlo. Esos objetivos, que son de pura lógica, resultaban difíciles de alcanzar con los modos habituales de prescripción de la medicina privada anteriores al nuevo Real Decreto, cuando eran frecuentes las recetas con la leyenda “válida para seis meses/un año/etc...”, en un folio que incluían además de las instrucciones de uso al paciente. Aquellas fórmulas pasadas, que la regulación actual viene a superar, complican en la práctica un buen control de ciclo prescripción-dispensación, con las garantías de calidad y la seguridad necesarias.

De modo resumido, es de destacar las normas de obligado cumplimiento, algunas novedosas, que se deben observar a día de hoy en materia de receta médica privada:

1.- La receta es válida para una sola dispensación por la oficina de farmacia. La receta, una vez dispensada, debe ser conservada por la oficina de farmacia.

2.- El paciente necesitará que se le extiendan en cada consulta tantas recetas como envases precise hasta la nueva visita al médico. Una receta por cada envase de cada medicamento.

3.- En la receta debe venir una parte de información al paciente, diferenciada de la receta propiamente dicha que se entrega a la farmacia.

El Colegio Oficial de Médicos ha puesto a disposición de sus colegiados una receta médica privada oficial que cumple todas las exigencias del nuevo Real Decreto.

Un capítulo aparte: Médicos del Sistema Público de Salud y prescripciones de medicamentos no financiados. Aunque el 90% de las prescripciones de los médicos del SNS se realizan en receta financiada del SESCAM, muchos de los medicamentos no financiados que puntualmente recomiendan también precisan receta, sin la cual no pueden ser dispensados. Algunos de ellos son muy sensibles desde el punto de vista de reacciones adversas, y riesgo de abuso y tráfico: codeína, vacunas, fármacos para disfunción eréctil, deshabituación tabáquica, anabolizantes, corticoides inyectables, etc. La Consejería de Sanidad debe proveer a sus prescriptores de un modelo de receta, no financiada, que cumpla todos los requisitos del Real Decreto Ley.

Animamos, por último, a los facultativos que aún no lo han hecho a dar el paso. Sabemos que el cambio requiere un esfuerzo para todos, médicos y farmacéuticos, pero vale la pena. Está en juego nada menos que el cumplimiento de la Ley y, más importante si cabe, mejorar el uso racional de los medicamentos por la población a la que servimos.

Dones, virtudes y espiritualidad



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.
Pediatra. Colegiado 020201038

Hasta la más pequeña partícula de materia se creó con el don de ser masa gravitatoria, cargada de energía; y, con esa condición, disfrutaba del poder de agruparse, al mismo tiempo que de la necesidad de hacerlo para que se fueran originando formas, cada vez más perfectas y complejas, que diesen satisfacción a la virtud de protegerse mejor ante la incesante y cambiante presión ambiental. Así se formó el átomo de hidrógeno, con cargas eléctricas positivas y neutras en su núcleo (protones y neutrones), y otras negativas, girando a su alrededor, en diferentes órbitas que cada vez se alejaban más de él, hasta llegar a la corteza, donde solamente se movía un electrón. Los átomos de hidrógeno se atrajeron mediante fuerzas gravitatorias y originaron estrellas; y, éstas, a su vez, por el mismo mecanismo, formaron más de cien mil millones de galaxias que hoy se observan con los modernos telescopios. Las estrellas, por las condiciones de fisión nuclear que se daban en ellas, adquirieron el don de convertirse en un material explosivo para que el helio – formado por la transmutación del hidrógeno –, se alejase de ellas y fuese formando todos los restantes átomos del consabido sistema periódico de elementos. Así se formaron los planetas, y, entre ellos, la Tierra se apoderó de un nuevo don o atributo específico: ser el lugar idóneo para el desarrollo de la vida orgánica.

