



médicos de albacete

REVISTA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

*Cena, rondas, premios deportivos
y diversión en el día de La Patrona*



Seguro **Combi Motor**



SI TIENE
CONTRATADO
CON NOSOTROS
UN SEGURO DE AUTO,
LE APLICAMOS UN
50% DTO.
EN SU NUEVO
SEGURO DE
MOTO

Hasta un

50%*
dto.

en su Seguro de Moto



CUIDAMOS DE USTED,
MIRAMOS POR SUS VEHÍCULOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. ALBACETE

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

Síguenos en



[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



REVISTA N.º 48 • AÑO 2015

SUMARIO



5

4 EDITORIAL

Aires nuevos, esperanzas renovadas...

5 ACTUALIDAD

El Colegio entregó distinciones a Honoríficos y nuevos Colegiados en el marco de la Patrona

13 INFORMACIÓN

El Código Ictus permite que cualquier paciente de la región acceda a tratamientos trombolíticos

17 ENTREVISTA

Profesionales médicos realizan estancias en centros de referencia extranjeros

22 HISTORIA

Los Juegos Públicos en la Roma de la Antigüedad. "LUDI CIRCENSES" ⁽¹⁾

25 COLEGIADOS

SemFYC y OPEM firman un acuerdo para fomentar y mejorar la búsqueda de empleo de los Médicos de Familia

Formas y sistemas esenciales

28 INFORMACIÓN PAIME

La médico de Albacete, María Luisa Celorrio, premiada por la OMC por su labor al frente del PAIME

30 DEONTOLOGÍA

Los nuevos miembros de la Comisión Central de Deontología de la OMC toman posesión de sus cargos

31 ALTAS Y BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE



13



25



30

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.net

REDACCIÓN: Mercedes Martínez Rubio

IMPRESA: 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.

EDITORIAL



MIGUEL F. GÓMEZ BERMEJO

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete

Aires nuevos, esperanzas renovadas...

Con la llegada del verano, llega el calor, las vacaciones, el optimismo y un nuevo Gobierno Autonómico, que nos puede dar nuevas esperanzas a los profesionales de la Sanidad de Castilla-La Mancha y a los pacientes, los cuales nos sentimos desesperanzados tras los cuatro años de un Gobierno, que no ha sabido comunicarse con nosotros, pues los comunicadores fueron elegidos por una Presidenta que no supo rodearse de los mejores ni de los adecuados y que le ha costado la mayoría absoluta por mil setecientos votos, culpables de este fiasco, que no los busque ni en docentes ni en sanitarios ni en pacientes, pues los tiene muy cerca, con nombres y apellidos, Consejero, Gerente y demás altos cargos del SESCAM, bajo mi punto de vista, el error estuvo en meter el enemigo en casa y no dejarse asesorar por quienes les podían ayudar y de su mismo partido.

Pecaron de prepotencia, falta de negociación, falta de respeto y de confianza en sus trabajadores, así no hay empresa que aguante durante cuatro años y mira que nosotros somos sufridos y aguantamos carros y carretas, pero todo tiene un límite y lo habéis quebrantado, prueba evidente el resultado de las elecciones autonómicas, todos esperamos que para las próximas, aprendáis de vuestros errores, pues rectificar es de sabios y pedir perdón de inteligentes.

Con un nuevo Gobierno de signo político diferente, todos tenemos esperanzas para que se dé, un cambio a mejor, así lo prometieron si ganaban la Autonomía,

por eso esperamos que cumplan lo prometido, que no cometan los mismos errores que sus antecesores y los anteriores a estos, es decir los de su mismo signo político, pues les recuerdo que cada cuatro años hay elecciones y en eso consiste la democracia.

Esperamos que el nuevo Consejero, se rodee de personas adecuadas, con talante negociador, que respeten y confíen en general en los profesionales de la sanidad y en particular de los profesionales de la medicina. Conociendo personalmente al nuevo Consejero, desde hace ya casi treinta años, cuando coincidimos en el Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas, conservando un buen recuerdo desde entonces, espero no haya cambiado y mantenga su talante negociador y campechano.

Los profesionales de la medicina de Castilla-La Mancha, desde hoy, tenemos grandes esperanzas en tu persona y en los próximos proyectos de tu mandato, no nos defraudes, estamos a tu entera disposición.

Esperamos un gesto de buena voluntad, desbloqueando los pactos sindicales, bloqueados por el gobierno anterior.

A la Presidenta saliente, solo decirle, que a los Sres. Echaniz y Carretero les haga un monumento donde le parezca bien, se lo merecen.

Feliz verano a todos, os lo merecéis.

El Colegio entregó distinciones a Honoríficos y nuevos Colegiados en el marco de la Patrona

Hubo cena, rondas con los tunos de Derecho, premios deportivos y mucha diversión

Tarde noche de premios, homenajes y confraternidad la vivida el pasado 23 de junio, fecha en que la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Albacete conmemoró a la patrona de la profesión médica, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, entregando distinciones a un nutrido grupo de facultativos, unos veteranos que se han convertido por su larga y fructífera trayectoria profesional en Colegiados Honoríficos, y otros, más jóvenes, recién terminado el MIR o nuevos colegiados que comienzan su andadura profesional este año.

La celebración comenzó con un cóctel de bienvenida en los salones del emblemático Casino Primitivo de Albacete. Tras las palabras de salutación del presidente del Colegio de Médicos, Fernando Gómez Bermejo, comenzó la entrega de galardones,

primero a los facultativos que han pasado a ser Colegiados Honoríficos por haber ejercido la Medicina durante 40 años, “que se dice pronto”, añadió el presidente de la institución, quien recordó que aunque han dejado el ejercicio activo de la profesión, “no dejarán de ser médicos nunca”. Son Francisco Andérica Frias; José Alfonso Arnal Sánchez; Francisco Lozano Moreno; Carmen Martín de Nicolás Muñoz y Antonio Rodríguez Fernández. Todos ellos recibieron de manos del presidente regalo y diploma. Además, los mutualistas honoríficos fueron obsequiados por gentileza de Previsión Sanitaria Nacional con una estancia de fin de semana en el Complejo

Residencial doctor Pérez Mateos de San Juan, en Alicante, o Los Robles Gerhoteles, en Oviedo, Asturias.

Aunque los presentes la noche del sábado fueron los cinco médicos antes mencionados, honoríficos son muchos más por lo que el Colegio también hará entrega de su distinción a María Victoria Cambrotero Julián; Matías Córdoba Frías; Vicente García García; María Florencia Guillén Rodríguez; Paloma Hernández García; Ahmad Jubran Mahmoud-Jubran; Felipe Ángel López Cañas; Montserrat Maicas Mascarell; Juan Pérez Romera; Antonio Rubio Vitaller; Socorro Vázquez García y Manuel Vizcaya Sánchez.

El acto institucional prosiguió dando la bienvenida a los jóvenes doctores y doctoras que se han unido al Ilustre Colegio de Albacete en los últimos meses para trabajar en el ámbito de la Medicina. Uno a uno recibieron de manos del Vicepresidente primero de la Junta de Gobierno, José María Samaniego Masip, el Juramento Hipocrático del Colegio, unos compromisos que posteriormente leyeron al unísono.



COLEGIADOS HONORÍFICOS 2015



NUEVOS COLEGIADOS 2015

- CRISTIAN ÁNGEL ALCAHUT RODRÍGUEZ
- LUCÍA CAMARENA NAVARRO
- FRANCISCO JAVIER CENTELLAS PÉREZ
- MARÍA DEL CAMPO GIMÉNEZ
- JHONATAN ALFONSO ESPER RUEDA
- ÁNGELA FERNÁNDEZ LÓPEZ
- JOSÉ CARLOS FERNÁNDEZ DE CAÑETE CAMACHO
- VICENTE FERRER BLEDA
- JOSÉ ALFONSO GARCÍA GUERRA
- MARÍA DEL CARMEN GARCÍA DEL POZO MARTÍN DE HIJAS
- AYOZE LEMES ROBAYNA
- CRISTIAN LÓPEZ MUÑOZ
- CRISTINA LOZANO RUIZ
- SILVIA LOZOYA MORENO
- FRANCISCO JAVIER LUCAS GALÁN
- MARÍA MAGDALENA MARTÍ LAOSA
- ARACELI MARTÍNEZ CARRASCOSA
- MARÍA MINUESA GARCÍA
- ESTHER MUDARRA TERCERO
- MERCEDES NIETO VICTORIA
- MARÍA OLMOS ALEMÁN
- MARÍA INMACULADA PAÑOS PALACIOS
- JULIA MARÍA PICAZO CANTOS
- MILAGROS RODRÍGUEZ CORTÉS
- AINHOA MARÍA RODRÍGUEZ MERCHANTTE
- MARÍA RUIPEREZ MORENO
- ANA BEATRIZ SORIA MOYA
- ASIA TORRES PÉREZ









No pudieron estar esa noche en el acto de homenaje los nuevos colegiados: Juan Antonio Castillo Serrano; Anna Gorbatikova; Olga Luengo Ballester; María Elizabeth Moscoso Eid; Lourdes Muñoz de Luna Herrera; Juan José Pazos Crespo y María de los Llanos Sánchez López.

El acto protocolario finalizó con unas rondas de la Tuna de Derecho de la Universidad de Castilla-La Mancha que amenizaron la velada también durante la cena de hermandad que puso fin al evento.



TORNEO DE GOLF “COLEGIO DE MÉDICOS DE ALBACETE”

Enmarcado en la celebración de la patrona, algunos médicos se inscribieron en un torneo de golf celebrado en el campo de Las Pinaillas en el mes de mayo.

Los premios a los ganadores se entregaron durante el transcurso de la cena.

Así, el driver más largo en damas fue para Cándida Margarito Rangel; el driver más largo de caballeros para Enrique Almar Marqués; el premio a la bola más cercana a bandera recayó en Servando Usero Rebollo.

En segunda categoría el tercer clasificado fue Francisco González Sánchez-Ajofrín; el segundo clasificado en esta misma categoría Emilio Olivas García y el primer clasificado Enrique Almar Marqués.

En primera categoría, el tercer clasificado fue Juan Carlos Gómez García; el segundo clasificado Lucinio Carrión Valero y, por último, el primer clasificado en primera categoría Manuel Belmonte Useros.



El Código Ictus permite que cualquier paciente de la región acceda a tratamientos trombolíticos

• EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA ATENDIÓ EL PASADO AÑO A MÁS DE 800 PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE ICTUS ISQUÉMICO DE LOS QUE INGRESARON APROXIMADAMENTE LA MITAD. AUNQUE, SEGÚN LOS ESPECIALISTAS ES DIFÍCIL PRECISAR LAS CIFRAS EXACTAS PUESTO QUE ALGUNOS PACIENTES INGRESAN EN LOS SERVICIOS DE GERIATRÍA O MEDICINA INTERNA DE LOS DIFERENTES HOSPITALES DE LA PROVINCIA, EN GLOBAL HAY DE 900-1000 PACIENTES CON ESTE DIAGNÓSTICO PARA UNA POBLACIÓN DE 400.000 HABITANTES.

Desde este 2015, los especialistas del Área Integrada de Albacete trabajan con un Código Ictus, un sistema integrado por diferentes especialidades destinado a identificar aquellos pacientes con síntomas sugestivos de ictus y que por tanto puedan precisar traslado a un centro donde se pueda administrar tratamiento trombolítico.

