



MÉDICOS

DE ALBACETE



¡¡ Feliz Navidad !!



CON LA PRIMA
NIVELADA PAGARÁ
SIEMPRE LO MISMO,
Y PODRÁ INCLUIR EN
ELLA HASTA CUATRO
PERSONAS DE
SU FAMILIA

Elija tranquilidad

- ✓ SERVICIO FUNERARIO Y TRASLADO NACIONAL O INTERNACIONAL HASTA EL LUGAR DEL SEPELIO ELEGIDO DENTRO DEL TERRITORIO ESPAÑOL
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO
- ✓ SERVICIO DE GESTORÍA Y DOCUMENTACIÓN
- ✓ ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Y además le ofrecemos como básicos:

- ✓ BORRADO DIGITAL DE DATOS PERSONALES
- ✓ TESTAMENTO ONLINE
- ✓ TESTAMENTO VITAL



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

SI LO PREFIERE, TAMBIÉN PUEDE CONTRATAR LA PRIMA MIXTA,
Y NIVELARLA A PARTIR DE LOS 65 AÑOS

A.M.A. ALBACETE

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

sumario

REVISTA N.º 52 / AÑO 2016

Editorial

La Sanidad que nos viene

Actualidad

El Colegio sale a la calle

Noticias del Colegio

El Colegio proyecta tener una APP móvil para dar inmediatez y agilidad a sus notificaciones y noticias.

El Hospital de la página.

Repulsa del Colegio de Médicos por el último caso de amenazas sufrido por una médico de Albacete.

El Título de Especialista se debe solicitar Vía Telemática.

Formación

Analizamos el incremento de casi un 20% de plazas MIR en Albacete para 2017 con Miguel Segura, Jefe de Estudios de la Comisión de Docencia

Noticias

Afesalba propone soluciones individualizadas para los facultativos afectados por la nulidad de la reordenación organizativa de los médicos de 2012

Deontología

Decálogo del Consentimiento Informado.

La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado

Entrevista

Nuestros facultativos, siempre a la vanguardia de la Medicina

Historia

LOS REYES VISIGODOS.

Chíntila; Tulga; Chindasvinto y Recesvinto, Ancestros de Don Pelayo

Noticias Colegiales

Esta sentencia hace justicia a los profesionales y beneficia a los pacientes

Colegiados

El origen del fracaso

Información PAIME

Datos Memoria 2015

Altas y bajas colegiales de Albacete



El Colegio sale a la calle

5



El Colegio proyecta tener una APP móvil

7



Decálogo del Consentimiento Informado

13



PAIME Datos Memoria 2015

28

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

Imprime: **graficual?** impresión rápida graficual@telefonica.net

Dep. Legal AB-521-2001

La Sanidad que nos viene



POR MIGUEL F. GÓMEZ BERMEJO

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete

Como presidente del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Albacete, es mi deber decir:

Nos avisa Bruselas, que no solo corren peligro las pensiones en España, si no también la sanidad pública. Desde que la sanidad fue trasferida -algo que a mi criterio nunca se debió realizar, al igual que la enseñanza-, se crearon diecisiete servicios autonómicos de salud, creando desigualdades asistenciales a los ciudadanos del territorio nacional y retributivas a sus trabajadores, ya que la sanidad dejó de ser, universal, equitativa y gratuita.

Nos pide Bruselas mejorar el gasto farmacéutico y aumentar la productividad del sector sanitario; cómo se consigue eso:

Dotando de medios tecnológicos y sobre todo humanos y optimizando los recursos de que disponemos. No podemos tener centros de salud y centros hospitalarios infrautilizados; sólo tenemos que mirar en nuestra autonomía o más cerca, en nuestra provincia.

Pedir a nuestros políticos que gestionen bien y con sentido común. Déjense asesorar por quienes conocen la problemática, si quieren que nosotros gestionemos. Deplorable el aspecto exterior e interior de nuestro CHUA, ejemplo de mala gestión de nuestros políticos, de uno y otro color; parking, pasarela y autobús de RNM, sin solución desde hace años, esperpéntico y patético. ¿Hasta cuándo habitaciones con tres camas y listas de espera interminables por falta de quirófanos y mala gestión?

Indispensable dotar a primaria de los medios adecuados para su funcionamiento, sobre todo el tiempo necesario por paciente. La escasez de tiempo provoca mayor gasto farmacéutico, pues tratamos síntomas y no enfermedades; mayor aumento de pruebas diagnósticas y mayor derivación a otras consultas, todo esto aumenta el gasto sanitario y también el aumento de nuevas visitas a servicios de urgencias, generando más gasto todavía y la insatisfacción y frustración del paciente.

¿Hasta cuándo deben de sufrir nuestros compañeros de primaria de Hellín, la falta de respeto y de consideración de nuestros gestores y políticos locales? ¿Hasta cuándo seguir pasando consulta en barracones? ¿Hasta cuándo la falta de respeto a los pacientes y a sus votantes? No sean hipócritas diciendo que lo primero y más importante es el paciente.

Indispensable y necesario una buena coordinación entre primaria y hospitalaria, algo que nunca ha existido. Por favor cambien el programa informático que tenemos por un programa que agilice y facilite nuestro trabajo, no podemos dedicar más tiempo al Mambrino, (si Cervantes levantase la cabeza), que al paciente; se

ha perdido la relación medico-paciente, tan importante en el acto médico.

Dotar a los servicios de urgencias de primaria y hospitalaria de los medios diagnósticos y humanos que hasta ahora carecen, sobre todo las urgencias de primaria, (PAC). No pueden compañeros llamados PEAC trabajar entre cuarenta y ocho a setenta y dos horas seguidas de guardia, ni es bueno para su salud y menos para la de los pacientes. Coordinemos debidamente las urgencias de primaria y hospitalarias. Así evitaremos la masificación del servicio de urgencias del CHUA, algo usual y cotidiano. No pueden acudir pacientes de Caudete, Yeste, San Clemente u Ossa de Montiel a las urgencias del CHUA, porque las urgencias de su hospital comarcal de referencia, no disponen de especialistas de guardia a partir de las quince horas, lo cual nos hace regresar a la sanidad de los años ochenta.

Defendamos a nuestros médicos de agresiones y amenazas de pacientes y familiares a veces desesperados y frustrados, sin que ello sirva de justificación; pongamos remedio a todo esto; os pido que cualquier agresión o amenaza sea puesta en conocimiento del Colegio de médicos, para poder tomar las medidas oportunas.

Mayor respeto a los médicos residentes y mejorar el número de ellos en nuestra comunidad, porque son y serán el futuro de nuestra sanidad.

Evitemos confrontaciones con nuestros compañeros de enfermería; siempre hemos tenido una muy buena relación y alguien pretende que no continúe así, pongamos sensatez.

Pido respeto y buena relación entre médicos y con los pacientes, si queremos que se nos respete. Así lo indica nuestro código deontológico y juramento hipocrático.

Por último Señor Page, las promesas están para cumplirlas. ¿Para cuándo el hospital que se merece Albacete ciudad? por si no lo sabe es la capital y ciudad con más población de Castilla-La Mancha, además de ser hospital de referencia y el primer hospital universitario de Castilla-La Mancha. Un respeto para sus ciudadanos y votantes.

Pd.: lo del área única sanitaria de Albacete provincia, espero sea un globo sonda; por algo parecido tuvimos una huelga, además de quinientos euros para los afectados que todavía tienen que reubicar según una sentencia favorable. Piénsenlo y no de motivos a los sindicatos; le recuerdo que son defensores a ultranza de los derechos de los profesionales de la medicina, quien avisa no es traidor.

Como dijo Einstein: "Es de locos seguir haciendo lo mismo y esperar algo distinto".

Os deseo Feliz Navidad y mucha salud.

El Colegio sale a la calle

Médicos del Servicio de Emergencias imparten charlas sobre RCP-B en Institutos de Educación Secundaria de la capital.

Sencillas, didácticas para los jóvenes y que salvan vidas.

Consciente del papel que el Colegio de Médicos de Albacete tiene en la sociedad y con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestro ámbito, la institución colegial ha organizado unas charlas formativas para los jóvenes albaceteños ofreciendo unas nociones básicas sobre cómo actuar ante una eventual parada cardiorrespiratoria.

Las charlas sobre RCP-B se desarrollan en aquellos Institutos de Educación Secundaria que tras recibir una carta enviada desde el Colegio a la dirección del IES dan su visto bueno, concertando con el médico encargado de impartirla, el facultativo del 112 Jesús Sánchez García, una fecha y una hora para realizarlas. No suponen coste alguno ni para los institutos ni para los alumnos puesto que están financiadas al cien por cien por el Colegio de Médicos.

La primera de este curso escolar 2016-2017 tuvo lugar en el IES Parque Lineal. Allí, un grupo de alumnos de dos cursos recibieron nociones sobre RCP-B y el funcionamiento del sistema de emergencias de Castilla-La Mancha. Las charlas son muy didácticas y resultan de gran interés para los participantes puesto que, acompañando al doctor Sánchez García, está un maniquí sobre el que realiza las sencillas maniobras.

La muerte súbita tiene un origen cardíaco



en el 90% de los casos y consiste en una muerte inesperada, que se produce en una persona con o sin enfermedad previa conocida.

Los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El 60 por ciento de los paros cardíacos se producen en presencia de testigos, y el 40 por ciento no son presenciados. La gran mayoría se producen en el domicilio y en espacios públicos. Es por ello que es imprescindible iniciar las maniobras de RCP-B lo más precozmente posible para poder contribuir positivamente a la supervivencia de la víctima. De hecho, por cada minuto de retraso disminuyen en un 8 y un 10 por ciento dichas posibilidades de supervivencia. Pasados 10 minutos, los intentos de reanimación no suelen tener éxito si no se ha hecho nada antes.

Una RCP-B realizada por un testigo puede duplicar o triplicar las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca cuando tras esas maniobras iniciales se hace cargo del paciente un equipo de emergencias



sanitarias.

Los últimos protocolos desaconsejan ir más allá del masaje cardíaco cuando el que lleva a cabo la RCP es una persona de la calle sin instrumental.

El doctor Sánchez explica a los alumnos, para que no se les olvide nunca, que la reanimación debe ser enérgica y, aunque las circunstancias no estén para bandas sonoras, la clave para no fallar -demostrado por médicos estadounidenses- está en dar el masaje al rit-



mo de los Bee Gees, concretamente de la canción **Stayin' Alive**.

En sólo una hora, los estudiantes aprenden la importancia de que el corazón bombee sangre que lleve oxígeno a un cerebro que, de lo contrario, perdería millones de neuronas por minuto. Y es que en otros países, la reanimación es una asignatura más.

Aquí, en Albacete, una primera toma de contacto con nociones básicas se está ofreciendo gracias al Colegio de Médicos y de los profesionales del Servicio de Emergencias Sanitarias del Sescam.

Al cierre de esta edición, ya se había celebrado otra charla en el IES Amparo Sanz, estando previsto que nuevos grupos de alumnos del Instituto de Educación Secundaria Parque Lineal se formen en RCP básica el 17 de noviembre, y el 29 en el Santo Angel.



El Colegio proyecta tener una App móvil para dar inmediatez y agilidad a sus notificaciones y noticias

Los colegiados podrán recibir alertas a sus móviles con las novedades que se publiquen en la web

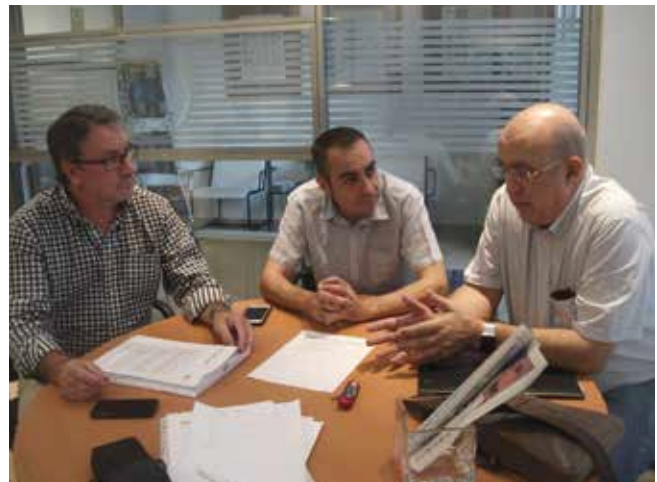
Una aplicación móvil que facilite la información y la notificación de cualquier noticia de interés a todos los colegiados de la provincia de Albacete. Ese es el objetivo de la nueva App que en breve se podrá descargar en cualquier dispositivo Android o Ipad que dispongan los médicos.

Una aplicación web sencilla con información institucional del Colegio, noticias; ofertas de trabajo; convenios de colaboración y agenda de eventos y cursos que se podrán consultar e incluso permitirá las inscripciones desde la propia aplicación con una pestañita donde se abrirá el formulario, se rellenará desde el móvil y se podrá enviar desde el propio dispositivo.