Basta esta previa reflexión para decir que los dones que disfrutaban las formas existentes equivalen a los atributos evolutivos que manifiestan, y que han sido otorgados para crear en ellas un peculiar

modo de ser resistente, ante los constantes embates de la selección natural. Las formas físicas resistentes no se extinguen y, en ese modo de ser, permanecen sin evolucionar hasta que no cambia la influencia ejercida por la presión ambiental que, en su origen, las dio forma; entonces, frente a ese cambio, tienen dos alternativas: dotarse de nuevos atributos o desaparecer para siempre. Como es obvio, antes de que cualquier forma material haya llegado a ser como es ha tenido que ganarse meritoriamente su dignidad natural, para salvarse de la extinción. Todo es digno en este mundo, por el mero hecho de existir; y, de todos los dones que tienen las cosas creadas, emanan virtudes que se mostrarán positivas o negativas respecto a los intereses particulares de los ojos que las están mirando para interactuar con ellas. Las alas son un don que ha evitado la extinción de muchas aves, efectivamente, es un bien para ellas, pero es un mal para sus depredadores que tienen más dificultades para cazarlas.

La virtud consiste en el poder o potestad que tienen los dones de las cosas para desempeñar una función determinada. Una vulgar piedra deja de evolucionar, como tal cosa, cuando se consolida en forma de un elemento, más o menos duro, que ha estabilizado la unión de sus átomos y moléculas. La piedra muy dura tiene la virtud positiva de ser un buen utensilio de construcción para los canteros; y la más porosa es un buen material escogido por los escultores; pero, ambas, tienen la virtud negativa de herir o matar a todo aquel que recibe una pedrada. La virtud del lobo es negativa

para nosotros porque lleva en sus fauces el símbolo de la muerte y es un excelente competidor de los recursos de nuestra despensa; sin embargo, ¿cómo estaría el estado sanitario de la fauna salvaje si no existiesen depredadores? La ambivalencia de las virtudes, en manos de las formas materiales, se debe a la influencia del bien o del mal – ambos con carácter natural –, que ejercen sobre otras formas que, irremediablemente, interaccionan con ellas. Y, en conjunto, todas las cosas terminan interaccionando entre sí.

La espiritualidad es la vida del espíritu, ajena a la materialidad de las cosas; está carente de naturaleza física; y, consecuentemente, al espíritu solo se le puede definir como un principio de actividad independiente de la materia en el ser o en el obrar. Y digo esto porque nuestro pensamiento nos faculta de un don que es capaz de crear ideas que superan la naturaleza psíquica de poco grado que tienen los animales: hacer nidos, marcar territorios, reconocerse entre ellos... etc. En nuestro pensamiento se halla un atributo desde donde emana la virtud de pensar de una manera lógica y metafísica. Es decir, por una parte tenemos ideas conceptuales que nos conducen a hipótesis, tesis y demostraciones; nos valemos de ellas para hacer descubrimientos, ciencia y tecnología; pero, aunque están destinadas al bien físico de la humanidad, a veces se convierten en un mal localizado o generalizado, debido al nefasto uso que hacemos de ellas. Sin embargo, por otra parte, tenemos ideas metafísicas que superan la naturaleza real de la materia y nos ascienden hasta un plano espiritual donde no existen ni el bien ni el mal (con minúscula), sino un solo Bien absoluto (con mayúscula) que siempre está operando sobre lo que nosotros reconocemos como bien y mal de nuestros intereses particulares; o, dicho de otro modo, cuando actuamos bajo la influencia de esa idea no nos sentimos

nunca protagonistas directos del bien (filántropos), sino agentes indirectos de un tipo de Bien que no solamente actúa en un momento de compasión (empatía). Evolutivamente, el amor es un sentimiento que apareció mucho después que la empatía, y no solamente actúa por compasión, sino por el convencimiento de que tanto nuestro bien como nuestro mal están necesitados del Bien absoluto. En ese argumento creo que se basa la espiritualidad del Hombre; su exclusiva dignidad moral; y, también, la diferencia existente entre los conceptos de filantropía y caridad que son imprescindibles para interpretar sin errores el sentido moral de los actos humanos.