El Código Ictus lleva implementado en Castilla-La Mancha varios años, pero por primera vez este año cualquier paciente de la región va a poder acceder a tratamientos trombolíticos mediante técnicas de cateterismo cerebral. Esto permite potenciar la eficacia del tratamiento médico y expandir la ventana terapéutica hasta las 8 horas. Es un cambio muy significativo.

Sus objetivos son detectar, notificar y trasladar a los pacientes potencialmente candidatos a tratamiento trombolítico durante las primeras horas del ictus. Ello va encaminado a conseguir el rápido diagnóstico y tratamiento para reperfundir la circulación arterial de un paciente después de un embolismo cerebral.



De izqda. a dcha.: Enrique Juliá, Tomás Cros, Tomás Segura, Marta Gómez, Francisco Hernández, Juan David Molina, Oscar Ayo y M.ª José Pedrosa

El diagnóstico diferencial de un ictus puede ser amplio y complejo, ya que puede provocar prácticamente cualquier síntoma neurológico. Lo más típico suele ser la aparición abrupta de déficits neurológicos, incluso sin dolor de ningún tipo. Por ejemplo los más frecuentes suelen ser: dificultad en la emisión o comprensión del lenguaje, debilidad de extremidades, pérdida de visión, asimetría facial, inestabilidad de la marcha. Estos síntomas, de forma aislada o en combinación, deben de hacer sospechar la presencia de un área isquémica cerebral. Una vez explorado el paciente, debe de ser remitido a un centro donde pueda ser valorado por un neurólogo, que caracterice adecuadamente dichos síntomas.



La prioridad en su manejo debe de ser máxima, ya que el tiempo es un factor esencial en la recuperación rápida de las secuelas neurológicas.

Según el doctor Francisco Hernández Fernández, neurólogo y neurointervencionista del CHUA, es necesario reducir los tiempos de actuación e incrementar el número de pacientes que accedan a los tratamientos trombolíticos. “En general, una vez pasadas las primeras 6-8 horas, las posibilidades terapéuticas se reducen significativamente. Por eso es necesario una coordinación tan precisa entre todos los profesionales implicados”.

En este sentido, afirma que “el enfoque multidisciplinar del paciente es de importancia capital para conseguir la adecuada coordinación de todo el equipo de ictus, estando implicadas fundamentalmente las especialidades de Urgencias, Neurología, Radiodiagnóstico, Anestesia y Neurorradiología Intervencionista, además del personal de enfermería. Esto implica el correcto diagnóstico, tratamiento trombolítico y/o endovascular y los cuidados postoperatorios”.

Dentro de estas áreas, existen responsables encargados de la adecuada implementación y del control de calidad”:



URGENCIAS:

Joaquín Payá Berbegal
Fernando Gómez Pérez

NEUROLOGÍA:

Tomás Segura Martín
Óscar Ayo Martín
Jorge García García

RADIODIAGNÓSTICO:

Tomás Cros Ruiz de Galarreta
Elena Lozano Setién
Rosa Collado Jiménez

NEURO-INTERVENCIONISTAS:

Enrique Juliá Molla
M.^a José Pedrosa Jiménez
Juan David Molina Nuevo
Francisco Hernández Fernández

ANESTESIA:

Ramón Silverio Peyró García
José María Jiménez Vizúete
Alfonso López Pérez



En cuanto a los tratamientos, el doctor Hernández explica que durante la fase aguda, el tratamiento trombolítico está destinado a conseguir la recanalización arterial, que es el mayor condicionante del pronóstico clínico. Durante las 4.5 primeras horas se puede administrar de forma sencilla por vía endovenosa. “Por desgracia muchos pacientes no responden a este tratamiento, o presentan contraindicaciones, por lo que se puede extraer el trombo mediante técnicas de cateterismo arterial cerebral. Esto permite expandir la ventana terapéutica hasta las 8 horas”.

Existen otros tratamientos destinados a estabilizar al paciente, prevenir nuevos eventos isquémicos o mejorar las secuelas, pero todo ello queda condicionado por la respuesta al tratamiento trombolítico.

En el último año, se ha demostrado la utilidad de la técnica de extracción del trombo por vía endovascular (**TROMBECTOMÍA MECÁNICA**). Esto permite tratar a los grupos de pacientes más graves o que no han respondido al primer nivel de tratamiento trombolítico.

En el futuro es posible que se avance en la innovación de nuevos dispositivos endovasculares que permitan la recanalización incluso de forma más rápida y fiable. En cuanto al tratamiento neuroprotector, que protege el cerebro del paciente del daño isquémico, todavía tiene que demostrar su eficacia en humanos.

Albacete es, junto con Toledo, centro de referencia regional en la asistencia y el estudio clínico de esta patología tanto a nivel nacional como internacional. Esto supone, para el neurólogo, la consecución del manejo integral del ictus.



“Cualquier paciente de la región puede ser tratado con las últimas técnicas de trombectomía mecánica sin límite horario y sin necesidad de traslado a otra comunidad”.

Castilla-La Mancha cuenta con dos Unidades de Ictus en los hospitales de Albacete y Toledo, que están capacitadas para realizar trombolisis intravenosa y trombectomía mecánica. Asimismo, tiene un Equipo de Ictus en los hospitales de Ciudad Real, Mancha Centro y Cuenca en los cuales se realiza trombolisis intravenosa, 24 horas al día.

La Unidad de ictus ayuda a mejorar el pronóstico del paciente, mediante el control de las constantes vitales por parte de enfermería entrenada. El paciente es estabilizado y monitorizado para detectar alteraciones cardiacas embolígenas.



La Unidad de Albacete dispone de 5 camas, con valoración neurológica continua mediante vigilancia y escalas. “El disponer de una unidad de ictus homologada es importante para manejar al paciente una vez que han pasado las primeras horas, por lo que un hospital de referencia de ictus no se concibe sin unos cuidados adecuados en unidad de ictus”, asegura el doctor Hernández.

	TROMBÓLISIS INTRAVENOSA	TROMBECTOMÍA MECÁNICA
Clinica	Déficit neurológico focal, agudo y objetivable sugerente de isquemia cerebral	
Hora de inicio de síntomas	Hora conocida o consideración de la última en la que se le observó asintomático	
Situación Basal	Menor o igual a 2 en la Escala de Rankin modificada	
Expectativa de vida / comorbilidad.	Ausencia de enfermedad terminal	Expectativa de vida superior a 1 año
Edad	Sin criterio de edad	Menor de 80 años
Ventana terapéutica	4 horas y media	8 horas
Excepciones ventana	ninguna	Afectación de Arteria Basilar, confirmada por imagen y con reflejos de tronco conservados. <ul style="list-style-type: none"> • 4 horas si coma (primer epigrafe de la NISHH 2). • 12 horas si existe otro déficit neurológico, pero es estable desde el inicio del cuadro clínico. • 48 horas si existe clínica fluctuante ó AITs de repetición.
Indicación	Todos los casos	<ul style="list-style-type: none"> • Trombólisis iv ineficaz. • Paciente fuera de ventana para trombólisis iv. • Contraindicación farmacológica para trombólisis iv.

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN CÓDIGO ICTUS CHUA

“Pasado, presente y futuro del tratamiento del Ictus Isquémico en Castilla-La Mancha”

Para dar a conocer todos estos avances relacionados con la patología neurovascular, el pasado 10 de junio especialistas de toda Castilla-La Mancha se reunieron en Albacete.

El Aula Magna de la Facultad de Medicina fue el escenario escogido para hablar del pasado, presente y futuro del tratamiento del ictus isquémico en Castilla-La Mancha.

La jornada, que contó con una nutrida participación, fue organizada, entre otras instituciones, por el Colegio Oficial de Médicos de Albacete, estando el Vocal de la Junta de Gobierno y médico adjunto del Servicio de Urgencias, Fernando Gómez Pérez, presente en el evento.

Los doctores Tomás Segura, jefe del Servicio de Neurología, y Enrique Juliá, jefe de la Sección de Radiología Vasculat, explicaron el Código Ictus Regional de Castilla-La Mancha y la experiencia albaceteña en el tratamiento del ictus isquémico agudo.

Posteriormente, el director del departamento de Neurociencias del Hospital Germans Trías i Pujol, Antoni Dávalos, se refirió a la Evidencia científica del Tratamiento intervencionista en el Ictus Isquémico.

Las Técnicas endovasculares en Ictus Isquémico Agudo para una recanalización segura y exitosa fueron abordadas por el neurólogo y neurointervencionista del CHUA, Francisco Hernández.

La radióloga Rosa Collado habló de la imagen en el diagnóstico del Ictus Isquémico Agudo y sobre la importancia del traslado rápido de pacientes y el éxito del procedimiento intervencionista se refirió Raúl Canabal, el director médico del 112 del Sescam.

La jornada terminó con una mesa redonda y las conclusiones respecto a la problemática y las oportunidades que ofrece el Tratamiento endovascular en Castilla-La Mancha.

Profesionales médicos realizan estancias en centros de referencia extranjeros

Continuamos conociendo las experiencias profesionales de los médicos que realizan estancias en centros de referencia extranjeros para profundizar sus conocimientos clínicos. Aunque este es, sin duda, el principal objetivo de tales becas, el alto grado de satisfacción que consiguen los médicos a nivel, tanto profesional como personal con estas rotaciones, anima a que otros compañeros sigan por el mismo camino y soliciten las becas del COM de Albacete.

SOFÍA EZSOL LENDVAL es residente de Dermatología de cuarto año.

“En la FUAM se utiliza la teledermatología y los programas de viajes de un equipo multidisciplinar con barco al interior para dar una asistencia básica”.

Natural de Hungría, desde hace muchos años vive en España. Hizo la residencia de Medicina Interna en el Hospital General de Alicante y trabajaba como internista, sobre todo en enfermedades infecciosas, con especial interés en la medicina tropical.

1.- ¿Qué hospital elegiste para profundizar tu formación? Dí cuál y por qué fue ese el escogido

- El pasado año tuve la oportunidad de realizar una rotación externa en la Fundación de Dermatología Tropical Alfredo da Matta (FUAM) que es un hospital dermatológico público en Manaus, la ciudad más importante de Amazonia (Brasil); también gracias al Servicio de Dermatología que ha apoyado en todo momento esta iniciativa.

La FUAM es un Centro de Referencia Nacional y de Latino América para Dermatología Tropical, sobre todo para la Hanseniasis, más conocida como Lepra, reconocido por la OMS y la OPAS (Organización Pan Americana de Salud) con varios proyectos en colaboración. Además es un centro de referencia en Brasil de Enfermedades de Trasmisión Sexual y también de otras dermatosis prevalentes en el trópico. La FUAM desarrolla labores asistenciales, preventivas, docentes y de investigación, suponiendo gran parte de los programas de Dermatología Sanitaria de financiación pública en Amazo-

nia, siendo un objetivo estratégico el control y erradicación de la Hanseniasis, pues es una zona hiperendémica y Brasil es el 2.º país del mundo con más casos nuevos. Tiene múltiples programas de colaboración con instituciones de varios países, concretamente en España con la asociación Fontilles.

En cuanto a los motivos para elegir la FUAM:

Hoy en día, en nuestro mundo cada vez más globalizado, es muy importante conocer y tener una noción básica de las dermatosis prevalentes en los trópicos. Aunque son poco habituales en la práctica diaria suelen ser de diagnóstico y de manejo dificultoso, sobre todo por falta de conocimiento y experiencia de los médicos de nuestro medio. Desde el primer año de residencia tenía claro que era muy importante complementar nuestra formación con Dermatología Tropical.