Además, “lo que está en la web: **www.comalbacete.org**, se puede volcar en la aplicación para que desde el móvil se pueda acceder a esa información”, comenta Virgilio Cencerrado, uno de los artífices, junto con Eduardo López, de esta aplicación.

La última hora llegará a los colegiados a través de una alarma o alerta al WhatsApp de cada facultativo, con las novedades o los titulares de aquello que se quiera notificar por su interés y de ahí a la página web.

“Queremos informar y notificar de una manera sencilla y ágil”, subraya el presidente de



la organización colegial albaceteña, y eso se logra por medio de esta aplicación, de enorme utilidad para todos los que la tengan porque en cualquier momento podrán leer la información que se notifique o se cuelgue en la web. “Se queda ahí, no se pierde, y se puede recuperar a cualquier hora y momento del día; la gente puede ir viendo la información o visionar cualquier video desde el móvil y desde cualquier lugar del mundo”, apostilla Cencerrado.

Descargarse la App no costará nada al usuario. Será gratuita, con el único requisito de disponer un teléfono Android o Apple.

Gasolina + Eléctrico.
Toyota Hybrid no es disfrutar,
es #LoSiguiente

TOYOTA

 SIEMPRE
MEJOR

Gama Toyota Auris desde **16.000 €**

HÍBRIDO • GASOLINA • DIESEL

TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

Parque Empresarial Campollano, 6.ª Avda., n.º 3
 02007 Albacete
 ☎ 967 21 83 81

Consumo medio (l/100 km): 4,8. Emisiones CO₂ (g/km): 112.

Precio correspondiente al modelo Toyota Auris Gasolina 120T Active + Pack Senso. PVP recomendado: 16.000 €. IVA, transporte, impuesto de matriculación, promoción, aportación del concesionario, 3 años de garantía o 100.000 km (lo que antes suceda) y 3 años de asistencia en carretera incluidos. Otros gastos de matriculación, pintura metalizada y equipamiento opcional no incluidos. Modelo visualizado Toyota Auris hybrid Feel + Pack Skyview. Promoción limitada a unidades de Model year 2015 y 2016 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

El Hospital de la página

Cerca de 7.000 visitas diarias, casi 9.000 videos y 26.000 páginas componen la página web del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, un auténtico portal sanitario reconocido a nivel nacional que se caracteriza por ser muy didáctico

Desde hace dieciocho años, el webmaster y enfermero de Albacete, Virgilio Cencerrado, diseña, actualiza y llena de contenidos una de las webs que más impacto y proyección está teniendo en el panorama nacional, la web del Hospital General de Albacete. La chospab.es se ha convertido en una herramienta muy didáctica a la hora de enseñar y transmitir conocimientos. “Todo lo que se hace y se publica son videos, dirigidos fundamentalmente a los profesionales. Grabamos congresos, jornadas, charlas, eventos y las colgamos íntegras en la página web”, explica Cencerrado.

La acogida que está teniendo esta página es enorme. “Recibe del orden de 5.000 y 7.000 visitas diarias, e incluso hubo un día que tuvo 18.000 visitas, coincidiendo con la publicación de las Jornadas Nacionales de EPOC, que tuvieron lugar el 16 y 17 de septiembre de este año”.

Las primeras jornadas que grabaron todavía se pueden visionar. En el apartado de Retransmisiones están colgados los vídeos realizados desde el año 2002. Aunque hubo un parón de algunos años, la idea se retomó en 2005. “En 1998 planteé al hospital que no teníamos web y les presenté un proyecto. Estuve varios meses trabajando en ella sin publicarla hasta el año 2000. Al principio, tenía que ir detrás de la gente pero con el paso de los años compañeros de todos los servicios nos piden que grabemos una charla, una sesión, una explicación sobre un tratamiento...”. Tan conocida es esta página que profesionales de otras provincias llaman a Albacete, “el hospital de la página”.

Desde entonces “siempre que hay un congreso o jornada las grabamos íntegras y las colgamos también íntegras, para que se puedan consultar siempre y de forma completa”.

Todas las sesiones clínicas que se celebran en el CHUA también se graban y en la web se pueden seguir. Sólo desde la intranet del hospital se pueden visionar aquellas sesiones que contengan datos de un paciente,

que suelen coincidir con las especialidades de oftalmología o dermatología. “Si alguien intenta acceder desde un ordenador fuera del hospital, no le deja, pero sí desde cualquier ordenador del hospital, a través de una intranet. Pero, eso ocurre poco a lo largo del año”, puntualiza Virgilio.

Chospab.es ha sido muy reconocida a nivel nacional. El Consejo Superior de Investigaciones Científicas la premió como la segunda mejor página hospitalaria del país y Diario Médico en la I edición de sus premios “Favoritos en la red” la eligió como la mejor dentro de la categoría de Hospital Público.

A todas estas virtudes hay que añadir que es una página que cuesta poco dinero. “Contamos con pocos medios, una cámara de video y dos ordenadores MAC. La web del hospital de Albacete se hace con medios propios, y con resultados increíbles”. Y, aunque los medios materiales y humanos son “suficientes” si algo echan de menos estos webmasters son unas lámparas de quirófano con cámaras para hacer grabaciones.

En estos años de andadura ya han conseguido meter casi 9.000 videos, 26.000 páginas de lo que se considera como un portal sanitario, no sólo una web.

Preguntado por el futuro de las webs, Virgilio Cencerrado es partidario de que todos los colegios profesionales sanitarios y centros universitarios beban de la web del hospital en algún momento. “Es una herramienta increíble para estudiantes y profesionales, y lo que hay que conseguir es que no se pierdan esa información”.

Por ello también es importante que lo que se cuelga en nuestra página web, en la página del Colegio -www.comalbacete.net- se difunda y se publicite también a través de la web del hospital, vinculándolo desde el propio hospital, para que de la misma manera otros profesionales entren en la plataforma. “Tendríamos que crear una red donde todo el mundo supiese que la información está disponible y que puedan verla y la puedan consultar siempre que quieren”.



Analizamos el incremento de casi un 20% de plazas MIR en Albacete para 2017 con Miguel Segura, Jefe de Estudios de la Comisión de Docencia

Dentro de pocos meses, concretamente el sábado 28 de enero de 2017, se celebrarán las pruebas para ser MIR. El número total de plazas de formación especializada para médicos ha quedado fijado en 6.328, **un 3,6 por ciento más** que las 6.098 ofertadas en la pasada convocatoria.

El porcentaje también se eleva en Albacete. De las 29 plazas acreditadas de cada una de las especialidades hospitalarias médicas en 2015, o las 37 plazas de 2016, para 2017 el número se incrementa hasta las 49. En porcentajes, se ha pasado de un 60,7% de 2016 a un 80,3 % para 2017.

Miguel Segura, Jefe de estudios de la Comisión de Docencia de formación sanitaria especializada, que agrupa a especialidades hospitalarias médicas, incluyendo Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva, menos la Medicina Familiar y Comunitaria, ha analizado los datos según las especialidades.

Además de repasar la evolución de especialidades médicas desde 2012 -de 61 plazas acreditadas en 2012, un 78,7%; se bajó a un 63,9 en 2013 y 2014; un 47,5% en 2015; para incrementarse un año después hasta el 60,7 en 2016 y llegar al 80,3 en 2017-, el Jefe de Estudios ha detallado que una de las especialidades “más perjudicada” por el descenso en el número de plazas de formación

sanitaria especializada de los últimos años es Pediatría. “Con 3 residentes acreditados, en este Servicio llevan 4 años recibiendo solo un residente cuando tienen 3; en 2017 van a llegar a dos, lo que significa que tienen menos residentes que los que les correspondía.”

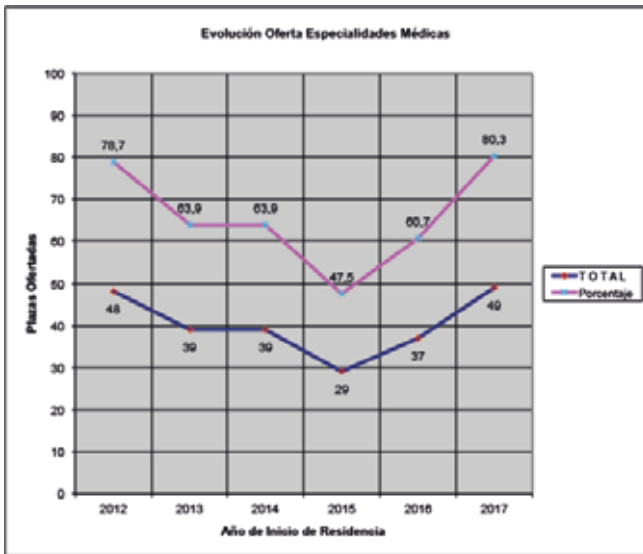
Medicina Interna ha pasado de tener 5 residentes a 3, 2,2, y 1. Algo similar ocurre con Ginecología, que de 3 plazas bajó a 1.

Aparato Digestivo también tiene 2 acreditadas “y puede formar perfectamente a dos residentes por año pero solo viene 1”.

Otras pérdidas se han producido en especialidades como Cirugía Oral y Maxilofacial que “está en suspensión cautelar, con solo un residente que está terminando; o los de Farmacia hospitalaria, “que llevan pidiendo volver a dos residentes por el ritmo de trabajo pero desde hace años sólo reciben uno”. (TABLA EXCELL).

Según el doctor Segura, sería importante que el número de plazas MIR que el Gobierno Regional solicita todos los años para su visto bueno por parte de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se conjugara con la opinión de hospitales, comisión de docencia y jefes de estudio. “Este año se nos reunió, se nos dijo que no iban a poder llegar al 100 por cien de

ESPECIALIDADES	Plazas acreditadas	Plazas Solicitadas						% sobre acreditadas					
		Año de Inicio de Residencia											
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALERGOLOGIA	1	1	0	1	0	0	0	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
ANALISIS CLINICOS	1	0	0	1	1	0	1	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
ANESTESIA	5	3	3	2	2	2	3	60,0	60,0	40,0	40,0	40,0	60,0
ANATOMIA PATOLOGICA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
APARATO DIGESTIVO	2	1	1	1	1	1	1	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
BIOQUIMICA	1	0	1	1	0	1	1	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
CARDIOLOGIA	2	2	2	2	1	1	2	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	100,0
CIRUGIA GENERAL Y A. D	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	1	1	0	0	0	0	0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CIRUGIA PLASTICA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
C.O.T	2	2	2	2	2	2	2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
CIRUGIA TORACICA	1	1	0	0	0	1	1	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
CIRUGIA VASCULAR	1	1	0	0	1	0	1	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
DERMATOLOGIA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ENDOCRINOLOGIA	1	1	0	0	1	1	1	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
FARMACIA HOSPITALARIA	2	2	1	1	1	1	2	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
GERIATRIA	3	2	1	1	1	1	2	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3	66,7
HEMATOLOGIA	1	1	1	1	0	1	1	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
MEDICINA INTENSIVA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MEDICINA INTERNA	5	3	2	2	1	3	4	60,0	40,0	40,0	20,0	60,0	80,0
MEDICINA PREVENTIVA	2	2	1	1	0	1	1	100,0	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0
MEDICINA DEL TRABAJO	1	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MICROBIOLOGIA	1	1	0	1	0	1	1	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0
NEFROLOGIA	1	0	1	1	1	1	1	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
NEUMOLOGIA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
NEUROFISIOLOGIA CLINICA	1	0	1	0	1	0	1	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
NEUROLOGIA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	3	3	3	2	1	1	2	100,0	100,0	66,7	33,3	33,3	66,7
OFTALMOLOGIA	2	1	2	1	1	1	2	50,0	100,0	50,0	50,0	50,0	100,0
ONCOLOGIA MEDICA	1	1	1	1	0	1	1	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	1	1	1	1	1	1	0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PEDIATRIA	4	3	2	2	1	2	4	75,0	50,0	50,0	25,0	50,0	100,0
PSICOLOGIA	1	1	1	1	0	1	1	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
PSIQUIATRIA	2	2	1	1	1	1	2	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0
RADIODIAGNOSTICO	2	2	2	2	1	1	2	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	100,0
REHABILITACION	1	1	0	1	0	1	1	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0
UROLOGIA	1	1	1	1	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	61	48	39	39	29	37	46	78,7	63,9	63,9	47,5	60,7	80,3
MEDICINA FAMILIA	22	21	13	12	10	15	18	95,5	59,1	54,5	45,5	68,2	81,8
EIR GERIATRIA	5	5	3	2	1	2	3	100,0	60,0	40,0	20,0	40,0	60,0
EIR PEDIATRIA	5	5	2	2	1	2	3	100,0	40,0	40,0	20,0	40,0	60,0
EIR SALUD MENTAL	5	5	3	2	1	2	2	100,0	60,0	40,0	20,0	40,0	40,0
TOTAL	15	15	8	6	3	6	8	100,0	53,3	40,0	20,0	40,0	53,3



las plazas, que llegarían al 80 por ciento, y así ha sido”.