*Ha escalado la materia
basta el don del pensamiento;
y la virtud de pensar
ha crecido hasta la altura
de la espiritualidad.*

*Es el querer del Espíritu,
es el instante primero
que después colmó de dones
a todo lo venidero.*

*Es el espíritu nuestro
que con el tiempo ha venido,
y con el tiempo se esfuma
al Lugar que lo ha traído.*

*Es la quietud que, sin tiempo,
regresará a su destino
porque pisó con amor
las losas de su camino.*

*Son Espíritu y espíritu;
vida espiritualizada;
creación que se proyecta
siendo sombra de la Nada.*

P.A.I.M.E.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO

Podéis contactar con nosotros a través del Colegio de Médicos, directamente, a través del número de teléfono **651555206** o a través del correo electrónico **paimc.clm@gmail.com**



Por **MAR SÁNCHEZ FERNÁNDEZ**
Responsable del PAIME en Castilla-La Mancha

Balance Nacional del Programa PAIME durante el periodo 1998 - 2012

Queridos compañeros:

Ya hemos terminado el 2013, y como broche de oro a este año os traigo los datos nacionales del PAIME presentados por la OMC y la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias en el V Congreso PAIME celebrado en Burgos el 23 y 24 de Mayo de 2013.

El dato más importante a señalar es el número de casos atendidos en el PAIME, desde su puesta en funcionamiento en 1998 hasta el 2012, que asciende a un total de 3.099 compañeros

que se han beneficiado del Programa.

A continuación paso a detallar las variables más importantes analizadas a lo largo de estos 14 años, como la financiación para estos Programas que proviene de los Colegios Oficiales de Médicos, Fundación Patronato de Huérfanos y Administraciones sanitarias.

Con respecto a la procedencia geográfica, el 22% procede del ambiente rural y el 78% del urbano. De los compañeros atendidos, el 53% eran varones y el 47% mujeres.



Diagnósticos clínicos (según DSM-IV R)

Diagnósticos clínicos	%
T. relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias	22,9
Trastornos adaptativos	15,3
Trastornos del estado de ánimo	27,8
Trastornos de ansiedad	9,4
Trastornos de la personalidad	10,2
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	5,4
Otros trastornos	6,3
Sin especificar	2,7

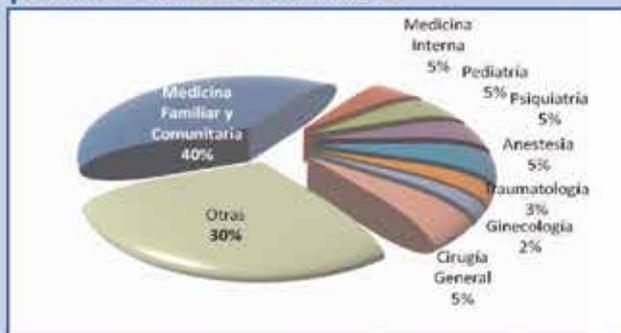
Ingresos hospitalarios

N.º derivaciones ingreso hospitalario	Pacientes
Unidad PAIME Barcelona	239
Otras	21
TOTAL	260
Estancia media de ingreso en las Unidades de Internamiento	31,7 días

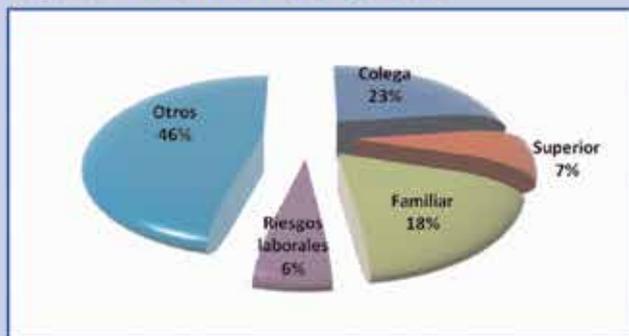
Número de pacientes que han entrado en el Programa por Comunidades Autónomas