Entre este grupo de enfermedades dermatológicas, la Hanseniasis tiene una importancia y situación especial: los dermatólogos tienen un protagonismo en su diagnóstico y tratamiento, pero en sus fases más avanzadas el manejo es multidisciplinar necesitando una colaboración estricta con otras especialidades (como infectología, neurología, oftalmología, cirugía, traumatología). Además es fundamental la colaboración con epidemiólogos y programas de salud comunitaria. Sigue siendo un problema importante de salud pública en varios países: afectando a muchas personas durante mucho tiempo y dejando secuelas discapacitantes. Aparte de todos estos intereses profesionales, la Lepra tiene un aspecto histórico y social muy peculiar, probablemente poco conocido actualmente en nuestro medio.

Afortunadamente hoy en día en España está erradicada, aunque hay casos esporádicos, sobre todo importados. Sin olvidarnos de casos autóctonos: en la provincia de Albacete se diagnosticaron 2 casos autóctonos en 2005.

Antes de decidir, y tras consultar con médicos más expertos de Hanseniasis, unánimamente me aconsejaron este centro. Además hace

muchos años realicé una rotación en Manaus en el Hospital Tropical, centro de referencia en enfermedades tropicales, donde me hablaron de la FUAM como centro de excelencia en Dermatología Tropical y Hanseniasis; todo ello reforzó mi decisión de volver a Manaus.

Con la ayuda del director médico del Sanatorio de Fontilles (que es el único “leprosario” funcionante en Europa) pude contactar con una dermatóloga de la FUAM, quien me orientó sobre la organización de la estancia.

2.- ¿Cuánto tiempo estuviste en dicho centro sanitario?

Mi rotación duró 2 meses: octubre y noviembre de 2014.

3.- ¿Cómo fue la estancia durante esos días? y, ¿Cómo transcurrió el tiempo de trabajo?

Al inicio se acordó con los responsables de la docencia de la FUAM un programa orientativo, que consistía en frecuentar varias consultas monográficas, quirófono y también participar en actividades de campo (como p.e. cribaje de Hanseniasis en niños escolares o estudio de contactos).

Aparte de estas actividades asistenciales, he tenido la suerte de participar en cursos de formación de Hanseniasis orientados a médicos generales, un curso de histopatología de Hanseniasis orientado a dermatopatólogos y dermatólogos, y un curso de prevención de incapacidades orientado a médicos generales y fisioterapeutas.

También participaba en todas las actividades docentes para residentes: sesiones clínicas, bibliográficas, revisiones. También presenté una sesión sobre dermatitis de contacto alérgica (tema poco conocido por ellos).

4.- ¿Qué diferencias y semejanzas en contraste en la forma de trabajar de estos hospitales con el centro hospitalario de Albacete?

El programa era muy variado y también muy intensivo. El horario de trabajo es parecido al nuestro. Aun así los primeros días eran muy cansados. También por el idioma, que es portugués brasileño en versión local y que aunque sabiéndolo, al inicio cuesta comprenderlo.

Desde el punto de vista logístico no era fá-

cil organizar la estancia ya que es un entorno muy diferente del nuestro. Pero con un poco de esfuerzo y la ayuda de las personas de allí, todo ha ido muy bien. Por suerte me ha acompañado mi familia, así los fines de semana hemos intentando aprovechar para visitar sitios relacionados con el tema de mi rotación (visitar ex-leprosarios en los alrededores de Manaus, recorrer la periferia en sus transportes...).

Es de destacar la amabilidad de la gente, tanto en el hospital como en la ciudad, siendo muy hospitalarios y colaboradores.

El sistema de salud pública y la organización de Dermatología (asistencial y docente) son parecidas a los nuestros, aunque con algo menos de recursos y con menos fármacos financiados. Sin embargo hay algunas cosas diferentes: es frecuente atender pacientes con recursos muy limitados, es decir que no pueden pagar fármacos no financiados ni tratamientos complementarios. En estos casos es el dermatólogo quien tiene que buscar alternativas diferentes de las guías y recomendaciones.

Otra diferencia destacable es que la población, fuera de la ciudad de Manaus, está dispersa a lo largo de ríos más o menos grandes. Aquí no hay carreteras, se viaja con barcos y puede ocurrir que los pacientes tienen que viajar 3-4 días para llegar a Manaus para realizar pruebas especiales o dermatocirugía más compleja. En este contexto en la FUAM se utiliza la teledermatología, y los programas de viajes de un equipo multidisciplinar con barco al interior para dar una asistencia básica y ofrecer formación a médicos generales y personal sanitario local. En estos viajes mensuales que duran unos 5 días se realiza también cribado de Lepra en escolares y detección de tumores cutáneos, entre otras actividades sanitarias. En general ellos dan mucha importancia a la docencia en todos los niveles.

5.- ¿Qué técnicas has aprendido o perfeccionado y si esos procedimientos se pueden aplicar en tu servicio?

En cuanto las técnicas aprendidas destaca la realización de baciloscopia (técnica de muestra intradérmica), otras tomas de muestras, algunas técnicas quirúrgicas para micosis profundas, exploración neurológica orientada y la valoración objetiva de discapacidades en Lepra según criterios de la OMS. De todas formas la “técnica” aprendida más importante era la forma de trabajar de la FUAM: en equipo multidisciplinar, médicos de varias especialidades, enfermería,



Sofía Ezsol Lendval

epidemiólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, podólogos, psicólogos; todos para conseguir un diagnóstico precoz de la lepra a través de cribado, estudio de contacto y búsqueda activa de casos. Y en casos ya diagnosticados dan ayudas prácticas y concretas para prevenir efectos secundarios del tratamiento y para evitar discapacidades permanentes; p.e. organizan talleres para preparar utensilios de uso diario adaptados para pacientes con discapacidad. Son ayudas fundamentales sobre todo para personas que viven en la selva con recursos muy limitados. Además siempre están buscando activamente financiación privada complementaria para ofrecer más servicios a los pacientes.

6.- ¿Consideras importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

La beca del Colegio sin duda ha sido muy importante, desde varios puntos de vista: una ayuda concreta para cubrir una parte de los gastos en estos tiempos de "crisis" y de otro lado un reconocimiento del esfuerzo para realizar una estancia lejana, muy enriquecedora profesional y personalmente. Espero que esta iniciativa del Colegio de Albacete pueda contribuir a que otros médicos jóvenes consigan realizar experiencias y adquirir conocimientos muy útiles en nuestra profesión.

ANDREA ARCINIEGAS VILLANUEVA.

"Trabajar con los protocolos bastante definidos y estandarizados como ellos hacen garantizan una unificación de criterios".

Vive desde hace nueve años en España donde ha trabajado como médico de urgencias y de accidentes de trabajo. Ha terminado su formación MIR y espera incorporarse pronto a trabajar como Neurofisióloga, actualmente está trabajando en su tesis doctoral.

1.- ¿Qué hospital elegiste para profundizar tu formación? Dí cuál y por qué fue ese el escogido

Elegí el University Hospitals Case Medical Center, Cleveland en Ohio, Estados Unidos, debido al prestigio y la referencia a nivel mundial en su unidad de Epilepsia con el Dr. Luders, precursor en semiología y cirugía de la epilepsia; una gran oportunidad de formación a partir del curso de Electroencefalografía y Epilepsia que realizan dos veces cada año y que admiten

un pequeño número de aspirantes de todas partes del mundo (30 personas) incluyendo residentes, fellows del mismo Hospital. Ha sido un honor ser admitida en el mismo.

2.- ¿Cuánto tiempo estuviste en dicho centro sanitario?

Dos meses a tiempo completo.

3.- ¿Cómo fue la estancia durante esos días? y, ¿Cómo transcurrió el tiempo de trabajo?

El periodo formativo fue bastante extenso, mañanas y tardes, que iniciaban con las sesiones clínicas de neurología o epilepsia, seguido de clases teóricas y la lectura de muchos registros electroencefalográficos; asistencia al comité de cirugía de epilepsia para análisis de cada caso en concreto, comunicación y discusión de artículos de interés dentro de la unidad. Trabajos diarios y exámenes cada cuatro semanas para valorar lo aprendido. Cada día fue muy dinámico, en un Hospital con un importante volumen de pacientes, compartiendo y aprendiendo de gente de todas partes del mundo, El tiempo pasó rápido pero fue bastante productivo. Ha sido increíble participar en un departamento de tan excelente nivel con un grupo de los mejores epileptólogos de la actualidad.

4.- ¿Qué diferencias y semejanzas encontraste en la forma de trabajar de estos hospitales con el centro hospitalario de Albacete?

En Albacete no contamos con unidad de Epilepsia; sin embargo la calidad de lo que he aprendido en mi servicio me dio bastante terreno ganado en Cleveland. Aprendí que trabajar con los protocolos bastante definidos y estandarizados como ellos hacen garantizan una unificación de criterios, vi muchos pacientes interesantes, mucha patología pediátrica y cómo se maneja el paciente para ser llevado a cirugía de epilepsia, a enfocar en un todo al paciente epiléptico, abrí horizontes.

5.- ¿Qué técnicas has aprendido o perfeccionado y si esos procedimientos se pueden aplicar en tu servicio?

He perfeccionado la Electroencefalografía cuyas bases ya las aprendí en mi servicio; aprendí el manejo del paciente epiléptico hasta la decisión multidisciplinar de ser llevado o no a cirugía, esperamos que con la unidad de moni-



Andrea Arciniegas Villanueva

torización de Epilepsia en el Hospital en unos años se pueda dar paso a tener algo similar a este tipo de unidades tan necesarias para el manejo de esta enfermedad no tan infrecuente en nuestro medio.

6.- ¿Consideras importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Fundamental. Considero que es una inversión, no solo en el residente que decide salir a formarse, también para el colegio, la comunidad, el Hospital... Salir a una estancia formativa es cambiar la perspectiva, medirte con otras personas que se han formado en otros lugares, formarte con los mejores.

ISABEL GARCÍA DEL VALLE

“Gracias a estas becas, médicos jóvenes y residentes con escasos recursos podemos conocer de primera mano otras realidades asistenciales, mejorar nuestra formación y capacitación”.

La doctora García del Valle se encuentra actualmente con un contrato de guardias entre los dos Hospitales de Albacete, tras finalizar la especialidad de Medicina Interna en el Complejo Hospitalario de Albacete. Además, este verano va a cubrir la asistencia hospitalaria en la Unidad de Infecciosa.

Su formación la realizó en el hospital Emory de Atlanta, USA, en concreto el Departamento de Medicina Interna, Reumatología, por su prestigio en el campo de las Enfermedades Sistémicas, en el ámbito investigador, docente y asistencial. “Está dirigido por un médico español, Dr. Ignacio Sanz, afincado en USA desde hace más de 15 años y ello facilita que médicos residentes españoles puedan acudir allí a mejorar conocimientos y habilidades”. Atlanta alberga, además de este prestigioso Hospital Universitario, el famoso CDC (Centro de Control de las Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos), de referencia internacional.

2.- ¿Cuánto tiempo estuviste en dicho centro sanitario?

La estancia fue de dos meses, muy intensivos, de finales de septiembre a finales de noviembre de 2014.

3.- ¿Cómo fue la estancia durante esos días? y, ¿Cómo transcurrió el tiempo de trabajo?