¿Hay satisfacción...? Está claro, ratifica Miguel Segura, que al que le han tocado todas las plazas está muy satisfecho, “Urología siempre tiene 1 residente por año; Cirugía General no ha fallado nunca; Anestesiología aumentó las plazas a 5 cuando se pusieron en marcha los hospitales de Villarrobledo y Almansa pero este año han pedido 3 y van a tener esos tres”.

En total, 49 plazas en Albacete para 2017 sobre 60, descontando las 18 acreditadas en MFyC para la capital. Pediatría, comenta el doctor Segura, también vuelve a 4 residentes; Análisis Clínicos y Bioquímicas tenían algún déficit y los iban a potenciar.

Asegura el jefe de estudios que los cálculos son muy difíciles de hacer pero, añade, “debería haber un diálogo entre los que saben las capacidades formativas y los gestores, incluso llegando a hacer una alternancia entre algunas especialidades en épocas de crisis”.

Para este especialista, el sistema MIR español y el exámen, como primer filtro, “me parece muy bien”. Y, no estará tan mal cuando los que vienen a formarse a Albacete deciden quedarse en nuestro hospital, aunque en un primer momento la idea sea otra. “Mucha gente MIR se queda a trabajar en Albacete, porque ya los conocen, saben de su valor y no tienen que ir a demostrarlo a otro sitio nuevo”.

GEN DOCENTE

Influye también la buena formación que se están haciendo en nuestra ciudad. “Aquí se está haciendo muy buena formación; el hospital de Albacete es un gran hospital que conserva una cierta familiaridad, y eso es muy positivo para el sistema de residencias”. Además, asegura, en el hospital ha habido siempre un gen docente: “siempre ha habido residentes, los tienes insertos en tu conciencia hospitalaria, eres consciente de que están ahí, que trabajan mucho, que hay que enseñarlos, que te mueven a seguir enseñando, a seguir formándote”.

Echa de menos un mayor reconocimiento profesional para los tutores. “Me gustaría que los tutores tuvieran un gran reconocimiento porque en general lleva un trabajo burocrático, de dirección y de control de la formación de un residente, entre otras funciones, importantísimo”. Tienen una contraprestación curricular, en horas

de dedicación, aunque no económica, pero nuestros tutores médicos merecen, ante todo, un gran reconocimiento profesional.

EXAMEN MIR

Como en las pasadas convocatorias, el examen MIR constará de **225 preguntas más 10 de reserva**, y los aspirantes dispondrán de un total de **5 horas** para su resolución. Cada pregunta tendrá **4 respuestas alternativas posibles**, de las que sólo una será válida. Se utilizará nuevamente el modelo de plantilla de respuestas del exámen que se incorporó en la pasada convocatoria, que ha pasado de ser numérico a utilizar un sistema de marcado.

Se mantiene, además, la **nota de corte del 35 por ciento** que se introdujo en la convocatoria 2012-2013, de forma que superarán la prueba aquellos alumnos cuya nota sea igual o superior al 35 por ciento de la media de los diez mejores expedientes.

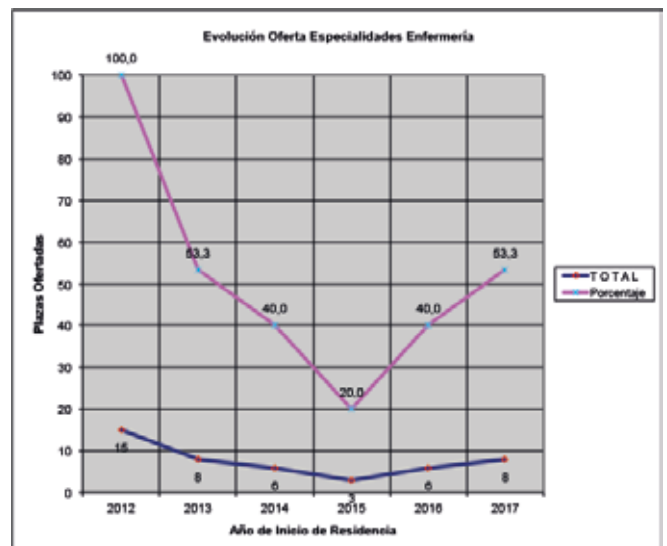
► **Se mantiene la nota de corte del 35 por ciento y el cupo del 4 por ciento para los extracomunitarios en una sola vuelta**

Además, como aprobó el año pasado la Comisión de Recursos Humanos, el cupo para los **extracomunitarios** se mantiene en el 4 por ciento en una única vuelta, un porcentaje que, en virtud de ese acuerdo, se mantendrá también en la próxima convocatoria. El límite de plazas para estos aspirantes se ha ido reduciendo paulatinamente desde la convocatoria 2012-2013, cuando pasó del 10 al 8 por ciento.

CALENDARIO OFICIAL

De acuerdo con el calendario fijado por el Ministerio, la relación definitiva de admitidos a la prueba se publicará el 29 de diciembre. Una vez realizado el examen, el 21 de febrero de 2017 se reunirá la comisión calificador para resolver las reclamaciones presentadas por los aspirantes y, posteriormente, publicar la relación provisional (28 de febrero) y definitiva (24 de marzo) de las notas.

El acto de asignación de plazas para los aspirantes que obtengan un puesto de formación especializada se celebrará a partir del 10 de abril, y la incorporación a su puesto de los nuevos residentes tendrá lugar entre el 22 y el 26 de mayo, ambos inclusive.



Afesalba propone soluciones individualizadas para los facultativos afectados por la nulidad de la reordenación organizativa de los médicos de 2012

Aunque una Sentencia del mes de junio del TSJCM declara la nulidad de dicho proceso y, por ende, los nombramientos de los destinos para Almansa y Villarrobledo, el Sescam no la ejecuta. Tiene en proyecto crear un Área Sanitaria Única, incluyendo también al hospital de Hellín.

Afesalba entiende que es más sencillo ofrecer soluciones a los cerca de 40 que están en los hospitales de la provincia, de manera personalizada, que movilizar a los casi 300 a los que afecta la nulidad de todo el proceso

El pasado mes de junio, la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Sección 2.ª del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha resolvía un recurso de apelación interpuesto por la Asociación de Facultativos Especialistas de Albacete, Afesalba, contra el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre la reordenación organizativa de los facultativos especialistas del Área de Atención Especializada de Albacete en el Hospital General de Almansa y en el Hospital General de Villarrobledo aprobada mediante una Resolución de 24-8-2012 de la Dirección Gerencia del SESCAM, y ejecutada, con el nombramiento de los destinos definitivos en una resolución del Director Gerente del SESCAM de 25-11-2012, declarando la nulidad de ambas resoluciones.

Los magistrados de la Sección 2.ª del TSJCM fundamentan que ese proceso de reorganización supone un “proceso de movilidad forzosa”, a resultas del cual se adscribía a los FEA de Albacete, con carácter obligatorio y/o necesario a una plaza determinada en los Hospitales de Almansa y Villarrobledo; proceso no amparado en base organizativa de estructura sanitaria previa, realizado con vulneración de lo dispuesto en el artículo 87 de la Ley General de Sanidad y también de artículo 38 de la Ley 7/2007 de 12 de Abril –EBEP-, y el artículo 8.2 del RDL 17/1977 de 4 de Marzo de Relaciones de Trabajo.

Pues bien, una vez firme esta sentencia y tras cumplirse el plazo para su ejecución, los facultativos afectados por este proceso, que son parte de los que habían obtenido plaza a partir del año 2006, continúan en los Hospi-

tales a los que fueron adscritos forzosamente, Villarrobledo o Almansa, esperando una solución que no llega.

El hecho de que sus nombramientos fueron modificados y dejaron de pertenecer al CHUA, les ha limitado mucho a nivel profesional, “además de que nos supone un perjuicio porque nos obligan a desplazarnos a diario a estos hospitales (que se encuentran a 85 y 65 Km de nuestro lugar de residencia) y a no tener actividad en el Hospital General de Albacete, en contra de la plaza que habíamos obtenido y elegido voluntariamente, porque al escoger esa plaza nosotros sabíamos que teníamos derecho a participar de la actividad en el mismo. De esta forma el proceso es como un cambio de nombramiento”.

El vicepresidente de Afesalba, Manuel García, considera que la reordenación organizativa de los facultativos surgió principalmente para dotar de médicos a los nuevos hospitales que se crearon, Almansa y Villarrobledo. “La legislatura anterior tenía en proyecto privatizar los hospitales de Villarrobledo y Almansa, y venderlos con los recursos humanos incluidos es más fácil que venderlo únicamente con los recursos materiales, por lo que a la hora de dotar de facultativos a estos hospitales, no había otra forma que desplazarnos y cambiarnos el nombramiento para hacernos pertenecer exclusivamente a la plantilla de Almansa o Villarrobledo”.

El proceso de reorganización afectó a casi 300 facultativos. Pero, de esos 300, como los hospitales de Almansa y Villarrobledo

solo necesitaban 70 médicos cada uno, 140 en total, se seleccionaron estos 140 siguiendo un baremo de antigüedad. “Los 140 con menos puntos fuimos obligados a formar parte únicamente de estos hospitales, desligándonos así del Hospital General de Albacete”.

300 AFECTADOS

Al anular la sentencia todo el proceso de reorganización, esto afecta no solo a los que se vieron obligados a realizar su actividad asistencial en los hospitales de Almansa y Villarrobledo, sino que los 300 facultativos que obtuvieron plaza en 2006 vuelven a estar en la misma situación que antes de que se publicara este proceso. Con lo cual, los 300 facultativos, “si se cumple la sentencia, tenemos que viajar a Almansa y Villarrobledo además de dar asistencia a Albacete”. Como explica el Dr. García, el problema que se genera es importante. “Hay gente que cree que no va a tener que viajar para prestar asistencia en los hospitales comarcales, pero no es así porque la sentencia dicta que todos debemos hacerlo si así se nos indica. Esto es un problema porque la predisposición de algunos a ello con toda lógica no es del todo favorable. Además existe un pacto de fin de huelga por el que debe compensarse económicamente a los facultativos que deban desplazarse, con el gasto que esto supone para la administración y el ciudadano”, asegura este otorrino.

La alternativa que propone la Asociación y de la que están de acuerdo sindicatos como el Sindicato Médico, y los gerentes de los hospitales, es que se trate cada caso de manera individualizada. “Es más sencillo movilizar a 40 que a 300 por lo que nuestra propuesta es que a todos los facultativos que estamos fuera, cerca de 40, porque el resto han vuelto a Albacete en comisión de servicio o para cubrir plaza en Albacete, se nos ofrezca una solución individualizada, persona por persona. Proponemos que se nos dé a elegir hospital. Muchos quieren quedarse en Almansa y en Villarrobledo, por lo que sería personal que no absorbe el CHUA. Sólo 30 o así. Para la mayor parte de los facultativos, hay plazas”. De esta forma, asegura el vicepresidente de Afesalba, se contenta a todo el mundo, se evita pagar el desplazamiento a la mayor parte de los facultativos y se facilita la continuidad asistencial por el mismo

médico.

La propuesta no es nueva. “Así se hizo con los hospitales de Tomelloso y Alcázar de San Juan, cuando se separaron del Área de la Mancha Centro, se hizo de manera individualizada y no hubo problemas”.

ÁREA SANITARIA ÚNICA DE ALBACETE

Pero, ahora, el Sescam hace “oídos sordos”. Creen que quieren crear un Área Sanitaria única, de Albacete, con cuatro hospitales, incluyendo también Hellín, lo cual “desde el punto de vista administrativo es muy cómodo porque tienen a un conjunto de especialistas que pueden mover según las necesidades, pero, desde el punto de vista asistencial, es un disparate porque perjudica la continuidad asistencial y porque tienes que tener a todo el mundo en carretera. Nos parece un despropósito a todos, a la asociación, sindicatos, y gerentes pero es un proyecto que tiene el Sescam y parece que lo quieren ejecutar sí o sí; no hay forma de moverles de ahí”, aseguran desde Afesalba. Parece además que Albacete servirá como experiencia piloto en este modelo de gestión sanitaria, ya que tienen en mente el extenderlo al resto de provincias de Castilla-La Mancha.

Además, de llevarse a cabo dicha alternativa, el nombramiento que obtengan los médicos una vez aprobadas las siguientes oposiciones, será entonces para el Área Sanitaria de Albacete, incluyendo a todos los hospitales, lo que supone mover a la gente indiscriminadamente. “Eso es lo que no queremos porque nos parece un despropósito a todos los niveles”, apostilla Manuel García.

El plazo legal para ejecutar la sentencia, que fue firme en julio, se cumplió a finales de septiembre. Los facultativos pertenecientes a Afesalba no quieren pedir que la ejecute un juez pero, hasta la fecha, “no vemos movimientos para cumplirla, ni diálogo por parte del Sescam, y la paciencia se acaba. Si por las buenas no nos escuchan, vamos a tener que pedir que la ejecute un juez y no tiene visos de que acabe bien para nadie.