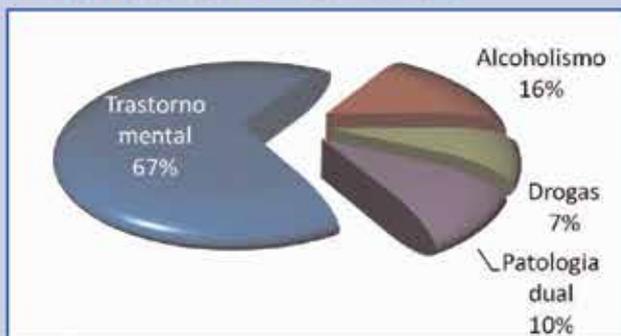
Especialidad médica de los pacientes atendidos



Quién deriva los casos



Motivos de la demanda



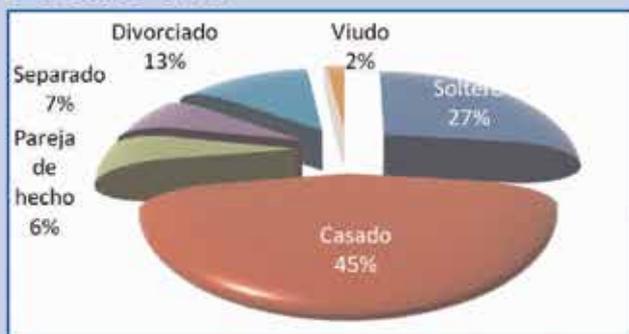
Vías de acceso



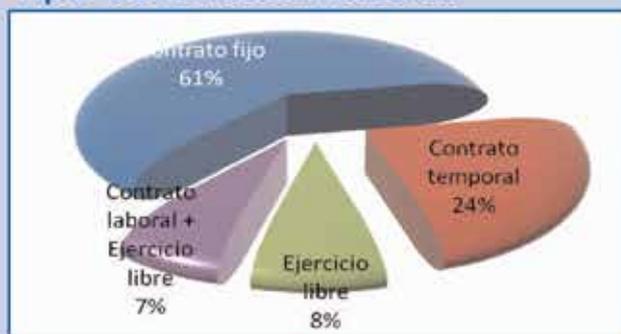
Edad



Estado civil



Tipo de relación laboral



La presión ciudadana paraliza la amortización de la plaza del médico de Villagarcía del Llano

La noticia se conoció el pasado 16 de febrero: gracias a la presión ciudadana, la consejería de Sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha rectificó y finalmente no suprimirá el equipo médico, que tenía previsto amortizar, en el consultorio de Villagarcía del Llano, a pocos kilómetros de Tarazona de la Mancha.

Han tenido que sucederse varias concentraciones de trabajadores sanitarios y habitantes del municipio albaceteño de Tarazona de la Mancha, unas a las puertas del centro de salud y otras en su plaza mayor, para que el posible y anunciado cese del médico interino de la población cercana de Villagarcía del Llano, no se produjera.

Tanto los trabajadores del centro de salud tarazonero como el sindicato CC.OO., convocante de las concentraciones, subrayaban días atrás que el cese del médico del consultorio de Villagarcía, que depende del Centro de Salud de Tarazona, perjudicaba a los 960 habitantes de Villagarcía que tendrían que desplazarse a Tarazona, y a los pacientes del Centro de Salud que tendrían menos médicos para más gente. También se verían afectados 40 habitantes de Casas del Olmo.



Momentos de las concentraciones vividas a las puertas del Centro de Salud de Tarazona

CC.OO. denunció que la amortización de 1 médico y un equipo de enfermería para atender a los salientes de guardia de los equipos titulares, provocaría el incremento de tarjetas sanitarias que tendrían que asumir los profesionales del Centro de salud de Tarazona; “esto puede derivar en listas de espera para ser atendidos de más de 2 y 5 días en situaciones normales y aún más cuando llegan epidemias estacionales y períodos de aumento de población, como carnaval y verano”.