Fue magnífica. Mi compañero y yo estuvimos alojados en un apartamento próximo al complejo hospitalario, que está ubicado a unos 5 kms. del centro urbano. La jornada docente y asistencial se prolonga desde la mañana hasta la tarde y se reparte en tareas formativas (sesiones clínicas y bibliográficas, exposición y discusión de casos) asistenciales (consultas y visitas en sala), así como horas libres para la realización de proyectos de investigación.

Naturalmente también hubo algo de tiempo para el turismo, para cenar y salir con compañeros y ver algún evento deportivo cómo el baloncesto de la NBA.

4.- ¿Qué diferencias y semejanzas encontraste en la forma de trabajar de estos hospitales con el centro hospitalario de Albacete?

En USA la asistencia médica es mayoritariamente privada a través de las compañías aseguradoras. También existe una asistencia pública a cargo del Estado y los médicos del Hospital dedican una parte de su tiempo a asistir en estos Hospitales públicos. En concreto, los lunes se atendía a los enfermos del Hospital Grady público de la ciudad de Atlanta. Nos sorprendió que estos enfermos llegaban con clínica más grave, tal vez porque al no poder acceder, por falta de recursos, a la asistencia, consultaban en estados mas avanzados y con mayor deterioro. El Hospital Emory es Universitario y privado, tiene como prioridad la investigación y la docencia. Los medios técnicos y materiales son más importantes y el tiempo dedicado al paciente es mayor, siendo las jornadas laborables más extensas. Pero la calidad científico-técnica asistencial en general no difiere mucho de la del Hospital de Albacete a pesar de la considerable diferencia de medios y recursos de que disponen.

5.- ¿Qué técnicas has aprendido o perfeccionado y si esos procedimientos se pueden aplicar en tu servicio?

Durante las visitas en consulta, aprendimos el control de la patología autoinmune con el manejo exhaustivo de tratamientos médicos muy específicos (tratamientos biológicos), y sus complicaciones. Así mismo realizamos numerosas infiltraciones, instilaciones de solución compuesta por corticoide y anestésico.

6.- ¿Consideras importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?



Isabel García del Valle

Estas ayudas son muy importantes, pues nos permiten sufragar el alto coste que esta formación conlleva: viaje, alojamiento manutención, etc.. Gracias a estas becas, médicos jóvenes y residentes con escasos recursos podemos conocer de primera mano otras realidades asistenciales, mejorar nuestra formación y capacitación.

RICARDO REOLID MARTÍNEZ

“Una de las particularidades de las USF es la posibilidad de que cada médico puede organizar libremente su agenda de atención al público”.

El doctor Reolid Martínez ha terminado el MIR en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Zona IV de Albacete y actualmente trabaja en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. El pasado año tuvo la oportunidad de trabajar en la Unidad de Salud Familiar de Portugal; una experiencia “gratificante” que recuerda con entusiasmo

1.- ¿Qué hospital elegiste para profundizar tu formación? Dí cuál y porqué fue ese el escogido

Elegí la Unidad de Salud Familiar (USF) de Oeiras. Tuve la oportunidad de acudir a una ponencia acerca de la reforma del sistema nacional de salud portugués durante un Congreso Regional de Atención Primaria celebrado en Albacete. En ella el Doctor Luis Pisco presentó estas unidades de trabajo que me resultaron realmente atractivas. Tras coincidir con él de nuevo en posteriores reuniones, se abrió la puerta a una rotación externa; durante el mes de julio del pasado año pude conocerlas desde dentro.

- ¿Cómo fue la estancia durante esos días? y, ¿Cómo transcurrió el tiempo de trabajo?

Muy gratificante. Durante un mes pude compartir consulta junto a la Doctora Susana Corte-Real. Una de las particularidades de las USF es la posibilidad de que cada médico puede organizar libremente su agenda de atención al público. En mi caso, se realizaba asistencia en horario de mañana 3 días y 2 en horario de tardes. Además, durante la primera semana de Julio se celebró en Lisboa la XIX Reunión anual de la Wonca Europe (World Organization of Family Doctors), donde pude

presentar diversos trabajos de investigación e intercambiar diferentes puntos de vista de la medicina de familia con los compañeros de la USF. Del mismo modo, la oportunidad de acudir acompañado por María, también Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Albacete a la misma USF facilitó la estancia.

4.- ¿Qué diferencias y semejanzas encontraste en la forma de trabajar de estos hospitales con el centro hospitalario de Albacete?

Dentro de las diferencias, el modelo de la USF de Oeiras destaca por su modelo de gestión autoorganizada. Se trabaja en microequipos formados por un médico, una enfermera y un administrativo. En la atención asistencial de la USF, uno de los días está dedicado a la atención de la mujer sana y embarazada y otro día a la edad infantil, por lo que no existe allí la figura de la matrona ni la del pediatra de atención primaria. Otro apunte sería el sistema de tasas que existe para determinado tipo de consultas y el sistema de pago mixtos con objetivos, nacido como iniciativa para mejorar la eficiencia y satisfacción tanto de usuarios como de profesionales. Otros aspectos que me gustaría destacar serían la libertad tanto de prescripción como de solicitud de pruebas complementarias de las que dispone el médico de la USF y la mayor duración de cada consulta con cada paciente, llegando a los 30 minutos en alguna de las consultas programadas.

5.- ¿Qué técnicas has aprendido o perfeccionado y si esos procedimientos se pueden aplicar en tu servicio?

Aparte de impregnarme de un sistema de trabajo distinto, destacaría sobre todo la atención integral a la familia con las consultas monográficas de atención a la mujer, la planificación familiar y la edad infantil. El hecho de contar un día a la semana para trabajar en dichos campos fortalece la formación en dichas áreas.

6.- ¿Consideras importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Sí. No sólo para perfeccionar la formación de las diversas especialidades de la Medicina en algunos de los centros de referencia, sino para poder conocer otras maneras diferentes de trabajar.



Ricardo Reolid Martínez

Los Juegos Públicos en la Roma de la Antigüedad. “LUDI CIRCENSES” (1)

JOSÉ MARÍA MANUEL GARCÍA-OSUNA Y RODRÍGUEZ
 Doctor en Historia Antigua y Médico de Familia
 Académico de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias



RESUMEN

En el presente trabajo se analizan todos los ocios, mayoritariamente sangrientos, de los romanos en el Circo, desde las naumaquias hasta las luchas de gladiadores, pasando por las venaciones, todo aquel conglomerado de espectáculos que Roma acuñó para distraer a un pueblo que carecía de la más mínima piedad.

“Ut placeat Deo et hominibus”.

1. EL CIRCO MÁXIMO

“Desde que no puede vender sus votos, él, que antaño llevaba por el mundo su poder, su emblema y sus legiones, se ha convertido en un pueblo degenerado que ya sólo desea, con una ansiedad codiciosa, dos cosas: pan y juegos” (1). Se encuentra en el valle entre las colinas romanas del Palatino y del Aventino; en la época de los reyes de Roma ya se celebraban en él carreras de carros de caballos y pedestres. Pronto se convirtió a aquel valle de 650 m. de largo por 100 m. de ancho, en un campo llano, con los asientos de los espectadores en sus suaves pendientes. Tras las obras comenzadas por Gayo Julio César y acabadas por Augusto, se puede decir que el edificio era espléndido. Las gradas poseían tres pisos, con el más bajo de piedra y los dos superiores de madera, por lo que al hundirse en varias ocasiones los muertos se solían contar por centenares. Tras el incendio de Roma en la época del principado de Nerón (54-68 d.C.), este lo reconstruyó, pero Domiciano (81-96 d.C.) y Trajano (98-117 d.C.) lo agrandaron y embellecieron. Su aforo oscilaba entre los doscientos y los trescientos mil espectadores, aunque probablemente pudiese llegar hasta el medio millón de espectadores de pie, ya en la época de Trajano. En las gradas más próximas a la pista estaban los asientos de los senadores, luego los ocupados por los caballeros y a continuación el populacho o plebe romana en las filas más altas, las mujeres siempre se sentaban con los hombres. El palco que comunicaba con los palacios imperiales del Palatino era el lugar reservado para el emperador, su familia y acompañantes. Los espectáculos más importantes del circo eran los “juegos troyanos” y las “carreras de carros”.

“En cuanto a los juegos públicos, puesto que aparecen divididos en juegos de orquesta y de circo, es necesario que estos últimos consten de carreras, de pugilato y de lucha, de carreras de carros y de caballos hasta una victoria determinada” (2). Los médicos romanos recomendaban el pugilato, que era un verdadero boxeo, para fortalecer los músculos y, con cierta mesura, contra los dolores de cabeza y los vértigos, se piensa que los inventores fueron los helenos y los etruscos. Su nacimiento se cita en la época del rey etrusco de Roma,

Tarquino el Viejo o el Antiguo o Prisco (616-579 a. C.); Augusto (27 a.C.-14 d.C.) y Calígula (37-41 d.C.) eran seguidores entusiastas de esta competencia deportiva.



2. ¿CÓMO SE INAUGURABAN LOS JUEGOS?

Comenzaban con un desfile triunfal de tipo religioso. La procesión, con numerosas imágenes de dioses, se iniciaba en el Capitolio, luego llegaba hasta el Foro de Roma, pasaba por el barrio Etrusco, por el Velabro (zona de llanura entre el río Tíber y el Foro de Roma) y el Foro Boario (en la orilla izquierda del río Tíber, donde se celebraba el mercado de animales) y entraba al circo por su puerta central, para recorrer toda la pista. El magistrado organizador de los juegos encabezaba el desfile desde un carro y si era un cónsul o un pretor iba vestido con las insignias de un general en día de triunfo: la toga púrpura recamada de oro sobre la túnica bordada con hojas de palma, coronado de oro que representaba hojas de roble y con el cetro de marfil terminado en un águila. Iba precedido por filas de consulares y estaba rodeado de sus clientes con togas blancas; los dioses iban portados en pasos y sus atributos les seguían en lujosos carros tirados por bueyes, caballos o elefantes, cada dios escoltado por sus sacerdotes y acólitos. Los carros de los dioses se llamaban *thensae*, imitando variadas formas, los jóvenes conductores no podían ser huérfanos y tocaban la urna divina con la mano izquierda y con la derecha sostenían las riendas.

“Por lo que hace a los sacrificios, las procesiones y los espectáculos, suelen los romanos repetirlos no sólo por una causa tamaña, sino por otras más pequeñas; pues con que tropezase uno de los caballos que conducían las llamadas criadas (*tensae*), o con que un auriga tomase las riendas con la mano izquierda, decretaban que de nuevo se hiciese la rogativa, y aun en tiempos posteriores se hizo hasta treinta veces el mismo sacrificio, porque siempre pareció que había habido alguna falta o se había atravesado algún estorbo; ¡tal era en estas cosas divinas la piedad de los romanos!” (3). En

¹ Juvenal. “Sátiras”.

² M. Tulio Cicerón, “Leg.”; 2, 38.

las pompas solían desfilan los doce grandes dioses y otras divinidades helénicas, estos símbolos se llamaban exuviae, César recibió este honor en vida y en adelante las imágenes de los emperadores glorificados por la apoteosis desfilaban también. Toda esta pompa se relacionaba con el triunfo debido a los generales victoriosos, ya que estos iban revestidos con las exuvias del dios supremo romano, Júpiter Capitolino, “Augustissima uestis est tensas ducentibus triumphantibusue” (4). Los carros eran de un lujo inmarcesible, compuestos de oro, marfil y perlas preciosas, los espectadores aclamaban al dios de su devoción: los labradores a Ceres, los soldados a Marte, los jóvenes a Venus y los comerciantes a Mercurio. Al finalizar el desfile, el presidente repasaba la disposición de los carros, de los caballos y los aurigas, haciéndose público el orden de los diversos juegos.