Al cierre de la edición, habían solicitado una nueva reunión con los responsables del Sescam.



Decálogo del Consentimiento Informado

A raíz de una sentencia firme dictada por el Juzgado de lo Contencioso n.º 2 de Toledo cuyo fallo condena al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha a pagar cerca de 360.000 euros - 296.960 de indemnización, más los intereses legales- por el daño ocasionado a un paciente como consecuencia de la actuación del servicio de anesthesiología del Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas, al practicarle una operación con anestesia epidural, cuando estaba programada con general, en contra de la elección del paciente, pese a la oposición del mismo en el momento de la intervención, y ofreciéndole la información del cambio de anestesia en una camilla, según la sentencia, hemos creído oportuno reproducir el DECÁLOGO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha elaborado la Comisión Central de Deontología (CCD) de la OMC.

El documento, de carácter práctico para los médicos, recopila lo que establece la Ley de autonomía del paciente, 41/2002, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Con estos diez puntos básicos que los médicos deben tener siempre presentes a la hora de informar y redactar el Consentimiento Informado en la práctica clínica, cualquiera que sea el

tipo de asistencia, la CCD busca una mejora en la actitud de los médicos asistenciales en estos temas para intentar disminuir las denuncias.

Este decálogo de la CCD, que ha contado con el refrendo de la Asamblea General de la OMC incluye desde los derechos y deberes fundamentales del médico y del paciente y a informar y a ser informado, así como la trascendencia legal y deontológica que ello conlleva, al modo correcto de llevarlo a la práctica, su contenido, su modo de realizarlo, verbal o escrito; los límites o excepciones y cómo debe hacerse el consentimiento por representación en los casos en los que el paciente no es capaz de tomar decisiones o son menores o incapaces.

Tras analizar todos y cada uno de los puntos de este decálogo, la CCD concluye que “cada caso clínico y cada paciente pueden plantear una situación distinta, por lo que considera que el médico “debe conocer la exigencia legal y aplicarla correctamente”. Recuerda a los profesionales que, con criterio general, “siempre prevalecerá la autonomía del paciente o lo que más y mejor favorezca sus intereses” y considera que “cada paciente tiene sus peculiaridades por lo que difícilmente su caso encajará en un CI estándar”.

RESUMEN DECÁLOGO

1.-Informar y ser informado son derechos y deberes fundamentales

Son derechos y deberes fundamentales tanto para el paciente como para el médico. Ambos son el eje de la relación médico-paciente y ello exige una relación personal previa para conocer las necesidades y circunstancias del paciente. El médico debe asumirlo no como un simple acto burocrático ni como una prueba documental que exige la ley.

2.-La información y el CI son de enorme trascendencia legal, según la ley 41/2002

Informar y el CI forman parte de la “lex artis” médica, tal y como reconoce la normativa legal, deontológica y la reiterada jurisprudencia. Por ello, es una obligación inexcusable del médico y su ausencia o incorrección generará responsabilidad deontológica, administrativa y legal cuando exista daño.

3.-Modo de practicarlos

La información y el CI deben asumirse directamente por el médico que realiza o, en su caso, el que indica el acto asistencial y se realizarán con la debida antelación para que el paciente pueda reflexionar. No es correcto entregar al paciente un CI estándar para que lo firme sin más, con la única finalidad de cubrir el trámite administrativo, porque ni el médico cumple con el paciente, ni se defiende de posibles reclamaciones.

4.-Carácter y contenido de la información de un CI

En el CI “no debe faltar la naturaleza y finalidad de cada intervención, sus riesgos y consecuencias. Será suficiente, verdadera y leal y no deberá inducir a alarmas, ni esperanzas injustificadas”.

Se recomienda transmitir la información que sea adecuada para que se pueda tomar una decisión y, se aconseja incluir que “si surgen complicaciones, el centro sanitario está preparado para responder ante ellas y el médico responsable nunca abandonará al paciente durante todo el proceso”.

5.-Respeto a negarse a recibir información. Casos de gravedad o mal pronóstico

El médico debe respetar también el “derecho del paciente a no ser informado” y si la información incluye datos de gravedad o mal pro-

nóstico, el médico “deberá esforzarse en saber si es necesaria y, si lo fuera, deberá hacerlo con suma delicadeza” para evitar perjudicar al paciente.

6.-Forma del CI: verbal o escrito

Por norma general, el CI debe ser verbal, dejando siempre constancia en la historia clínica. Se deberá hacer por escrito cuando supongan un riesgo significativo para el paciente -intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores-, siguiendo todo lo que marca la Ley.

7.-Límites o excepciones al CI

El CI puede obviarse en caso de riesgo para la salud pública o riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de un enfermo del que no se pueda conseguir su autorización, aunque se debe consultar a sus familiares.

8.-Consentimiento por representación

Se solicitará al representante legal o familiares, cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o si su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación; si tiene la capacidad modificada judicialmente (incapaces legales) o si es menor de edad y no es capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance del acto médico.

9.-Consentimiento en menores e incapaces

En estos casos, el médico siempre debe tratar de informarles y contar con su opinión dependiendo de sus posibilidades con el objeto de que puedan participar y decidir en su proceso asistencial. Hay que tener en cuenta la madurez del menor y, en casos de gravedad, decidirán los padres o tutores. En este punto, el decálogo recuerda al médico que es el “garante de los menores”, y deberá “solicitar auxilio judicial siempre que vea en peligro sus derechos” y que “está obligado a adoptar las medidas necesarias en salvaguarda de su vida o salud hasta que obtenga la resolución judicial correspondiente”.

10.- Conclusión

Cada caso clínico y cada paciente pueden plantear una situación distinta, por lo que el médico debe conocer la exigencia legal y aplicarla correctamente. Con criterio general, siempre prevalecerá la autonomía del paciente o lo que más y mejor favorezca sus intereses y, teniendo en cuenta de que cada paciente tiene sus peculiaridades, difícilmente su caso encajará en un CI estándar.

Sedación Paliativa, alimentación e hidratación al final de la vida

La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado

En la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia para evitar que el paciente sufra mientras llega su muerte.

En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada con dosis de fármacos letales.

La sedación paliativa es un recurso terapéutico prescrito por el médico y un derecho del enfermo.

Cuando está indicada, el médico tiene la obligación de aplicarla y no tiene cabida la objeción de conciencia.

Los tratamientos de soporte nutricional tienen como objetivo la mejoría sintomática y la calidad de vida del paciente.

Las medidas agresivas provocan mayores perjuicios que beneficios.

Es preciso establecer criterios de retirada de estos tratamientos.

El Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha elaborado dos Declaraciones que abordan el derecho a la sedación paliativa y la ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida. Ambos documentos han sido refrendados por la Asamblea General de la OMC.

LA SEDACIÓN PALIATIVA, CUANDO ESTÁ INDICADA, ES UN DERECHO DEL PACIENTE Y UN DEBER DEL MÉDICO

La declaración sobre “El derecho a la sedación paliativa” surge porque los cuidados paliativos han incorporado con normalidad la sedación paliativa a la práctica clínica. Ello ha significado un avance muy importante en la atención a los pacientes al final de la vida.

La sedación es una disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios, que son aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por los médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable.

En estos casos, el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa. Se trata de una sedación en la agonía cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida.

Cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Se debe afirmar con claridad que cuando existe una adecuada indicación para la sedación, la objeción de conciencia no tiene cabida, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado.

La diferencia entre la sedación paliativa y la eutanasia es nítida y viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado. En la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

Algunas comunidades autónomas han promulgado leyes de derechos y garantías de las personas al final de la vida, que recogen el derecho explícito a la sedación paliativa y establecen el desarrollo de programas estratégicos de cuidados paliativos que deben contemplar la capacitación de los profesionales para la práctica de la sedación paliativa, lo que resulta imprescindible para garantizar el derecho de los pacientes.

En la Declaración se recuerda que la sedación es un recurso terapéutico prescrito por el médico con unos criterios de indicación muy concretos. En estas condiciones, asegura que “la sedación es un derecho del enfermo que, sin embargo, no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden”.

Concluye que “cuando el médico seda al paciente que se encuentra sufriendo en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos, una vez obtenido su consentimiento, no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras llega su muerte, lo cual constituye una buena práctica médica” y añade que “tan grave es abusar de la sedación como no aplicarla cuando es necesaria para un paciente”.

ÉTICA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

La otra Declaración del Grupo de Trabajo “Atención al final de la vida” de la OMC, relativa a ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida, parte de la realidad de que la nutrición al final de la vida es una cuestión con múltiples fuentes de confusión, contradicción, mitos y emociones.

El objetivo de este documento, por tanto, es el de tratar de aclarar algunas de las cuestiones éticas derivadas de los problemas de alimentación y del soporte nutricional para los pacientes que se encuentran en el período final de su vida.

De acuerdo con la Declaración, las recomendaciones en cada situación concreta deben variar en función del objetivo a alcanzar. No se trata, según se puntualiza, de quitar importancia a las medidas nutricionales sino de adecuar los tratamientos a las diversas fases de la enfermedad, siendo muy importante tener en cuenta que, en estos casos, se trata de pacientes con enfermedades avanzadas incurables que se encuentran en el período final de su vida.

Los problemas nutricionales, la anorexia y la pérdida de peso preocupan a la mayoría de estos pacientes y a sus familiares. Sin embargo, se subraya en el documento que la malnutrición, en estos casos, no es la causa sino una consecuencia de la enfermedad que se sufre y, aunque son necesarios tratamientos de soporte nutricional, el objetivo prioritario es la mejoría sintomática del enfermo y no revertir la situación de malnutrición, es decir, que el paciente no se está muriendo por no comer, sino que no come porque se está muriendo.

Según señala al respecto, “la malnutrición es irreversible en estadios avanzados de enfermedad”. De ahí que se deben evitar planteamientos intervencionistas que pretendan la recuperación del estado nutricional de este tipo de enfermos, al no conseguirse con ello beneficios clínicamente significativos.

Se insiste en que la toma de decisiones clínicas debe ser siempre individualizada, valorando la situación concreta del enfermo e incluyendo también en el proceso de decisión las preferencias del paciente y de sus familiares. El objetivo prioritario es el confort, considerándose que éste puede ser incompatible con la aplicación de tratamientos agresivos.

Por tanto, según se indica en la Declaración, las

medidas agresivas encaminadas a intentar revertir la malnutrición en estados avanzados conducen a más problemas que beneficios para el paciente. Así, a la hora de poner en marcha la nutrición artificial debe tenerse en cuenta el pronóstico así como la voluntad del paciente y la opinión de los familiares.

Las recomendaciones sobre tratamientos nutricionales introducidas en la Declaración incluyen contemplar una dieta individualizada de acuerdo con las preferencias y capacidad de deglución del paciente. Un aspecto muy importante a tener en cuenta, según se remarca, en pacientes con una limitada esperanza de vida es evitar las dietas restrictivas. De igual forma, se advierte que la sobreingesta puede inducir o empeorar síntomas asociados. Unas adecuadas recomendaciones de alimentación pueden aumentar la ingesta hasta en 450 Kcal/día. Asimismo, se considera que los suplementos nutricionales juegan un papel importante en aquellos enfermos en quienes no se consiga una adecuada ingesta a pesar de las recomendaciones de alimentación.

También se aclara que la nutrición enteral mediante sondas de alimentación y la parenteral son consideradas formas de alimentación artificial puesto que exigen la inserción de dispositivos para poder conseguir una vía de administración. Se trata, por tanto, de un tratamiento médico y no un cuidado básico, estando sujetas a indicaciones y contraindicaciones como cualquier otro tratamiento.

Sobre los criterios bajo los cuales se podrían retirar los tratamientos instaurados relativos a nutrición enteral y parenteral, se llega a la conclusión de que la instauración de cualquier tratamiento intervencionista en un paciente con enfermedad avanzada debe ir acompañada de unos criterios de una posible retirada. Criterios que deben ser individualizados y basados en la relación beneficio/riesgo de cada tratamiento. Se considera de gran importancia anticipar estos criterios en el momento de la instauración del tratamiento para facilitar la toma de decisiones cuando se vea indicada su retirada. Dicha planificación, según este documento, permite reconocer adecuadamente el derecho que tiene el paciente capaz y adecuadamente informado a rechazar tratamientos (lo cual incluye tanto la no instauración como su retirada) aunque ello suponga un acortamiento de la vida.

Con respecto a la hidratación, se reconoce que la decisión de hidratar al paciente en la situación de últimos días, cuando los pacientes reducen la ingesta oral, es una de las más complejas. Se afirma que la evidencia científica, hasta la fecha, no permite justificar la hidratación parenteral en todos los pacientes en los últimos días de su vida y sólo proporciona una sólida justificación para considerar la hidratación en determinadas circunstancias y para ciertos síntomas.

El Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) lo forman los doctores Marcos Gómez Sancho, Rogelio Altisent, Jacinto Bátiz, Mariano Casado, Luis Ciprés, Álvaro Gándara, José Antonio Herranz, Rafael Mota, Javier Rocafort y Juan José Rodríguez Sendín.

Nuestros facultativos, siempre a la vanguardia de la Medicina

Entrevista a los becados por el Colegio Oficial de Médicos de Albacete para realizar estancias formativas en centros nacionales o extranjeros, becas que para 2017 volverán a convocarse y de las que daremos buena cuenta en nuestra página web y en nuestra publicación trimestral

Álvaro Sánchez Larsen ha sido FEA de Neurología en el CHUA. Este año, gracias en parte a las becas formativas que concede el Colegio Oficial de Médicos de Albacete, tuvo la oportunidad de rotar durante dos meses en un hospital de referencia mundial en el tratamiento de la epilepsia: el Montreal Neurological Institute and Hospital (MNIH), en Montreal, Canadá. En concreto en el Departamento de Epilepsia del Servicio de Neurología. “Elegí el MNIH por su tradición y renombre en cuanto al tratamiento de la Epilepsia. Este centro ha estado a la vanguardia del tratamiento e investigación de la epilepsia durante más de medio siglo, logrando increíbles avances en este campo y para la neurología en general, desde la sistematización de la anatomía funcional cerebral y la creación de un modelo de abordaje quirúrgico de la epilepsia llevada a cabo por el Dr. Wilder Penfield, probablemente el neurocirujano más reputado de la historia, hasta la introducción y desarrollo del EEG por el Dr. Herbert Jasper.

“El haberme inmerso en el mundo de la epilepsia de esta forma me ha permitido darme cuenta de que mi deseo era seguir por ese camino, y me ha ayudado a decidir los siguientes pasos tras mi residencia”

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

Durante los dos meses de

rotación en el Servicio de Epilepsia del MNIH trabajé junto al personal encargado de la Hospitalización e ingresos para telemetría-EEG. Resumidamente, la actividad habitual era la de analizar la monitorización EEG, visitar a los pacientes ingresados y las visitas a pacientes en consultas externas especializadas. Se realizaban diariamente sesiones conjuntas para la exposición del caso de los pacientes ingresados, y al final de la semana se exponían en el Comité de Epilepsia los casos propuestos para cirugía. Durante la semana también se llevaban a cabo diferentes seminarios y sesiones clínicas con objetivo docente.

3.- ¿Qué diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar con el centro hospitalario de Albacete?

La diferencia básica se comprende entendiendo la magnitud de instalaciones y recursos del Montreal Neurological Hospital, el cual es un hospital de tamaño medio (similar al Hospital de Albacete por ejemplo) en el cual se tratan exclusivamente enfermedades neurológicas, es decir todo un hospital y sus correspondientes servicios médicos dedicado a la Neurología. Evidentemente la forma de trabajar en la Unidad de Epilepsia del MNIH es muy diferente por la especialización que exige. Me llamaba la atención que los médicos del Departamento de Epilepsia sólo trataban pacientes

con epilepsia, lo cual era nuevo para mi. El Servicio de Neurología se compartimentaba según especialidades y cada Departamento se encargaba exclusivamente de sus pacientes. Esta es una gran diferencia con respecto al Hospital de Albacete, donde al ser menos Neurólogos en el Servicio no se realiza esta distinción salvo para las consultas monográficas. Además el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete carece de una Unidad Multidisciplinar de Epilepsia como tal, y por tanto no se realizan monitorizaciones continuas video-EEG ni técnicas avanzadas para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, así como tampoco se realiza cirugía de la epilepsia.

4.- ¿Qué técnicas ha aprendido o perfeccionado? Nos gustaría conocer si esos procedimientos se pueden aplicar en el Servicio de Albacete

El Hospital Neurológico de Montreal cuenta con las instalaciones y técnicas más avanzadas en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, incluyendo también pruebas que actualmente se encuentran en fase de investigación. Gracias a mi rotación fui capaz de familiarizarme con estas técnicas, comprender sus indicaciones e iniciarme en la interpretación de sus resultados. Entre ellas se podría enumerar la monitorización continua video-EEG de superficie y monitorizaciones invasivas con electrodos subdurales, electrodos profundos (Stereo-EEG) y la realización de registro y mapeos corticales. Pruebas especiales de neuroimagen gracias a una RM de 3 Teslas, RMN funcional, SPECT ictal (SISCOM) e interictal, PET interictal, RM Espectroscopia, RM Tractografía o la una modificación del Test de Wada desarrollada desde hace años en el centro (ESAM: Etomidate

Speech And Memory test). Adicionalmente, al tratarse de un centro donde se realiza cirugía de la epilepsia tuve la posibilidad de familiarizarme con los conceptos e indicaciones de las diferentes técnicas quirúrgicas resectivas y paliativas, así como del control post-quirúrgico del paciente intervenido de epilepsia. En tanto el CHUA no dispone de una Unidad de Epilepsia quirúrgica, la gran mayoría de estas pruebas no tendrían indicación y por tanto no se realizan a día de hoy.

5.- ¿Considera importante estas ayudas en formación que concede el Colegio?

Desde luego que considero estas ayudas importantes, sobre todo hoy en día en el que este tipo de ayudas y becas son tan escasas. Esta subvención y diferentes ayudas que concede el Colegio durante nuestro periodo formativo son muy importantes para nuestro desarrollo y aprendizaje, pues son básicas para realizar estancias en el extranjero similares a la mía.

En mi caso particular, considero que gracias a esta rotación que realicé en una Unidad de Epilepsia con proyección internacional, además del valor científico que me ha supuesto, he podido obtener unas referencias magníficas que me han ayudado a la hora de buscar trabajo al terminar mi formación. Pero no sólo eso, gracias a esta rotación pude conocer gente de diferentes lugares de todo el mundo en situaciones similares a las que yo estoy viviendo en estos momentos, y conocer su experiencia y consejos me ha supuesto un valor incalculable hasta llegar a mi situación actual. El haberme inmerso en el mundo de la epilepsia de esta forma me ha permitido darme cuenta de que mi



Alvaro Sánchez Larsen

deseo era seguir por ese camino, y me ha ayudado a decidir los siguientes pasos tras mi residencia.

A día de hoy se encuentra realizando una beca de especialización clínica en Epilepsia en la Unidad Multidisciplinar de Epilepsia del Hospital del Mar de Barcelona,” la cual no sólo se encuentra entre las más avanzadas de España, sino que recientemente acaba de obtener la acreditación de Unidad de Referencia Europea”.

Carlos Mauricio Vega Apon-te es MIR de Familia. Tras varios años en Albacete, actualmente continúa en proceso de formación especializada en la comunidad de Madrid. Se siente “muy complacido con la formación recibida en atención primaria”, que le permitió conocer” la importancia de una valoración multidisciplinar de la patología en el paciente”.

Gracias a las becas del Colegio, hizo una rotación de un mes en el Hospital clínico Universitario de Valencia, en la Unidad de Hipertensión Arterial, por ser “uno de los hospitales con mayores servicios públicos de salud y con el fin de poder conocer cómo se trabaja en otras comunidades”.

2.- ¿Cómo fue la estancia durante esos días; cómo transcurrió el tiempo de trabajo?

- La acogida fue excelente, con gran disposición por parte de todo el personal del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Todos los días, a primera hora de la mañana, sesión tema académico. De lunes a viernes de 8:30 a 15:00, consulta de riesgo cardiovascular con un tiempo para cada paciente de 20 minutos, y dos días a la semana, de 9:00 a 15:00, procedimiento diagnósticos no invasivos (ecocardio

trastorácico, doppler carotideo, impedancia y velocidad onda de pulso)

3.- ¿Que diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar del hospital de Valencia con el centro hospitalario de Albacete?

- El tiempo de consulta es más idóneo en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Ayudas tipo beca y subvenciones en estudio de investigación.
- La atención primaria en Albacete no es innovadora y falta motivación al profesional.
- Días específicos para las realizaciones de pruebas no invasivos, para el diagnóstico subclínico de enfermedad cardiovascular.
- El tipo paciente es igual en las dos comunidades.

“Las ayudas son importantes porque permiten cumplir con las metas profesionales personales e incentivan al continuo crecimiento profesional”

4.- ¿Que técnicas ha aprendido o perfeccionado? Esos procedimientos, ¿se pueden aplicar en Albacete?

- He aprendido técnicas ecográficas y doppler carotideo. Y desde mi punto de vista se podría aplicar en el servicio de atención primaria de Albacete para poder detectar enfermedades CV en estadio subclínico.

5.- ¿Considera importantes estas ayudas en formación que concede el colegio?

Muy importantes las ayudas, permiten poder cumplir con las metas profesionales personales e incentiva al continuo crecimiento profesional.



Carlos Mauricio Vega Aponete

Repulsa del Colegio de Médicos por el último caso de amenazas sufrido por una médico de Albacete

Una médico de un centro de salud de la localidad de Hellín, en Albacete, ha interpuesto cuatro denuncias por las amenazas cometidas hacia su persona por pacientes de la zona. Contra dos de ellos, un juez de Albacete ha dictado órdenes de alejamiento.

La facultativa, que hoy en día está de baja, muy afectada a nivel personal y profesional después de que haya visto peligrar tanto su integridad física como la de su familia, está recibiendo todo el apoyo jurídico y moral del Colegio Oficial de Médicos de Albacete.

Su presidente, Fernando Gómez Bermejo, ha mostrado su repulsa por estos hechos que, desgraciadamente, no son aislados – al parecer, dos profesionales sanitarios ya habrían sufrido este tipo de amenazas también en Hellín – y cada vez se producen más “por la falta de respeto” que existe en la sociedad. El Dr. Gómez Bermejo ha manifestado “el hartazgo” de un colectivo que sufre amenazas y agresiones físicas y verbales “cuando la función del médico es la de curar y salvar la vida de las personas”. Asimismo, ha defendido que el facultativo siempre mantiene con su paciente un trato “adecuado y respetuoso”, mientras que en el otro lado “nos encontramos a veces con muchas faltas de respeto y malos modos que impiden la



realización de nuestra función en perfectas condiciones”.

De ahí que haya pedido a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que “actúen” cuando se trata de amenazas a los facultativos. “Si tienen que detener y castigar a los que incumplen la ley, que lo hagan”. Pide mayor presencia policial en los centros de salud, como en el caso concreto del de Hellín.

Asimismo, el Colegio de Médicos insiste a sus colegiados que comuniquen cualquier tipo de incidencia con el fin de que estos casos ni queden impunes ni se puedan repetir.

Los servicios jurídicos del colegio también están para asesorar y actuar ante estas situaciones.



El Título de Especialista se debe solicitar Vía Telemática

Os recordamos a todos los que hayáis finalizado la residencia el pasado mes de mayo que, si no lo habéis hecho ya, debéis solicitar vuestro título de especialista – que está disponible desde el pasado 1 de Abril –, por vía telemática y de forma obligatoria.

El procedimiento para hacerlo es el siguiente:

Accede al siguiente link:

www.mecd.gob.es/r/especialistas

- ▶ Entra a tu sesión personal mediante clave para personas físicas, certificado electrónico o regístrate en el momento como usuario con tu DNI y la clave que elijas.

- ▶ Cumplimenta la solicitud de Orden de concesión con tus datos (Atención: Debes poner las tildes en tu nombre y apellidos) pulsa guardar y sobre todo una vez guardada, pulsa el botón confirmar. Si no lo confirmas quedará en estado de borrador y no comenzará la tramitación.

- ▶ Recibirás un correo posteriormente, avisando de que la Orden de concesión ya puede ser descargada y las instrucciones para ello.

- ▶ Junto con la orden de concesión se adjuntan los datos para realizar el pago de las tasas para la expedición del título.

- ▶ El pago se puede realizar de forma electrónica conforme a las instrucciones en-

viadas por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. De no ser así, se deberá presentar el justificante de abono en cualquiera de los registros habilitados al efecto para su envío a la Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

- ▶ Finalmente y también a través de la sede electrónica una vez realizado el pago de tasas, debemos introducir en nuestra sesión personal los datos del pago (número de justificante y fecha del pago) y la dependencia (delegación) donde deseas retirar el título oficial.

- ▶ Es muy importante que realices este trámite, ya que aunque hayas finalizado tu residencia con calificación de apto, lo que habilita a un médico y a ejercer como especialista es el título como tal, siendo además imprescindible para presentarnos a cualquier concurso oposición o si te planteas trabajar en el extranjero. El único documento reconocido es el título oficial o en su defecto el certificado substitutorio, y para ambos se ha de realizar este trámite que resumimos.

Si tienes cualquier duda puedes ponerte en contacto con nosotros:

comalbacete@comalbacete.org

presidencia@comalbacete.org

O en el ministerio: **sgtrc@mecd.es**

Encuesta sobre Conocimientos en Derechos Sanitario y Bioética de los Médicos de la Provincia

El Colegio de Médicos de la Provincia de Albacete, en colaboración con Llanos Belmonte, compañera del Hospital de Almansa, está realizando un encuesta para valorar los conocimientos en Derecho Sanitario y Bioética que tenemos los médicos de la provincia, con vistas a dar unas charlas sobre los temas

que nos interesan del Derecho Sanitario.