Por su parte, el coordinador médico del centro, Francisco Parra, explicó a esta revista que remitieron un escrito al director-gerente de entonces, Ángel Gómez Roig, pidiendo una reunión en la que les explicara “las intenciones de la gerencia y qué iba a pasar finalmente con el consultorio de Villagarcía” porque al médico interino de allí se le estaba renovando de mes a mes. Al parecer, según el facultativo, la potestad dependía del alcalde del municipio quien les había asegurado que la amortización de la plaza de Villagarcía “no se iba a llevar a cabo”, como finalmente así ha sido.



• ALTAS COLEGIALES DE ÁLBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA
0204057	PARDO UTIEL MARIA	1ª COLEGIACION	4/11/2013
4620996	GUERRA LUJAN LAURA	ALICANTE	11/01/2014
4621049	BARBELLA APONTE ROSA ANGELICA	VALENCIA	16/01/2014
2834659	PEREZ MURILLO ENCARNACION	ALBACETE	17/01/2014
2305743	ACOSTA ACOSTA CARLOTA HAYDEE	JAEN	24/01/2014
2909968	GONZALEZ LUIS JESUS	MALAGA	24/01/2014
0203866	DAZA MEDRANO JHONY HENRY	ALBACETE	07/02/2014

• BAJAS COLEGIALES DE ÁLBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/DESTINO	FECHA DE BAJA
0201757	OLIVER RAMOS JUSTO PAULINO	FALLECIMIENTO	26/11/2013
0204057	PARDO UTIEL MARIA	BAJA	05/12/2013
0203244	PASTOR TOLEDO ALICIA	TRASLADO/EXTRANJERO	31/12/2013
0202352	SANCHEZ GALLARDO JOSE FERNANDO	TRASLADO/BALEARES	31/12/2013
4619570	HERNANDEZ ROQUEME HEYDI ROCIO	TRASLADO/BALEARES	31/12/2013
1810774	SANCHEZ MEDIANERO MARIA TERESA	TRASLADO/CORDOBA	03/01/2014
3006533	DOMINGUEZ NOGUERA SONIA	TRASLADO/MURCIA	07/01/2014
2863279	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	TRASLADO/ZARAGOZA	09/01/2014
0200967	FERNANDEZ GOMEZ RICARDO	FALLECIMIENTO	24/01/2014
0404249	PERAN TERUEL MIGUEL	TRASLADO/SEVILLA	27/01/2014
0203643	DIFABIO MARINA ANTONIETA	CESE EJERCICIO	27/01/2014
3007447	BENSGHIR REDA	CESE EJERCICIO	31/01/2014
3007825	ROSARIO ABREU ANGELITA	TRASLADO/MURCIA	12/02/2014
0202017	SERNA SANCHEZ LEOPOLDO	FALLECIDO	27/02/2014

ACLARACIÓN: por error en el número pasado aparecía de baja 0204031 IGUALADA QUINTANILLA JESUS, hecho que aclaramos

El Colegio Oficial de Médicos de Albacete expresa su más sentido pésame a la familia y amigos de los doctores D. Justo Paulino Oliver Ramos, D. Ricardo Fernández Gómez y D. Leopoldo Serna Sánchez, ante tan sensibles pérdidas



TOYOTA

SIEMPRE
MEJOR

NUEVO TOYOTA RAV4

PARA DEJAR HUELLA HAY QUE SER EL MEJOR 4X4



CON SISTEMA INTEGRADO DE CONDUCCIÓN DINÁMICA AWD

Disfruta del sistema más avanzado de conducción bajo cualquier circunstancia y sea cual sea el terreno.



Descubre precios y condiciones financieras en toyota.es

Gama RAV4: Consumo medio (l/100 km): 4,9 - 7,3. Emisiones CO₂ (g/km): 127 - 176.

TOYOTA
Por familia crece la felicidad
Estás en familia

TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

Avda. Cronista Mateos y Soto, 14
02006 - Albacete
☎ 967 191 436

C/ Ronda Sur, 24. Pol. Ind. El Murgón, 3ª fase
02640 - Almansa
☎ 967 310 936