3. LOS JUEGOS TROYANOS

Fue Augusto quien instituyó regularmente estos ludi Troiani (Troya), donde se realizaba un simulacro de batalla entre jóvenes del patriciado con sus armaduras y distribuidos entre caballería e infantería. Virgilio escribe que este espectáculo lo trajo Ascanio, el hijo de Eneas, desde Troya, cuando troyanos y sicilianos se juntaron en el puerto de Erix y presididos por Eneas van a conmemorar la muerte de Anquises (el padre de Eneas) el año anterior, organizando diversos juegos: una carrera naval, una pedestre, una lucha de pugilato, lanzamiento de flechas, y conducción y doma de tres escuadrones de doce caballos, bajo el mando de Príamo (rey de Troya), de Ato y de Ascanio, sus movimientos eran laberínticos y remedaban los de un grupo de delfines. Ascanio enseñó estos ejercicios a la juventud de Alba Longa y de allí pasó a Roma, y los púberes que participaban en este juego se van a denominar “escuadrón troyano”, dividido en dos escuadrillas mandadas por seis capitanes llamados seuri equitum Romanorum, tres mayores de 15 a 17 años y tres menores de 12 a 15 años de edad, los escuadrones se completaban con los hijos de los senadores, estos jóvenes eran llamados principes iuventutis.



4. LOS DESULTORES

Eran aquellos individuos que disfrutaban el premio homónimo de las carreras de carros, pero a pie. Antes de comenzar las competiciones de los carros las carreras eran sólo de caballos, los caballeros iban saltando de un caballo a otro, y haciendo equilibrios a pie sobre el lomo del equino lanzado al galope, luego saltaban a tierra y se subían de nuevo sin detenerlo e inclusive tenderse tranquilamente sobre sus lomos. “Nec non alterno desultor fidere dorso quadrupedum, et stabiles poterit defigere plantas” (5).



5. LAS CARRERAS PEDESTRES

Plinio el Joven describe que en el año 59 d.C. una niña de ocho años corrió en el circo desde el mediodía hasta el anochecer, 75 millas (111 kms.) e incluso otros atletas lo hacían hasta 160 millas o 237 kms.. Lucrecio indica que a veces se corría con relevos, entregándose unos a otros unas antorchas ardiendo: “et quasi cursores uitae lampada tradunt” (6).

6. JUEGOS DE GLADIADORES

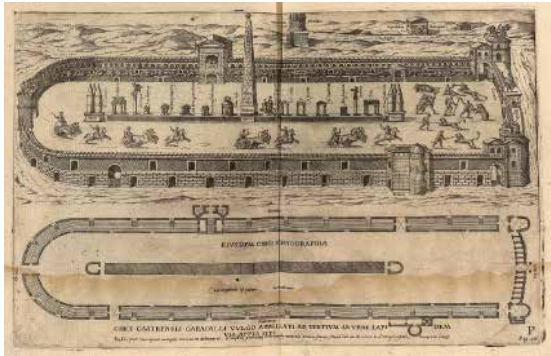
Los ludi gladiatorii tienen su origen en el pueblo de los etruscos, donde estaban relacionados con las honras fúnebres. “Degollar prisioneros o esclavos u obligarlos a que se mataran mutuamente era la satisfacción más noble que podía darse a sus manes (dioses familiares). La frecuencia con que aparecen representadas estas luchas en las urnas funerarias de la Etruria nos manifiesta que era entre ellos una institución nacional” (7). Cuando los etruscos bajaron hacia la Campania, la afición de los campanos se incrementó; su mayor urbe, Capua, tenía el mayor número de gladiadores. Por fin el Lacio siguió el ejemplo de sus vecinos. En Roma los primeros gladiadores “riñeron” en el año 246 a.C., en los funerales de D. Junio Bruto Perea, en ellos tres parejas de gladiadores lucharon en el foro Boario; “D. Iunius Brutus munus gladiatorium in honorem defuncti patris edidit primus” (8). A lo largo de los siglos III y II a.C., los romanos se aficionaron, desenfrenadamente, a estos juegos, por ejemplo en el año 174 a.C., en memoria del consular T. Quinctio Flaminio (cónsul en el año 198 a.C.), las luchas de gladiadores duraron tres días. La pasión de los romanos por los juegos era de tal calibre, que durante el consulado de los cónsules P. Rutilio Rufo y C. Manilio, en el año 105 a.C. el Senado

³ Plutarco. “Coriolano”, 25, 5.

⁴ Tito Livio, “Ab Urbe Condita”, 5, 41.

Los Juegos Públicos en la Roma de la Antigüedad. "LUDI CIRCENSES" (1)

se vio obligado a admitir a las luchas entre gladiadores dentro de los espectáculos públicos y, además, las familias patricias siguieron ofreciendo estos combates en los funerales de sus familiares.



Hasta el final del Imperio el vocablo munus distingue a este espectáculo de gladiadores de los otros llamados ludi; en estos combates suele predominar la idea de que se debe obsequiar a los muertos. En el año 54 a.C., C. Julio César (100-44 a.C.) promovió la lucha de gladiadores en el funeral de su hija Julia, cuyo viudo era Cn. Pompeyo Magno (106-48 a.C.). En el año 6 a.C. Augusto los consagró a la memoria de su yerno y gran almirante, M. Vipsanio Agripa (63 a.C.-12 d.C.), y siempre junto al busto del fallecido. Pero eran tan reiteradas sus celebraciones que M. T. Cicerón escribía, en el año 52 a.C., "no hay nadie que no esté ya harto de estos combates" (9). A partir del año 105 a.C. se legisla sobre los combates de gladiadores, apareciendo las *leges gladiatoriae*, inclusive en el año 65 a.C. se debió regular el número máximo de gladiadores, aunque Julio César presentó a trescientas parejas en el funeral memorial de su padre. En el año 22 a.C. Augusto rebajó a cien el máximo de parejas permitidas y reduciendo a dos los espectáculos de este género al año, los gastos de estos munera no deberían sobrepasar los doscientos mil sesteracios, aunque se señala que por poco importante que fuera cada espectáculo costaba un mínimo de 30 talentos (cada talento de oro equivaldría a 300.000 dólares o 325.000 Euros), equivalentes a 700.000 sesteracios, por lo que era necesario buscar subterfugios para conseguir burlar las normas senatoriales.

Con frecuencia existen textos funerarios con disposiciones que indican el número de gladiadores, que habrán de reñir en el entierro del testador, se pensaba que el homenaje de sangre y muerte agradaría más al difunto, si los que se mataban por él eran prisioneros de guerra, pero a veces no se poseían, por lo que era necesario recurrir a luchadores profesionales, es decir los denominados gladiadores. Luchaban por parejas, en grupos o en formaciones de verdaderos ejércitos, tras esta conclusión la arena del circo quedaba empapa-

da de sangre y cubierta de cadáveres. Las escuelas de gladiadores del Estado se llamaban cesarianas y sus luchadores eran los mejores y más hermosos o bellos. Las escuelas se nutrían de gladiadores de entre: 1.º los prisioneros de guerra, 2.º los condenados ad *gladium* o ad *ludum*, que no era una condena a muerte *sensu stricto* pero si perdían su libertad, se les podía redimir entregándoles el *rudis* o espadín a los tres años, liberándolos de la obligación de luchar y a los cinco el *pileus* o gorro frigio que los emancipaba por completo. Los procónsules incrementaban sus condenas para nutrir al circo de gladiadores, 3.º los condenados a trabajos forzados, estos que eran castigados con la sentencia de ad *gladium ludi deputati*, pasaban a la cárcel o a la arena y no eran conducidos a una escuela previa de aprendizaje de gladiadores; si vencían, el dueño no perdía el derecho de vida sobre la persona y como era de capital importancia prolongar su existencia, se les curaban las heridas, pasado el tiempo de condena podían ser liberados. Tito (79-81 d.C.) envió a las canteras egipcias a un gran número de hebreos o judíos cogidos prisioneros en las batallas, pero a otros los envió a las ciudades helénicas de Palestina para que se matasen mutuamente y fuesen motivo de diversión para los espectadores, 4.º los esclavos, que eran entrenados por los lanistas o dueños de las escuelas de gladiadores, para que ocupasen el lugar de su guardia personal y una vez adiestrados luchasen en festividades familiares, o eran alquilados para los juegos circenses. 5.º hombres libres, que en pleno estado de desesperación económica o personal o marginados sociales, que preferían "dejarse azotar con varas, quemar con fuego y matar por el hierro", antes de seguir viviendo en la miseria; este juramento lo prestaban delante del tribuno de la plebe, que registraba sus tres nombres si eran hombres libres, por ejemplo Q. Ducennius Optatus o Q. Clepius, además de apuntar su edad y la cantidad de dinero por la que se alquilaba como gladiador, el mínimo eran 2.000 sesteracios (unas 400 pesetas), y luego era entregado al lanista, no obstante el tribuno podía negarse a inscribirlos si eran viejos (senior) o débiles (inhabilior); el gladiador así contratado era llamado *auctoratus*, como los soldados que eran entregados al ejército, pero en el caso de los gladiadores eran calificados como infames y carecían del derecho a usar el caballo típico del orden ecuestre, eran privados del asiento de honor en los juegos, no podían optar al *decurionato* municipal, no podían ser defendidos en los tribunales y ni ser enterrados con los honores habituales, se asemejaban más a los esclavos. El *auctoratus* pasaba luego por la *ferula* (especie de látigo o palmeta), que era una prueba muy dolorosa que les dejaba claro que su juramento no era letra muerta.

(continuará en número siguiente)

5 M. Manilio, "Astronomicón", 5.

6 Tito Lucrecio Caro, "De Rerum Natura", 2.

7 J. Guillén, "Urbs Roma, La vida pública", 1978.

8 Tito Livio, "Ab Urbe Condita. Epit.", 16.

9 M. Tulio Cicerón. "Fam.", 2, 3, 1.

SemFYC y OPEM firman un acuerdo para fomentar y mejorar la búsqueda de empleo de los Médicos de Familia

• **LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEM FYC) Y LA OFICINA DE PROMOCIÓN DE EMPLEO MÉDICO DE LA FUNDACIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC (OPEM) HAN SUSCRITO UN ACUERDO DE COLABORACIÓN CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR Y MEJORAR LA BÚSQUEDA DE EMPLEO DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA.**

En la firma de este convenio participaron el presidente de la Fundación de Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), Dr. Juan José Rodríguez Sendín, y el presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), Dr. Josep Basora.

Entre otras medidas, este acuerdo de colaboración contempla la prestación, por parte de OPEM, de un servicio de consultoría y verificación sobre ofertas de empleo y la organización de jornadas formativas dirigidas a los socios de esta sociedad científica para conocer y saber utilizar el programa de empleo de OPEM.

Por otra parte, SemFYC, federación que agrupa a 17 Sociedades de Medicina de Familia y Comunitaria en España y representa a más de 19.500 médicos, proporcionará difusión de las ofertas de OPEM a través de sus diferentes medios de comunicación e incluirá dicha información en su bolsa de empleo, redes sociales o mediante creación de banners y anuncios.

El presidente de la FPSOMC, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, destacó la importancia de este acuerdo que se logra en una época en la que el colectivo médico vive una grave situación de precariedad, que describió en tres niveles: "laboral, profesional y social". "Esta situación -dijo- nos obliga a hacer mayores esfuerzos y por ello hemos unido sinergias con la SemFYC, para intentar ofrecer un buen servicio como es OPEM, a todos los médicos posibles; queremos que se difunda y que lo aprovechen todos los que puedan".