Pedimos vuestra colaboración abriendo este enlace y rellenando esta encuesta anónima, que os llevará 10 minutos. Al finalizar, por favor dar a **ENVIAR**. Nos habréis ayudado mucho.

Chíntila; Tulga; Chindasvinto y Recesvinto, Ancestros de Don Pelayo (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 me he acercado, con la mayor objetividad posible, a tres de los reyes visigodos de Hispania, de lo que se denominó, por ser la capital regia, el “reino visigodo o godo de Toledo”. Estamos en lo que se adivina, el inicio de la caída del poder de los visigodos hispanos, la endogamia no muy marcada pero errónea, el poder omnímodo de los magnates de palacio: duques, próceres y gardingos, y que siempre se enfrentarán, por facciones, al monarca de turno, por aquello de ser los pares del soberano; el comportamiento persecutorio y discriminatorio contra los otros dos grupos que habitaban en las Españas de la época, y que eran los hebreos o judíos y los cristianos católicos o hispano-romanos, sin dejar de mencionar que las relaciones con este último grupo mejoran cuando Recaredo I el Grande se convierte, del hereje cristianismo-arriano, al cristianismo católico de rito latino o romano, pero siempre quedará ese peso clasista de que los visigodos o godos del oeste eran la clase superior de la Península Hispánica, y que la pseudoclase media serían el resto de visigodos no nobles, y que habitaban en la Tierra de Campos o Campos Góticos, raíz de nacimiento del Reino del Imperio de León. Uno de los tres soberanos que analizo, Chindasvinto, tiene un interés especial: ya que será un valetudinario magnate y general cuando ascienda al trono y, además, la dinastía del caudillo de los ástures reconquistadores, Pelayo, remontará su familia, descendencia y derechos precisamente al rey Chindasvinto.

I.- CHÍNTILA-QUÍNTILA (?-636-639/640) EN EL TRONO GODO DE TOLEDO

El 12 de marzo del año 636, en Toledo, de acuerdo con la normativa sucesoria electiva sancionada en el IV Concilio de Toledo (5-XII-633) con la presencia del rey visigodo Sisenando (?-631-636) y la presidencia de San Isidoro de Sevilla (c. 556-636, el duque Chíntila fue elegido como nuevo monarca de los visigodos, substituyendo al rey Sisenando, que había pasado ya a mejor vida de forma pacífica; al haber aceptado [el nuevo rey] las normas creadas por la más que poderosa nobleza laica y eclesiástica visigoda. El nuevo soberano pasará de puntillas por la historia, y lo único que se sabe de él son las actas de los Concilios V y VI de

Toledo, donde se menciona la existencia de una situación política crítica, frágil y con una elevada inseguridad social, por ello se conjetura que el nuevo soberano se vió obligado a abortar un importante número de conjuras y de rebeliones pergeñadas por los magnates visigodos del momento.



A posteriori, el rey Chindasvinto declararía, en función del canon 11 del VI Concilio toledano sobre: “De aquellos que se pasan al enemigo”, referido el aserto a todos aquellos nobles traidores que se extrañaban o que se refugiaban entre los múltiples enemigos del reino visigodo de Toledo, por ejemplo entre los francos o salios. A finales de junio (día 30) del año 636, Chíntila va a convocar un Concilio General en Toledo, el V, con la finalidad de renovar las alianzas con los prepotentes magnates visigodos. El objetivo era el de poder resolver el problema de la inseguridad regia, la de sus familiares y la de sus clientes. De esta forma, se consigue apuntalar el sistema sucesorio de los reyes.

La premura en la convocatoria conlleva que solo estén representados el 30% de las diócesis (distritos o territorios cristianos, en que tiene y ejerce la jurisdicción eclesiástica un prelado de tipo obispo o arzobispo), la mayoría provienen de la Provincia Cartaginense, que eran sufragáneas de Toledo, únicamente estuvieron unos escasos 22 obispos junto a magnates palatinos (duques, próceres y gardingos), y se trataron exclusivamente temas de tipo político, tales como el perfeccionamiento del sistema sucesorio, excluyéndose del ascenso al trono a los nobles indignos. El candidato para ser rey debe ser un magnate de primera categoría o palatino y de raza

visigoda. Aunque, tienen la convicción de que todos los problemas se fundamentan en la inestabilidad económica existente, ya que ningún noble tiene seguro su patrimonio, y todos ellos luchan por incrementar el personal a costa del ajeno. Se anatematiza a todo aquél que trame un complot para conseguir alzarse con el trono o maldiga el nombre del soberano reinante de turno, desde el punto de vista de las máximas penas canónicas. Desde aquí y en adelante, las propiedades adquiridas en justicia, las que no fuesen fruto de confiscaciones regias de las de otros magnates, y las donaciones del rey a sus fideles, no van a poder serles arrebatadas a sus legítimos propietarios por el sucesor regio de que se trate, ya que son los monarcas los que con sus actos tienen la capacidad de premiar a sus nobles preferidos o arruinar a los contrarios.



Si no se hacía así, estaba claro que los magnates de la alta nobleza visigoda no iban a servir con lealtad suma al rey del momento, ya que tenían la necesidad ineludible y un cuidado exquisito en no ganarse la “enemiga” de los posibles sucesores reales. Pero, si esto no se resolvía definitivamente, las conjuras estarían a la orden del día. Aunque, como además, los soberanos visigodos aumentaban, con frecuencia, la fortuna de sus familiares, este comportamiento generaba la envidia de los posibles monarcas sucesivos y producía, en todos los magnates y los aspirantes, el deseo incoercible de tratar de echarlos del trono para apoderarse de tales fortunas; con la finalidad de poderlo evitar los reyes godos incrementaban la presión fiscal y política sobre sus súbditos.

Los obispos decretaron, por consiguiente, que los descendientes de Chíntila no podrían ser molestados cuando el rey muriese, y sus bienes deberían ser siempre respetados, si la obtención de ellos se hubiese producido por medios justos y lícitos, tales como donaciones, entregas y transmisiones hereditarias paternas. No obstante, los prelados aconsejan al rey Chíntila que no sea muy estricto y vengativo con aquellos magnates que se salten las normas establecidas en los procedimientos judicia-

les. El fin de todo este entramado político estribaba en que existiese concordia entre los nobles entre sí y de aquellos con el monarca de turno.

Pero todos estos buenos propósitos se encuentran bajo el peso de las hipotéticas y esperadas conjuras nobiliarias y sediciones, aunque de todas ellas no existen datos fehacientes. Se tiene la certidumbre de que en el V concilio estuvieron los obispos de las provincias de la Narbonense, de la Gallaecia y de la Bética, aunque del área del Levante solo acudiría el prelado de Barcelona. Todos esos datos añadidos a los patológicos y endémicos problemas depredatorios de las poblaciones indígenas del norte peninsular, sobre todo los que se suelen producir en las tierras de los cántabros, de los vascones y vascongados (caristios, várdulos y autrigones), y de los ástures (transmontanos y cismontanos).

Por todo ello, el 9 de enero del año 638 Chíntila se vio obligado a convocar un nuevo concilio toledano, el VI, para que confirmase los pactos y los decretos del celebrado en el año 636. La asistencia de los obispos fue masiva, 48 in presentia y 5 representados, las reuniones se celebraron en la basílica de Santa Leocadia. Los anatemas que se lanzaron contra todos los que atentasen contra el trono fueron unánimes, y serían ratificados en la obligada estabilidad de los bienes entregados por el monarca de turno a sus familiares o los que ya se poseyesen de forma legítima.

Se exhorta, sin ambages, a que los magnates participen, de forma global y colegiada, contra todos los que intenten la más mínima sedición o usurpación. Por todo lo que antecede, si Chíntila fuese asesinado, su substituto regio legal debería perseguir sañudamente, y sin desmayo, a los asesinos, y los demás magnates tendrán la obligación de estar a su lado en ese menester. Se utiliza como muestra ejemplarizante al propio soberano, que no ha tenido el más mínimo problema en perdonar a varios sediciosos, para que reine la concordia en el estado visigodo toledano. Los cargos y los bienes de los fideles regis otorgados por Chíntila son considerados inviolables. Pero, la fuerza taxativa del aserto dogmático promulgado en dicho concilio es mucho mayor en relación con la preservación de los bienes de los altos eclesiásticos, los cuales pueden



Chíntila; Tulga; Chindasvinto y Recesvinto, Ancestros de Don Pelayo ⁽¹⁾

ser enajenados para que sirvan de sustento a los clérigos menores o a los libertos de la iglesia católica, pero siempre que estos individuos o sus descendientes no se alejen del patrocinio de la iglesia católica.

De modo firme se insiste en subrayar en que todos los bienes entregados a la iglesia católica, por los monarcas o por particulares, no podrán ser enajenados en ninguna circunstancia. «El concilio termina reforzando la cohesión y la posición política de la nobleza aún más, al decretar el honor y reverencia que el resto de la población debe prestar a los más altos representantes de la nobleza, los primates palatii, y al recordar que todos aquellos que han huido al extranjero por cometer algún delito, si vuelven, caerán in potestate principis ac gentis, es decir no solo del rey sino también de la nobleza» (L. A. García Moreno, "Historia de España. Ramón Menéndez Pidal. España Visigoda. Las Invasiones. Las Sociedades. La Iglesia. Volumen I. 1991; pág. 230). Quedan excluidos del trono de los visigodos los tonsurados, los que hubieran sido castigados con pena de decalcación y quienes tengan un origen servil o sean extranjeros.



Además, en la época de Chíntila aparece un nuevo brote de antihebraísmo. La presión realizada por la carta del papa Honorio I (625-638) sobre la corte toledana, leída y contestada por el obispo Braulio de Zaragoza, en dicho VI Concilio de Toledo, conlleva que, de nuevo, se pongan en vigor las medidas de conversión forzosa para los judíos. Estos últimos reaccionan y firman un acuerdo con la corona o placitum, lo signarán los judíos toledanos el 1 de diciembre del año 637, por este pacto los conversos se van a seguir reafirmando en su nueva fe, la cristiana católica, y se comprometen a no contraer matrimonios consanguíneos en el futuro, a no utilizar la ley mosaica o de Moisés para vivir como

cristianos, y a no realizar la más mínima práctica cotidiana que sea diferente de la de los seguidores de Cristo. De esta forma, se conseguía minar la cohesión interna de los nuevos cristianos, que seguían teniendo el orgullo de sentirse diferentes dentro del cristianismo católico hispano. Se dictó la prohibición de que los no católicos vivieran dentro de las fronteras del reino de los godos. Esta es la primera amenaza seria de expulsión contra los judíos.

«La época de Chíntila constituye un período relevante en la historia del prefeudalismo visigótico, por las resoluciones acerca de los fideles promulgadas en los concilios V y VI de Toledo a propósito de los fideles regis, miembros de la clientela real. Esos "clientes militares", miembros del "séquito regio", se hallaban vinculados al príncipe por un específico lazo de fidelidad y servicio. En las alternativas políticas de la España visigoda, los fideles del monarca anterior se hallaban especialmente expuestos a represalias y venganzas. El concilio Toledano V quiso impedir que se les perjudicara en sus personas y bienes. El concilio VI fue todavía más lejos y trató de estabilizar el status de los fideles regis, de manera que su cargo y función fuesen en principio permanentes, más allá de los cambios del reinado. Este canon 14 del concilio Toledano VI tiene indudable trascendencia en la génesis de las instituciones prefeudales de la España visigótica» (J. Orlandis. "Historia del Reino Visigodo Español", págs. 104-105, 2003).

El 20 de noviembre del año 639 muere el monarca que hoy nos ocupa y será elevado al trono de los godos su hijo adolescente, que se llama Tulga (?-639/640-642), "de buena índole" según la Crónica Mozárabe, pero "blando y débil" para el Epítome Ovetense. Su juventud, su inexperiencia y su poca autoritaria personalidad conllevan que no consiga sobrepasar en más de dos años y medio su estancia en el trono toledano. Varios conatos de rebelión salpicarán su corto pero turbulento reinado, ya que "el pueblo de los godos es proclive a la rebelión cuando no siente sobre sí el peso de un fuerte yugo", según el Código Pseudo Fredegario.



(continuará en número siguiente)

Posicionamiento CGCOM ante Sentencia TJUE contratación temporal SNS

Esta sentencia hace justicia a los profesionales y beneficia a los pacientes

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) celebra la decisión del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) que ha sentenciado que la normativa española sobre contratos temporales en los servicios de salud es contraria al Derecho de la UE, una sentencia con la que, en opinión de la corporación médica, se hace justicia a los profesionales y beneficia a los pacientes.