Resaltó el trabajo de la Oficina de Promoción de Empleo Médico a lo largo del año y medio que lleva activa, una prestación que "ofrece garantías, permite que la gente vaya muy informada a aquellos países en los que ha aceptado una oferta de empleo, y responde a las necesidades que les puedan surgir" - aseguró.

Por su parte, el Dr. Josep Basora valoró este acuerdo como "positivo y necesario" porque ofrece a los socios de SemFYC unas garantías de empleo y de protección para combatir la inestabilidad laboral, la precariedad y la falta de oportunidades que vive este colectivo en España en



estos momentos.

En su opinión, "es una obligación de todos los que somos responsables de organizaciones médicas promover estas oportunidades que ofrece la OPEM, especialmente en los casos de los médicos jóvenes que han finalizado recientemente la residencia de Medicina de Familia" - y añadió - "este acuerdo persigue facilitar algo que todos nos merecemos que es un trabajo estable".

OFICINA DE PROMOCIÓN DE EMPLEO MÉDICO

La OPEM, puesta en marcha bajo el paraguas de la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC), tiene como objetivo principal paliar las situaciones de desempleo en las que puedan encontrarse los médicos en España, y por tanto prevenir los riesgos de desprotección social derivadas de las mismas. Centra su actividad en informar y ofertar trabajo para médicos españoles en el extranjero.

La Oficina de Promoción de Empleo Médico, que desde su apertura a principios de 2014 ha gestionado más de 1.700 ofertas de trabajo a las que se han presentado 350 facultativos, de los cuales, 35 han obtenido un puesto de trabajo y un futuro laboral en el extranjero en condiciones garantizadas por la OPEM, en distintos países como Reino Unido, Alemania, Francia, Irlanda, Brasil, Dinamarca, Noruega o Arabia Saudita.

Formas y sistemas esenciales



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.

Pediatra. Colegiado 020201038

Ya vimos que, a no ser que lo entendamos como creación, nunca podremos definir la materia; sin embargo, a pesar de eso, cada vez sabemos más de ella porque nuestros conocimientos científicos progresan a un ritmo muy acelerado. Pero no es necesario definir la materia ni poder analizar las nanopartículas para percatarse de que todas las formas materiales, a lo largo de la historia de la Evolución, están obligadas a dotarse de un alto grado de funcionalidad para resistir, con holgura, la enorme presión que ejerce sobre ellas la inmisericorde fuerza de la selección natural, que, constantemente, las está inclinando hacia la autoexigencia de la perfección. A corto o largo plazo, todo lo que naturalmente está mal hecho termina extinguiéndose en el seno de lo que está bien hecho.

Cada forma existente es una pequeña parte de la masa gravitatoria, que ocupa un espacio real en un Cosmos que permanece en movimiento continuo porque, globalmente, se vale del impulso imparable y sincrónico de todos sus componentes, sean formas pequeñas o grandes. Si por un solo instante, una sola forma se parase, toda la sustancia material quedaría reducida a la nada; y, para que eso no suceda, cualquier tipo de forma es un almacén de energía que ofrece su disponibilidad en pos de innumerables reacciones físico-químicas que se comunican estrechamente entre sí, en el ámbito de una total interdependencia.

Recuerden la famosa fórmula de Einstein: $E = M \cdot V^2$. Es decir, la energía que existe en el Cosmos es igual a su masa, multiplicada por la velocidad de la luz al cuadrado. Si V fuese equivalente a cero, porque algo, en algún sitio, dejase de moverse, tanto E como M también equivaldrían a cero.

La funcionalidad de cada forma depende de la particular manera que se expresa en los diversos ámbitos existentes; y, si alguna de ellas deja de ser funcional en el contexto de su ámbito, es porque se está comportando en detrimento del resto de las demás formas que, también, interaccionan globalmente, como ella. Esa es la causa, que necesita la selección natural, para terminar con esa susodicha forma. A partir de esa justicia natural, constantemente, se está restableciendo un equilibrio donde el Cosmos permanece expandiéndose y contrayéndose caprichosamente, evitando un estado caótico.

Pero, prácticamente, ¿qué hace una forma para que digamos que es funcional? Muy sencillo: ahorrar espacio y energía de la manera más eficiente. Basta que seamos un poco observadores para que deduzcamos que, en la globa-

lidad de la masa gravitatoria, existen tres formas esenciales de alta funcionalidad: la espiral, el hexágono y el círculo.

También, junto a la individualidad concreta de cualquier forma funcional, existen sistemas esenciales que se combinan con las susodichas formas para constituir dispositivos funcionales, de alta rentabilidad operativa. Por ende, es un hecho fehaciente la constatación de que la naturaleza, sabiamente, como si estuviera controlada por una fuerza superior que lo gobierna todo, dispone de formas y sistemas que, amparados en las leyes físicas, son esenciales para la existencia del Cosmos y la ausencia del caos.

Veamos dichas formas y sistemas:

1) FORMAS ESENCIALES

Espiral.- El caparazón de los caracoles y conchas marinas, la espiritrompa de camaleones y mariposas, un enorme tornado o un simple remolino de viento y un potente ciclón o el agua que se escapa por el sumidero del lavabo reproducen la funcionalidad de la consabida escalera espiral de A.D.N. que, dotada de una gran flexibilidad y en el mínimo espacio posible, alberga la totalidad del código genético. La espiral es, sin duda alguna, la forma más sencilla que puede adoptar la línea recta para estirarse y plegarse, sin romperse; también, es el dispositivo más eficaz para que un conjunto de materia, relacionada en el espacio, pueda disfrutar el mejor modo de expandirse y comprimirse, sin perder el nexo de unión.

Hexágono.- La forma hexagonal es aquella que utilizan las abejas para fabricar sus panales; la que adoptan el endospermo de las semillas y las teselas de los caparazones de tortuga; la que muestran las superficies freáticas, cuando se secan en el estío; o, en fin, la que toma el agua para cristalizar en hielo o el silicio para transformarse en cuarzo...; es, por tanto, una forma geométrica que reúne ciertas particularidades muy especiales:

Cuando observamos un mosaico, elaborado con figuras hexagonales, percibimos que la unión de los lados de tres hexágonos adyacentes, en un solo vértice, forma ángulos de ciento veinte grados que confieren a la forma una gran resistencia. Al mismo tiempo, si trazamos círculos desde cualquiera de esos vértices o desde el centro geométrico de cada hexágono, comprobamos que en la unión de las formas hexagonales no existen espacios vacíos; todo ello es debido a que el lado del hexágono es equivalente al radio del círculo que lo circunscribe. Por ende, la naturaleza en-

cuentra en la forma hexagonal el modelo geométrico más idóneo para aglutinar, resistir y romper con mayor facilidad, ahorrando espacio y energía.

Círculo.- La forma circular no solamente garantiza el ahorro de espacio, sino que también aumenta la posibilidad de almacenar mayor volumen; y, cuando nos estamos refiriendo a una esfera, también experimentamos que es una forma de gran resistencia. No existe ninguna otra opción geométrica donde la relación establecida entre el espacio ocupado y el volumen contenido sea tan pequeña; por esa misma razón, las espinas de un cactus se disponen en posición radial, para proteger mejor su delicada piel de las agresiones externas y del exceso de evaporación, y, también, la mayoría de los frutos son redondeados o los pétalos de las flores se disponen en círculo para captar mejor la atención de los insectos polinizadores...; en fin, hasta nuestro propio subconsciente nos sugiere que el pensamiento es redondo – si es brillante – o que un negocio nos ha salido redondo, cuando hemos obtenido una gran rentabilidad.

A mayor escala, los astros también son redondos y, puestos a imaginar, ¿por qué el Cosmos no va a tener la tendencia a ubicarse en una forma redondeada? Si a gran escala, como es lógico, fuera así lo dicho, cabría la posibilidad de encontrarnos con estas dos alternativas:

La primera sería que los conceptos de Cosmos y Universo fuesen la misma cosa; y que el Universo consistiese en una gran espiral que, al modo de la cromatina nuclear, estuviese replegado sobre sí mismo en un esferoide que se expande y comprime, en constante transformación y movimiento, envuelto por la imagen de un enorme mosaico hexagonal que confiere gran elasticidad y resistencia. Así, estaría esperando el crítico momento en que, por casualidad, el esferoide se convirtiese en una perfecta esfera que, adecuándose a las leyes de máxima funcionalidad, fuese haciéndose cada vez más pequeña, hasta llegar al punto de alta densidad, donde comenzó el origen del Big-Bang. Nuevamente, surgiría otro tiempo – procedente de un tiempo anterior – para que la materia prosiguiese, por siempre, robando y regalando un hueco a la nada.

La segunda alternativa sería aquella donde hubiese tantos universos espirales como radios puede haber en una esfera, y, siendo esos radios de distinta longitud, formarían un esferoide que, como en el caso anterior, estaría esperando el momento de convertirse en una perfecta esfera.

¡Quien sabe! Todo es posible cuando la imaginación se empeña en buscar explicación a muchas cosas que, por ahora, son inexplicables; pero, algunas, no pasarán nunca de ser imaginadas porque solamente se dejarán acariciar por medio del sentido metafísico de las ideas.

2) SISTEMAS ESENCIALES

Al igual que se optimizan las formas para obtener su mayor grado de funcionalidad, existen muchos sistemas que, no por casualidad, se repiten hasta la saciedad para demostrarnos que también son esenciales. Los meandros de

los ríos, los troncos de los árboles, las vías respiratorias y el aparato vascular de los animales superiores..., todas esas cosas y muchas más, tienen un gran parecido porque están diseñadas para desempeñar la misma función, aunque sea en diversos espacios naturales. Hasta el mismo átomo, dotado de un núcleo central y un número variable de electrones, girando en diferentes órbitas, tiene una gran similitud con el sistema solar y demás sistemas estelares. ¿O es que no concebimos nuestro organismo como una pequeña galaxia celular, llena de formas y sistemas esenciales?

La Evolución – que corresponde a la sabiduría natural –, desde siempre, se emplea en la complejidad, buscando los mejores diseños en formas y sistemas para que, en el espacio más reducido y con el mayor ahorro de energía, se cumplan diversas funciones esenciales, que se dan en distintos lugares del Cosmos. ¡Ahí los tenemos bien cerca! ¡No hay que ir muy lejos! Los meandros de los ríos disminuyen el efecto erosivo del agua, mientras, al mismo tiempo, aumentan la capacidad de irrigación que se ejerce sobre un territorio; pero, los troncos de los árboles, así como las vías respiratorias y el aparato vascular, cumplen una función muy similar cuando, en un espacio muy reducido, consiguen un elevado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono sin producir daños estructurales.

¿Por qué es así todo? ¿De dónde proviene esa constante orden de perfección? ¿Por qué la materia siempre tiene imperfecciones? ¿Dónde está la perfección absoluta? Todas estas preguntas son un gran misterio que, de resolverlo, sería la suprema verdad de la existencia; pero nuestro pensamiento, que no deja de ser materia, tiene que resignarse con el precario carácter de nuestras tristes verdades, que siempre son muy relativas.

*Redondos, como frutos, tan redondos
como el redondo mundo donde vivo,
así son los redondos pensamientos
que el poder de la mente ha concebido.
Nutridos de redondas emociones,
que al redondo cerebro han ascendido,
en el mayor volumen de la esfera
ocupan, del espacio, el menor sitio.
Proyectados en largas espirales
y estirados como hilos infinitos,
van dejando su poso en los panales
de hexagonal mosaico, compartidos.
Vienen y van, se marchan y se quedan;
finalmente, se pliegan en su nicho.
Una rueda y tres formas esenciales:
hexágono, espiral, redondo círculo;
Cosa esencial, materia en movimiento,
Cosmos, espacio y tiempo... sin principio,
y, en aparente caos, cuerpo y espíritu.*

P.A.I.M.E. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO



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

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



La médico de Albacete, María Luisa Celorrio, premiada por la OMC por su labor al frente del PAIME

En el marco del VI Congreso del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), se celebró la entrega de los III Premios PAIME otorgados por la Fundación Para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) en reconocimiento a la trayectoria, compromiso y labor de profesionales, organismos y Administraciones que velan por la salud de los médicos españoles.

En esta ocasión, la FPSOMC quiso reconocer a la Dra. M.^a Luisa Celorrio Bustillo, médico de familia y comunitaria de Albacete, integrada en centros privados de rehabilitación y asistencia a drogadictos. Se reconoció su mérito por crear, apoyar y trabajar desde el Colegio de Médicos de Albacete para acercar el

PAIME a los que lo necesitan.

El Equipo Clínico de las Unidades Ambulatorias de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha fue premiado en la categoría de Unidad Ambulatoria, por su labor en equipo en este ámbito, recogiendo el premio la coordinadora del

PAIME en Castilla-La Mancha, Dra. Mar Sánchez.

También se entregó un galardón en la categoría de “Proyecto de Protección, Promoción y Prevención de la Salud del Médico-La Salud del MIR”, al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Castellano-Manchego de Salud (SESCAM), como instrumento preventivo y garante de la atención al médico enfermo. Galardón que fue recogido por Carmen Marroquí, coordinadora del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Ciudad Real y GAI de Valdepeñas.

Otros premiados fueron:

La Comunidad de Extremadura, que se llevó el galardón “Apoyo Institucional” por el apoyo continuado al desarrollo del Programa PAIME que lleva funcionando en esta comunidad autónoma más de 12 años.

El vicepresidente de la OMC, Serafín Romero, coordinador nacional del Programa, en reconocimiento, como se destacó, “a su ética, entrega, entusiasmo y dedicación al PAIME todo ello enfocado a pacientes y profesionales médicos”.

El Colegio de Médicos de Cáceres, anfitrión del VI Congreso PAI-



ME, obtuvo un reconocimiento por la organización y acogida de este encuentro.

Dentro de la categoría de "Trayectoria" fue galardonada la Dra. M.^a Dolores Crespo Hervás, coordinadora del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Madrid (PAIME), y miembro del Comité Técnico del PAIME por su impulso, apoyo y gestión del PAIME en el Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM).

También fue distinguido dentro de la misma categoría, el Dr. José Carlos Mingote Adán, coordinador de la Unidad de Atención Integral al Personal Sanitario-Enfermero (PAIPSE) de la Comunidad de Madrid, por su apuesta por los programas de protección, promoción y prevención de la salud del médico desde el ámbito colegial.

A La Dra. Carmen Bule Arbiol, miembro del Servicio de Acogida del PAIME de la Fundación Galatea, se le entregó el galardón por su labor en la coordinación del PAIME entre Colegios, clínicos, Fundación Galatea y Fundación para la Protección Social de la OMC, así como por su apoyo, dedicación y buen ejercicio profesional.

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), recibió otro galardón por promover iniciativas que redundan en garantizar las condiciones laborales de la profesión médica y su repercusión en la calidad de la atención sanitaria a la ciudadanía.

El próximo Congreso PAIME se celebrará en Palma de Mallorca en 2017. Será su séptima edición.

Entrevista a M.^a Luisa Celorrio

Hemos hablado con la premiada albaceteña tras la concesión del galardón. María Luisa Celorrio hace un balance de estos años de funcionamiento del PAIME con 26 médicos atendidos y unos resultados "altamente satisfactorios"

- ¿Qué supone para usted este premio?

- Supone un reconocimiento de la OMC a mi trayectoria, compromiso y labor profesional, como responsable clínico de PAIME en Albacete. Como dijo el Dr. Serafín Romero, vicepresidente de la OMC, he creído y apoyado este programa desde el I Congreso PAIME en Córdoba (2003), formando parte del Comité organizador del II en Toledo (2005). A pesar de ser un trabajo duro y en la sombra este reconocimiento me ha motivado e impulsado a seguir colaborando.

2.- Desde 2004 que se puso en marcha en Albacete, ¿cuántos compañeros han solicitado esta ayuda y han sido tratados?

- Desde 2004 han sido atendidos 26 médicos colegiados y con ejercicio en el COM de Albacete.

3.- ¿Qué tipo de tratamiento requieren los médicos enfermos?

- Con el fin de evitar la automedicación y la ocultación del problema, para atender y tratar debidamente a estos pacientes y a la vez evitar un cierto riesgo de mala praxis nace el PAIME. Es un programa de médicos para médicos, orientado al tratamiento y recuperación del médico con problemas psiquiátricos y/o adictivos. Ofrece diferentes servicios asistenciales:

* Ambulatorio: consulta médica, psicoterapia, controles toxicológicos de orina y estudios neuropsicológicos.

* Hospitalización en la Unidad de ingreso del PAIME para casos graves en Barcelona.

4.- A su consulta llegan los pacientes ¿porque lo han solicitado ellos mismos o derivados por otros colegas?

- Los tipos de demanda pueden ser:

* De manera voluntaria, es la gran mayoría de los pacientes médicos que acceden al programa. Puede ser de manera espontánea o inducida por alguien de su entorno familiar o la-

boral.

* Comunicación confidencial por algún colega que informa al PAIME de un posible médico enfermo.

* Denuncia formal cuando ha existido mala praxis o reclamación/denuncia de un paciente.

5. Los médicos son conocedores de la confidencialidad del programa PAIME?

- Es muy importante y fundamental que el médico enfermo conozca la absoluta confidencialidad del programa. El PAIME tiene una filosofía no persecutoria y no punitiva (excepto en los casos de claro riesgo de mala praxis), promueve el acceso voluntario y fomenta la rehabilitación siempre en un clima de estricta confidencialidad, hasta el punto de cambio de nombre. Solo el médico terapeuta y el médico responsable regional conocen la identidad del médico enfermo. Ni siquiera los Presidentes que han pasado por el COM.

6.- ¿Que resultados han obtenido, han sido satisfactorios?

- Los resultados han sido altamente satisfactorios. Evitando en lo posible bajas laborales prolongadas, ya que uno de los objetivos es la rápida incorporación a su actividad. Las claves del éxito han sido la confidencialidad, la atención sanitaria diferenciada y altamente especializada, específica para atender al médico, la fidelización al tratamiento y el seguimiento para evitar las recidivas.

7.- ¿Como valora la implicación del Gobierno Regional en el desarrollo del programa?

- Yo como responsable clínico he estado al margen de las negociaciones con el Gobierno Regional en estos años. Las negociaciones han sido desde el Consejo regional de los Colegios de Médicos, pero conozco que han colaborado con el PAIME y apoyado su desarrollo en estos años.



Los nuevos miembros de la Comisión Central de Deontología de la OMC toman posesión de sus cargos

Los nuevos integrantes de la CCD son: Dr. Jacinto Bátiz Cantera, (Bizkaia); Dr. Manuel Fernández Chavero (Badajoz); Dr. Ángel Hernández Gil (Jaén); Dr. Diego Murillo Solís (Pontevedra); Dr. Juan A. Pérez Artigues, (Baleares); Dr. Enrique Villanueva Cañadas, (Granada) y Dr. Agustín Zamarrón Moreno (Burgos).

El Dr. Jacinto Bátiz Cantera, propuesto por el Colegio de Médicos de Bizkaia, es especialista en Cuidados Paliativos, y jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. Actualmente, es presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Bizkaia, y ha sido con anterioridad (2009-2013) secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC. Es experto en Ética Médica por la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC) y la Fundación José Ortega y Gasset - Gregorio Marañón.

El Dr. Manuel Fernández Chavero, propuesto por el Colegio de Médicos de Badajoz, es especialista en Medicina del Trabajo, y trabaja actualmente en la Medicina General/Familia del sector privado. Es, además, experto en Ética Médica por la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC) y la Fundación José Ortega y Gasset - Gregorio Marañón, y tiene experiencia como médico de instituciones penitenciarias, donde ejerció a principios de la década de los 90 en el Centro Penitenciario de Badajoz.

El Dr. Ángel Hernández Gil, propuesto por el Colegio de Médicos de Jaén, es médico forense por oposición, y jefe de Servicio de Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal de Jaén. Actualmente, es vocal de la Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Jaén desde diciembre de 2002, y está en posesión del título de experto en ética médica y del máster en ética de la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC) y la Fundación José Ortega y Gasset - Gregorio Marañón.

El Dr. Diego Murillo Solís, propuesto por el Colegio de Médicos de Pontevedra, es especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, y Cirugía Plástica. Actualmente, ejerce como jefe de Servicio de la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital Perpetuo Socorro de Vigo. Es presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Pontevedra desde noviembre de 2009, y miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC, desde septiembre de 2011, además de poseer formación en Bioética a través de la Fundación del Colegio de Médicos de Pontevedra.

El Dr. Juan A. Pérez Artigues, propuesto por el Colegio de Médicos de Baleares, está especializado en Medicina Familiar y Comunitaria. Trabaja como médico de familia en el Centro de Salud Son Ferriol de Palma de Mallorca. Preside la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Baleares desde el año 2010. Posee, además, el Título de Experto en Ética Médica y el Máster en Ética Médica organizados por la Fundación para la Formación de la OMC y la Fundación José Ortega y Gasset - Gregorio Marañón.

El Dr. Enrique Villanueva Cañadas, propuesto por el Colegio de Médicos de Granada, es especialista en Medicina Legal y en Medicina del Trabajo. Ha sido presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Granada durante 12 años y vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC durante una década, además de ser presidente de la Comisión

Nacional de Medicina Legal y Forense.

El Dr. Agustín Zamarrón Moreno, propuesto por el Colegio de Médicos de Burgos, es especialista en Medicina Interna y Aparato Digestivo, ha sido jefe de Sección de Medicina Interna en el Hospital Santiago Apóstol hasta 2012. Desde 2010 es asesor externo del Comité Deontológico del Colegio de Médicos de Burgos, con anterioridad, entre 2006 y 2010 ejerció como presidente de la Comisión Deontológica de dicha corporación. Es, además, máster de bioética por el Dpto. de Medicina Preventiva e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense.

De estos siete miembros, renueva su permanencia por otros cuatro años más en la Comisión, el Dr. Diego Murillo Solís, que se suma a los otros cinco miembros que permanecen en la CCD: los doctores: Manuel García del Río, (Málaga); Joan Monés Xiol (Barcelona); Julio García Guerrero (Castellón); María Castellano Arroyo (Jaén) y Antonio Labad Alquézar (Tarragona).

Tras la toma de posesión, el presidente de la OMC, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, animó a los nuevos miembros a "mantener en lo más alto los compromisos y valores de la profesión médica", tarea que calificó de "compleja", más en los momentos en los que vivimos en los que "los comportamientos éticos y deontológicos son fundamentales para abrir surcos que orienten a los compañeros".