Se trata de una sentencia que incide en la reiterada denuncia que la corporación médica, tanto desde el CGCOM como desde la Organización Médica Colegial (OMC) ha venido haciendo en los últimos años, avalada por los datos del Estudio sobre la situación laboral Médicos en España que en todas las oleadas que ha hecho ha puesto de manifiesto la precariedad y temporalidad de los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud.

Según estos datos, el 41% de los médicos que trabajan en el SNS sin plaza en propiedad están con contratos temporales de meses, semanas, incluso, de horas, con una media de más de 7 contratos por año y casos de hasta más de 14 contratos, lo que ha provocado que el SNS se haya convertido en la mayor empresa de trabajo temporal de España.

La corporación médica ha calificado reiteradamente de injusta y abusiva esta situación, una práctica generalizada que se ha cronificado con los recortes de los últimos 6 años en los que, hasta 2013, se habían perdido 40.000 puestos de trabajo de profesionales sanitarios -30.000 de enfermería y 10.000 de médicos- según estimaciones de CC.OO y las encuestas de población activa del INE.

Tanto el CGCOM como la OMC han denunciado públicamente y reiteradamente las consecuencias que conlleva para los/las médicos y enfermeros/as y, especialmente, para los pacientes, por ejemplo, la amortización de plazas por jubilaciones o el hecho de que no haya sustituciones por enfermedad o vacaciones.

La corporación confía en que con esta sentencia haya un antes y un después y los responsables sanitarios se lo piensen antes de seguir por esta senda de la temporalidad y precariedad.

INCUMPLIMIENTO DEL DERECHO DE LA UE SOBRE CONTRATOS TEMPORALES EN SERVICIOS DE SALUD

La renovación de contratos temporales de forma sucesiva para cubrir puestos permanentes en los servicios de salud “va en contra del Derecho de la Unión Europea”, según establece esta sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. De esa forma se opone a la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud que permite la renovación de nombramientos de duración determinada en el sector de los servicios de salud.

En concreto, en la sentencia del TJUE, se establece que “el Derecho de la Unión Europea se opone a una norma nacional que permite la renovación de nombramientos temporales para atender necesidades temporales en materia de personal cuando estas necesidades son en realidad permanentes”.

El Tribunal de Justicia Europeo recuerda que el Acuerdo Marco sobre el trabajo de duración determinada (celebrado el 18 de marzo de 1999, que figura en el anexo de la Directiva 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999, relativo al Acuerdo marco de la CES, la UNICE y el CEEP sobre el trabajo de duración determinada (DO 1999, L. 175, p. 43) impone a los Estados miembros regular en su normativa, a efectos de prevenir los abusos como consecuencia de la utilización sucesiva de contratos de duración determinada, al menos una de las siguientes cuestiones: razones objetivas que justifiquen la renovación de tales contratos; duración máxima total de los sucesivos contratos de trabajo de duración determinada; y/o el número de sus renovaciones.

Si bien la sentencia reconoce que “la sustitución temporal de trabajadores para atender necesidades de duración limitada puede constituir una razón objetiva”, no obstante, considera que “los nombramientos de duración determinada no pueden renovarse para desempeñar funciones permanentes y estables incluidas en la actividad normal del personal estatutario fijo.

Además, el TJSE incide en la situación de precariedad de los trabajadores españoles, provocada por el hecho de que la Administración pública española “no tiene obligación de crear puestos estructurales, lo que le está permitiendo proveer los puestos mediante el nombramiento de personal estatutario temporal interino, sin que exista una limitación en cuanto a la duración de los nombramientos ni en cuanto al número de sus renovaciones”. De todo ello, se desprende una infracción contra el citado Acuerdo Marco.

SNS, “LA MAYOR EMPRESA DE EMPLEO TEMPORAL”

La Organización Médica Colegial ha venido denunciando esta situación a través del Estudio sobre la Situación laboral de los Médicos en España, que viene realizando desde 2014, promovido por las Vocalías Nacionales de Médicos en Empleo Precario y de Formación y/o Postgrado de la OMC en colaboración con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y amparado por el Foro de la Profesión Médica (FPME), de la que se desprende que el SNS representa “la mayor empresa de trabajo temporal”.

El trabajo, realizado en base a 10.050 encuestas de médicos procedentes de las 52 provincias españolas, ha puesto de relieve que dentro del sistema público, tan sólo la mitad de los médicos dispone de plaza en propiedad (50,2%) lo que significa que uno de cada dos médicos de la sanidad pública realiza su labor en situación de inestabilidad y/o irregularidad.

La encuesta mostraba que el 41% de los médicos encuestados que trabajan actualmente en el Sistema Público y no tienen plaza en propiedad lo hacen con contratos precarios, y solo un 42,9% tiene contratos de duración superior a seis meses.

Próximamente, la OMC hará públicos los datos de la 4.ª oleada de este Estudio que ya ha finalizado la fase de encuestas y está procesando los datos.

El origen del fracaso



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.

Pediatra. Colegiado 020201038

Pertenezco a una generación que, con mucha celeridad, ha pasado de las alpargatas a la bicicleta, de ésta lo ha hecho al automóvil y, de este último, a los rapidísimos medios de comunicación, tanto terrestres como aéreos; poseemos redes de contacto por las que corren los mensajes y las noticias, a velocidad de vértigo; y, sin embargo, estamos menos comunicados que nunca y el fracaso personal cunde por doquier entre personas que se han olvidado del analfabetismo. ¿Cómo pueden ocurrir estas cosas en una era de evidentísimo progreso? ¿Es que están reñidas la tecnología con la sociología? No, no existen paradojas reales ni riñas de ningún tipo, lo que sucede es que hemos confundido la erudición con la sabiduría y nos dejamos llevar, cómodamente, por la influencia de la pereza y el egoísmo. ¡Ahí está la clave de este misterio!

A diferencia de los animales, los seres humanos nos engendramos a partir de un acto de procreación que debe ser responsable; al mismo tiempo, nos educamos en un ámbito donde el amor paterno y social debe ser perseverante, sin fisuras, durante toda la vida. Pues, bien, el exceso de comodidad que nos aporta la tecnología, unido a un creciente egoísmo social, deslumbran los ojos del alma y nos dejan espiritualmente ciegos, ante un estado global de erudición, cada vez más elocuente. El índice de fracaso personal – en cuanto se refiere a vivir en paz y armonía con nuestro entorno y con nosotros mismos –, se distorsiona y nos permite contemplar una sociedad individualista, morbosamente competitiva, que se manifiesta con una rara concepción de la familia y una ruptura familiar, sin precedentes, que intenta recomponerse en un terreno espiritualmente poco abonado. Los hijos cambian fácilmente de manos y llegan a perder la noción de quienes son sus verdaderos padre y madre. Así, los niños crecen y, progresivamente, hay más universitarios; pero, también, padres e hijos se niegan a reconocer que el sentimiento de amor, a todos los niveles, es un arduo y perseverante sacrificio personal, sin límites, para todos aquellos que quieran practicarlo, y, como moralmente repugna no hacerlo, nos echamos en manos de la empatía – que es otro sentimiento evolutivamente anterior al amor –, evidenciado en casi todas las aves y mamíferos. Ahora, precedidos de esta breve reflexión, podremos comprender el por qué proliferan tantas mascotas y existen muchos niños apadrinados en la distancia. Sin ser conscientes de ello, nos olvidamos del amor, practicamos solamente la empatía y nos come el remordimiento; de esa manera, ¿cómo pretendemos sacar un billete, con destino a la felicidad?

Siempre ha existido gente que procrea sin responsabilidad; y, muestra de ello, ahí tenemos los “gamines” de Bogotá y de otras muchas ciudades del mundo. Sin embargo, la mayoría de las personas, a la hora de procrear, son más o menos responsables pero no perseveran en el amor, y no lo hacen por falta de erudición, sino por carencia de sabiduría, y, llegados a este punto, tendremos que definir lo que son ambas cosas: la erudición y la sabiduría.

La erudición es patrimonio del cuerpo y se halla en la mente, cuando la persona se siente henchida de conocimientos intelectuales; en cambio, la sabiduría es patrimonio del alma y se encuentra en los valores espirituales de cada uno. En las respuestas paternas y sociales de cada momento, y a lo largo de toda la vida, ha de predominar el amor para ser sabios. No basta solamente con “pan y circo” para cumplir con el amor, sino con una postura sacrificada y perseverante que se llama sabiduría y nos concede un pasaje muy caro, hacia la ansiada felicidad.

Decía Saramago: “La persona más sabia que he conocido en este mundo, no sabía leer ni escribir”. Se estaba refiriendo a su padre.

*No sabía leer... y hacía versos;
no sabía escribir... para guardarlos;
y su boca, al final, los recitaba,
como si los leyera al recitarlos.
Otros muchos copiaban sus poemas
y con legibles letras los guardaban,
pero la realidad se preguntaba:
entre los mencionados, ¿quién es sabio?
El que sabe leer, busca las cosas
que se escribieron antes de leerlas;
el que sabe escribir, las tiene escritas
para que haya otros muchos que las lean.
Sobre el papel, leyendo, el erudito
su erudición ensancha y se cultiva
la nueva erudición que, al pronto, llega;
y, al que lee en el alma, el infinito
le dicta la razón de su existencia.
¿En donde escribe el sabio, cuando escribe,
y, en donde lee el sabio, cuando lee?
No lo hace en el papel del erudito,
sino sobre otra cosa diferente.*

Aprovecho la ocasión que me brinda este espacio, destinado a mi acostumbrado artículo, para notificaros que la editorial **Uno** me ha publicado un libro, titulado: **ALGO, TODO y NADA**. Está publicitado en Internet (www.unoeditorial.com), en catálogo, dentro del menú. Espero que pronto, a través de alguna vía, sea presentado en público para que sea expuesto en las librerías de nuestra ciudad.

No hay cosa material que no requiera una causa anterior a ella; tampoco hay ningún hecho espiritual que no trascienda porque se basa en un referente moral, humanamente imaginado, que es suprasensible; y, entre hechos materiales y espirituales, se desarrolla la temática de este libro para poder interpretar el valor que tienen las emociones, los sentimientos y muchos actos, tanto humanos como animales, que son consecuencia de esas dos respectivas cosas.

Contemplamos una nada, sin consistencia física, que

personalmente llamo **NADA**, donde se expande y se contrae el Cosmos, sin que la pueda robar o donar una sola pizca de infinitud; se deja sentir un **ALGO**, inescrutable, tan infinito como esa susodicha **NADA** que, junto a la materia, forma un **TODO** completo, a diferencia de ese otro todo que percibimos sensorialmente; y, con la estrecha colaboración de estas tres cosas, escritas en negrita, se pueden explicar y comprender intelectualmente muchos acontecimientos físicos que dejarían de tener sentido, si no fuera por ellas.

El libro consta de veintidós capítulos y veintitrés poemas; y lo he querido así porque, recreándome en la corriente conceptista de Quevedo – que también era médico como nosotros –, intento demostrar que la lírica es una labor de síntesis, sustentada por versos y rimas, que adquiere el poder de comprimir el espacio de la prosa, cuando el pensamiento se concentra en una determinada idea que pretende ser enfatizada.

LOTERIA DE NAVIDAD

Os informamos que tenéis hasta el 19 de diciembre para adquirir un décimo de la Lotería de Navidad, que todos los años reserva el Colegio Oficial de Médicos para el sorteo del 22 de diciembre.

El número de este año es el 46438, número que podéis adquirir en la administración de lotería de la calle Rosario, 3 (frente al edificio Toscana).



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

Datos MEMORIA 2015

PAIME CASTILLA-LA MANCHA PRESENTE EN FOROS Y CONGRESOS

“Durante 2015 se beneficiaron del programa PAIME 31 médicos. El 61,29 % ha demandado tratamiento por trastorno mental, un 22,57% por consumo de alcohol y/o otras sustancias y un 16,12% por Patología Dual”

Hola compañeros/as: En el artículo de este número de la revista que tienes en tus manos, vamos a hacer dos apartados,

A/ NOTICIAS PAIME

Seguimos llevando nuestro PAIME por distintos foros y Congresos. En este primer semestre hemos participado en:

- **Las XLIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol** que se celebraron del 10 al 12 de Marzo en Alicante, con la ponencia “Características de la demanda de tratamiento y prevalencia por adicción a drogas en el Programa de Atención a Médicos Enfermos (PAIME)”.

- **Las XVIII Jornadas Nacionales de Patología Dual**, celebradas en Madrid del 14 al 16 de Abril. Intervinimos en la mesa “Nuevas estrategias de tratamiento y prevención para médicos con Patología Dual” con la ponencia “Patología Dual en el Médico: Una revisión



clínica”.

- El 6 y 7 de Mayo se hicieron en Madrid, en la sede de la OMC, las **III Jornadas Clínicas PAIME**. Tuvimos una ponencia en la mesa “La incorporación de la perspecti-



va de género al PAIME”.

- En Granada, en el **XXIII Congreso Nacional de la SEMG**, celebrado del 26 al 28 de Mayo, con la ponencia “El PAIME somos todos”.