El Dr. Rodríguez Sendín ofreció a los nuevos miembros de la CCD su disposición permanente al diálogo y a todos les infundió ánimo para intercambiar y aproximar opiniones a fin de conseguir consensos en su nueva tarea.

La nueva CCD ha quedado integrada por:

- Dr. Jacinto Bátiz Cantera
- Dra. María Castellano Arroyo
- Dr. Manuel Fernández Chavero
- Dr. Manuel García del Río
- Dr. Julio García Guerrero
- Dr. Ángel Hernández Gil
- Dr. Antonio Labad Alquézar
- Dr. Joan Monés Xiol
- Dr. Diego Murillo Solís
- Dr. Juan A. Pérez Artigues
- Dr. Enrique Villanueva Cañadas
- Dr. Agustín Zamarrón Moreno



• ALTAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA	NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA
0203224	LAGUIA ALMANSA LORENZO	ALBACETE	15/04/2015	0204115	PAZOS CRESPO JUAN JOSE	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
1811382	CORRAL FERNANDEZ EMILIO	GRANADA	16/04/2015	0204116	MARTINEZ CARRASCOSA ARACELI	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
0203403	RUIZ GONZALEZ CRISTINA	CESE COLEGIAL	27/04/2015	0204121	LUCAS GALAN FRANCISCO JAVIER	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
0204094	LOZOYA MORENO SILVIA	1.ª COLEGIACION	29/04/2015	0204120	OLMOS ALEMAN MARIA	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
0204095	RODRIGUEZ CORTES MILAGROS	1.ª COLEGIACION	29/04/2015	0204118	GARCIA DEL POZO MARTIN DE HIJAS M.ª DEL CARMEN	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
0311534	GONZALEZ LOZOYA INMACULADA	ALICANTE	29/04/2015	4622632	JIMENEZ CANDEL M.ª ISABEL	VALENCIA	18/05/2015
0204096	TORRES PEREZ ASIA	1.ª COLEGIACION	04/05/2015	0204119	MUDARRA TERCERO ESTHER	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
0204097	PAÑOS PALACIOS M.ª INMACULADA	1.ª COLEGIACION	04/05/2015	0204122	LEMES ROBAYNA AYOZE	1.ª COLEGIACION	18/05/2015
4622315	VIGUERA GARRIDO LEGNA	VALENCIA	04/05/2015	2104559	SALEC AHMED LEHBIB MOHAMED LAMIN	HUELVA	18/05/2015
0204098	ALCAHUT RODRIGUEZ CRISTIAN ANGEL	1.ª COLEGIACION	05/05/2015	0204123	CAMARENA NAVARRO LUCIA	1.ª COLEGIACION	19/05/2015
0204099	LOPEZ MUÑOZ CRISTIAN	1.ª COLEGIACION	06/05/2015	0204124	FERNANDEZ LOPEZ ANGELA	1.ª COLEGIACION	19/05/2015
0204100	CASTILLO SERRANO JUAN ANTONIO	1.ª COLEGIACION	06/05/2015	0204125	RUIPEREZ MORENO MARIA	1.ª COLEGIACION	19/05/2015
0204101	GARCIA GUERRA JOSE ALFONSO	1.ª COLEGIACION	06/05/2015	0204126	MINUESA GARCIA MARIA	1.ª COLEGIACION	19/05/2015
0204102	PICAZO CANTOS JULIA MARIA	1.ª COLEGIACION	07/05/2015	4115554	NAVAS TEJERO INMACULADA	BALEARES	19/05/2015
0204103	DEL CAMPO GIMENEZ MARIA	1.ª COLEGIACION	07/05/2015	3006788	PEREZ MARTINEZ ARMENIA BEATRIZ	MURCIA	19/05/2015
0204104	LOZANO RUIZ CRISTINA	1.ª COLEGIACION	08/05/2015	1304952	RUESCAS GARCIA FRANCISCO JAVIER	CIUDAD REAL	21/05/2015
0204105	NIETO VITORIA MERCEDES	1.ª COLEGIACION	12/05/2015	0203827	TARRAGA VENTOSA MARIA	LA RIOJA	22/05/2015
0204109	MUÑOZ DE LUNA HERRERA LOURDES	1.ª COLEGIACION	12/05/2015	0203220	SANCHEZ GARRIDO-LEST ANGEL	EXTRANJERO	27/05/2015
0204108	FERRER BLEDA VICENTE	1.ª COLEGIACION	12/05/2015	0203244	PASTOR TOLEDO ALICIA	EXTRANJERO	27/05/2015
0204106	SANCHEZ LOPEZ MARIA DE LOS LLANOS	1.ª COLEGIACION	12/05/2015	0204127	GORBATIKOVA ANNA	1.ª COLEGIACION	27/05/2015
0204110	SORIA MOYA ANA BEATRIZ	1.ª COLEGIACION	13/05/2015	2867555	MARTINEZ GONZALEZ MARTA	MADRID	29/05/2015
0204111	CENTELLAS PEREZ FRANCISCO JAVIER	1.ª COLEGIACION	14/05/2015	4622626	LOZANO PEREZ ROSA MARIA	VALENCIA	29/05/2015
0204112	MARTI LAOSA M.ª MAGDALENA	1.ª COLEGIACION	14/05/2015	3008302	RUBIO GARCIA FRANCISCA E.	MURCIA	05/06/2015
0204113	ESPER RUEDA JHONATAN ALFONSO	1.ª COLEGIACION	15/05/2015	0203567	LOPEZ MARTINEZ LORENA	ALMERIA	10/06/2015
0204114	LUENGO BALLESTER OLGA	1.ª COLEGIACION	15/05/2015	0203912	ALMONTE GARCIA RAFAEL EDUARDO	CACERES	25/06/2015
0204117	RODRIGUEZ MERCHANTA AINHOA MARIA	1.ª COLEGIACION	18/05/2015	0204128	VARGAS GONZALES ALDRIN EDWARD	1.ª COLEGIACION	30/06/2015

• BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/ DESTINO	FECHA	NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/ DESTINO	FECHA
4621655	JARDON AVELLO M.ª ALMUDENA	TRASLADO / TARRAGONA	31/03/2015	0204092	GONZALEZ BLANC FRANCISCO	TRASLADO / ALICANTE	20/05/2015
0203868	SOTO VARGAS GERMANIA	BAJA	09/04/2015	0203875	LLANOS GUERRERO CRISTINA	TRASLADO / GUADALAJARA	21/05/2015
0204017	GARCIA CASTRO INGRID	TRASLADO / MADRID	22/04/2015	0203688	JIMENEZ JIMENEZ ESTHER	TRASLADO / BALEARES	22/05/2015
0200799	FERRANDIZ FLORES DAMIAN	FALLECIMIENTO	26/04/2015	4619686	JIMENEZ JIMENEZ VANESSA	TRASLADO / BALEARES	22/05/2015
0203891	GUILLEN DOMINGUEZ VEYRA	TRASLADO / LAS PALMAS	27/04/2015	0203280	MOLINA NAVEROS SONIA	TRASLADO / ALICANTE	27/05/2015
0203886	INFANTE TORIBIO RAMON	TRASLADO / LAS PALMAS	27/04/2015	2865025	PEREZ PEREZ PABLO JUNIOR	TRASLADO / ZARAGOZA	28/05/2015
0706508	VASCO MOGORRON MARIA ADELA	TRASLADO / MURCIA	30/04/2015	0203845	MOLERO CARRASCO CRISTINA	CESE EJERCICIO	29/05/2015
0310702	BARCELO BAÑULS JOSE MANUEL	TRASLADO / ALICANTE	04/05/2015	0203849	MONTERO ACEBAL MARIA LLANOS	TRASLADO / CACERES	01/06/2015
4621599	AVIÑO ISERN JOAN	TRASLADO / ALICANTE	06/05/2015	1903864	CLERGER GUERRIER	CESE EJERCICIO	08/06/2015
2865157	CABRERA PIMENTEL LUISA	TRASLADO / ZARAGOZA	06/05/2015	2866103	MORETA LORA FELIX VLADIMIR	TRASLADO / TARRAGONA	15/06/2015
0203826	MOH SALEM EL ARBI MOHAMED LAMIN	TRASLADO / CANTABRIA	08/05/2015	0310844	ALARCON MEREGILDO KEVIN	TRASLADO / ALICANTE	18/06/2015
0203951	DE LA VARA INIESTA LOURDES	TRASLADO / CUENCA	11/05/2015	3606400	DIEZ GONZALEZ LAURA	TRASLADO / PALENCIA	24/06/2015
0203865	NÚÑEZ SARRION M.ª ANGELES	TRASLADO / VALENCIA	12/05/2015	0203881	DE AYALA FERNANDEZ JOSE ANGEL	CESE EJERCICIO	30/06/2015
2849697	GARCIA ALVAREZ GONZALO	FALLECIMIENTO	17/05/2015	0203956	IVARS MASEGOSA DAVID	CESE EJERCICIO	30/06/2015
0203846	ZAPLANA CORDOBA MARTA	TRASLADO / ALICANTE	19/05/2015				

El Colegio Oficial de Médicos de Albacete expresa su más sentido pésame a la familia y amigos de los Drs. D. Damián Ferrándiz Flores y D. Gonzalo García Alvarez, ante tan sensibles pérdidas



TOYOTA

SIEMPRE
MEJOR

GAMA TOYOTA YARIS

desde **9.940 €**



HÍBRIDO :: GASOLINA :: DIESEL



Con todo este equipamiento:



CLIMATIZADOR
MANUAL



RADIO CD/MP3
CON 6 ALTAVOCES



BLUETOOTH®
Y PUERTO USB



LLANTAS
DE ALEACIÓN 15"



FAROS
ANTINEBLA



AIRBAGS



Y MUCHO
MÁS

TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

Pol. Campollano Norte, Av. 6 N. 1
02007 - Albacete
☎ 967 218 381

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

Gama Toyota Yaris: Consumo medio (l/100 km): 3,3 - 5,1. Emisiones CO₂ (g/km): 75 - 119.

Precio y equipamiento correspondiente al modelo Toyota Yaris 70 City + P. City 3p. PVP recomendado: 9.940 € (incluye promoción de 500 € por financiación con Pay per Drive). Entrada: 1.579,15 €. TIN: 8,50%. TAE: 7,73%. 48 cuotas de 120 € y última cuota (valor futuro garantizado): 4.600,83 €. Comisión de apertura financiada (2,75%): 229,92 €. Precio Total a Plazos: 11.939,98 €. Importe Total del Crédito: 8.590,77 €. Importe Total Adjudicado: 10.360,83 €. Modelo visualizado Toyota Yaris Hybrid Advance. Condiciones de precio financiero con el producto Pay per Drive de Toyota Kreditbank GmbH sucursal en España. IVA, transporte, impuesto de matriculación, promoción, aportación del concesionario, 3 años de garantía o 100.000 km (lo que antes suceda), 3 años de asistencia en carretera y Plan PIVE-8 Incluidos. Otros gastos de matriculación, pintura metálica y equipamiento opcional no incluidos. Oferta válida hasta el 31/08/2015 en Península y Baleares. Promoción no acumulable a otras ofertas o descuentos. Quedan excluidos de esta promoción los vehículos para flotas. Oferta ofrecida por Toyota España S.L.U. (Avda. Bruselas, 22. 28108 - Madrid) y su red de concesionarios. Para más información consulta en tu concesionario habitual o en www.toyota.es



TOYOTA
HYBRID