Se está trabajando, desde la Comisión Nacional Técnica del PAIME, en varios proyectos, tanto en el ámbito psico-social del programa, como en proyectos de formación para profesionales PAIME, proyectos preventivos para residentes y estudiantes de medicina, ...

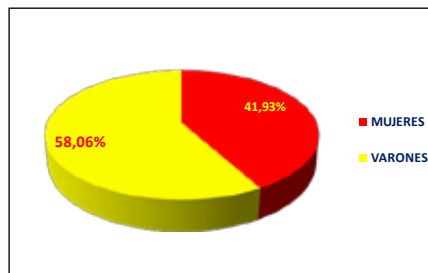
B/ MEMORIA PAIME CASTILLA LA MANCHA 2015

En la presente memoria se exponen los datos y actividades realizadas desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2015.

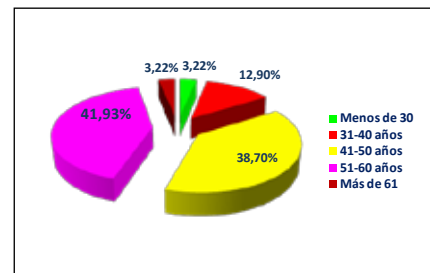
En este período de tiempo se han beneficiado del programa 31 médicos. En un caso (por Trastorno por dependencia de alcohol y benzodicepinas) tuvimos que ingresar en la Clínica Galatea de Barcelona, realizándose el resto de los tratamientos de forma ambulatoria. La estancia media de ingreso de este paciente fue de 28 días. Señalar que otro paciente también tuvo que ser ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve del SESCAM por Trastorno Mental con una estancia de 12 días, continuando posteriormente su tratamiento de forma ambulatoria.

El **61,29%** ha demandado tratamiento por **trastorno mental**, un **22,57%** por **consumo de alcohol y/o otras sustancias** y un **16,12%** por **Patología Dual**.

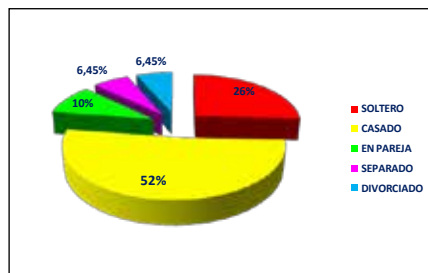
GÉNERO



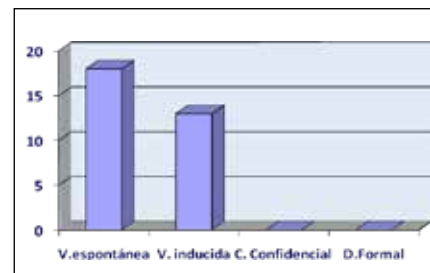
EDAD



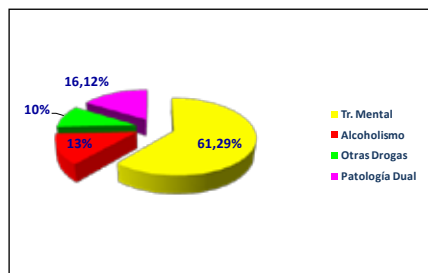
ESTADO CIVIL



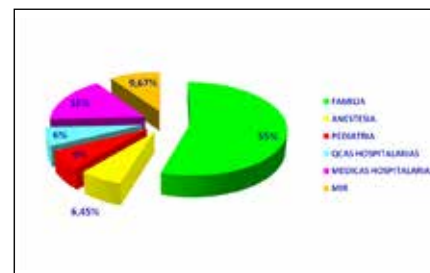
VÍAS DE ACCESO AL PROGRAMA



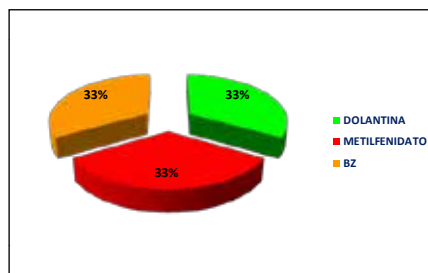
MOTIVOS DE LA DEMANDA



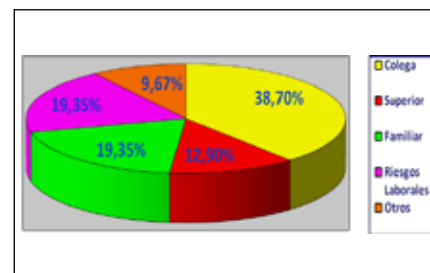
ESPECIALIDADES MÉDICAS



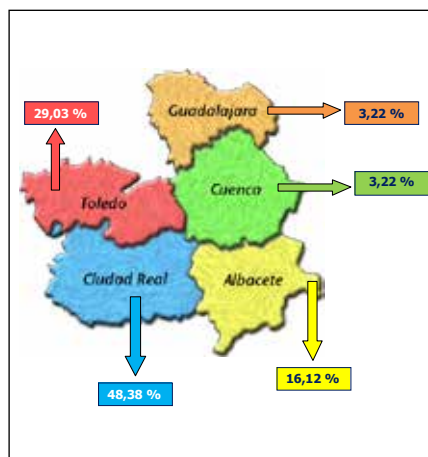
MOTIVOS DE LA DEMANDA



QUIÉN DERIVA LOS CASOS



PROCEDENCIA GEOGRÁFICA



MOTIVOS ALTA CLÍNICA	N.º
Alta con seguimiento	16
Expulsión	1
Derivación a otro recurso asistencial	1
Cambio de domicilio (a otra provincia o CCAA)	1
TOTAL	19

TIPO DE RELACIÓN LABORAL	N.º
Contrato fijo	22 (70,96%)
Contrato temporal	9 (29,03%)
TOTAL	31

CONVENIOS DE COLABORACIÓN ENTRE EL COLEGIO Y OTRAS ENTIDADES

ATISAE ITV

La empresa ATISAE ITV, situada en el Parque Empresarial Campollano C/F, n.º 1, ofrece un **descuento del 18%** del total de la tarifa para las inspecciones periódicas de los vehículos de sus colegiados o empleados.

BANCO SABADELL

A través de su departamento, Sabadell Professional, se ofrecen ventajas exclusivas en la contratación de productos financieros para colegiados, empleados y familiares de primer grado. Teléfono de contacto: 902 383 666.



GLOBALCAJA

La Sociedad Cooperativa de Crédito, Globalcaja, a través de su director territorial de Albacete, Francisco Javier González Fernández, ha firmado un convenio de colaboración con el Colegio, representado por su presidente, Miguel F. Gómez Bermejo, con el objetivo de promover servicios y productos financieros en condiciones preferentes a los colegiados y empleados de la institución.

Entre ellos, una cuenta profesional con una remuneración fija del 0,20%; préstamo personal para formación de hasta 4.000 euros; cuenta de crédito profesional; préstamo inversión con garantía hipotecaria de hasta el 80% y otros productos con interesantes ventajas para los socios, que se pueden consultar en cualquier oficina de Globalcaja.

LUIS DÍEZ ÓPTICOS

En sus instalaciones, de Tesifonte Gallego 16, este grupo de moda en gafas y lentes de contacto ofrece hasta un **30% de descuento en gafas graduadas y un 20% en gafas de sol**, tanto a los médicos colegiados de Albacete como a sus familias.

BENOTAC

Este establecimiento, situado en calle Mayor, n.º 20 de Albacete, ofrece descuentos en compras de iMac, iPad o accesorios para diversos dispositivos, entre otros productos. Además, formación gratuita personalizada por la compra de dispositivos Apple o seminarios gratuitos para su manejo.



El Manager General de Benotac Pedro Antonio García suscribió el convenio

• ALTAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA
3007676	MOHAMED AHMED MARIAM	EXTRANJERO	29/06/2016
1305005	LOPEZ GARCIA ANA	MADRID	29/06/2016
2859408	MUTTONI MORENO MARIA ROSA	MADRID	01/07/2016
0204179	CARMONA SERRANO YULIET	1.ª COLEGIACION	05/07/2016
1305087	MIRANDA MUÑOZ GABRIELA	CIUDAD REAL	06/07/2016
0204180	GIL PARRA MARIA TERESA	1.ª COLEGIACION	18/07/2016
0204181	MARTINEZ MARTINEZ EVA	1.ª COLEGIACION	18/07/2016
1811206	LOPEZ CANTOS ANA	GRANADA	19/07/2016
0204182	GOMEZ PICAZO JOSE JAVIER	1.ª COLEGIACION	25/07/2016
2867526	SANCHEZ MOZO ANA	MADRID	02/08/2016
1004278	REDONDO PEÑAS INMACULADA	CACERES	30/08/2016
3311674	FIGUEROA ARENAS MARIA ALEXANDRA	1.ª COLEGIACION	14/09/2016
2857614	KLEIN ZAMPAÑA CHRISTOPH JOSE	VALLADOLID	19/09/2016
0203413	FERNANDEZ ROBLEDO ENCARNA	CIUDAD REAL	19/09/2016
3606672	GONZALEZ CARRERA VICTOR	PONTEVEDRA	19/09/2016
3606668	COLLAZO DIEGUEZ MONICA	PONTEVEDRA	19/09/2016
0204183	PIQUERAS SANCHEZ SARA	1.ª COLEGIACION	28/09/2016
2864514	GUERRERO RAMIREZ JULISSA EVELIN	VALENCIA	30/09/2016
1903606	PEREZ ORTEGA ANA MARIA	GUADALAJARA	14/10/2016
0204184	CEREZO QUESADA VERONICA	1.ª COLEGIACION	18/10/2016

• BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/DESTINO	FECHA DE BAJA
4622366	MARTINEZ GARCIA CRISTINA	CESE EJERCICIO	30/06/2016
0203576	CACERES CWIEK MARISA CRISTINA	TRASLADO / MURCIA	30/06/2016
2865435	BLANCO VICENTE ESTHER	TRASLADO / CIUDAD REAL	05/07/2016
2857752	ACEDO SANCHEZ JESUS DOMINGO	TRASLADO / MELILLA	18/07/2016
2305357	GARCIA HERRERA MARIA ISABEL	TRASLADO / GRANADA	26/07/2016
3008327	ORTEGA HERNANDEZ CARLOS ALBERTO	CESE EJERCICIO	06/09/2016
0203842	HUGUET MORENO ISABEL	TRASLADO / MADRID	15/09/2016
0204182	GOMEZ PICAZO JOSE JAVIER	CESE EJERCICIO	20/09/2016
3806451	GARCIA RIOS JOSE FELIX	TRASLADO / MADRID	30/09/2016
0203754	DONATE ORTIZ DIONISIO JESUS	CESE EJERCICIO	30/09/2016
0201063	MONJAS MARTIN FIDEL	FALLECIMIENTO	01/10/2016
0203863	CALERO SERRANO JOSE ANTONIO	TRASLADO / CIUDAD REAL	04/10/2016

El Colegio Oficial de Médicos de Albacete expresa su más sentido pésame a la familia y amigos del
Dr. D. Fidel Monjas Martín,
ante tan sensible pérdida

#EvoluciónImparable



SIEMPRE
MEJOR



NUEVO TOYOTA RAV4 HYBRID

LA EVOLUCIÓN ES IMPARABLE

Descúbrelo por
275 €/mes

(48 cuotas.
Entrada: 8.549,30 €.
Última cuota: 15.113,64 €.
TAE: 7,07%)



SISTEMA DE SEGURIDAD
PRECOLISIÓN



AVISADOR DE CAMBIO
INVOLUNTARIO DE CARRIL



CONTROL INTELIGENTE
DE LUCES DE CARRETERA



RECONOCIMIENTO
DE SEÑALES DE TRÁFICO



FAROS LED



APERTURA Y CIERRE
ELÉCTRICO



CÁMARA
TRASERA



CONTROL DE
CRUCERO ADAPTATIVO



Y MUCHO
MÁS

TOYOTA AUTOALBA
autoalba.toyota.es

Parque Empresarial Campollano
6.^a Avda., n.º 3. 02007 Albacete
☎ 967 21 83 81

Polígono Industrial El Mugrón
C/ Ronda Sur, 24
☎ 967 310 936

Precio, financiación y equipamiento correspondientes al modelo Toyota RAV4 hybrid 4x2 Advance + Pack Drive. PVP recomendado: 31.500 €. Entrada: 8.549,30 €. TIN: 5,95%. TAE: 7,07%. 48 cuotas de 275 € y última cuota (valor futuro garantizado): 15.113,64 €. Comisión de apertura financiada (2,75%): 631,14 €. Precio Total a Plazos: 36.862,94 €. Importe Total del Crédito: 23.581,84 €. Importe Total Adeudado: 28.313,64 €. Oferta financiera 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 incluidos. Otros gastos de matriculación, pintura metalizada y equipamiento opcional no incluidos. Modelo visualizado RAV4 hybrid 4x2 Feel! Oferta válida hasta el 30/09/2016 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 toyota.es

Consumo medio (l/100 km): 5. Emisiones CO₂ (g/km): 116.

**TOYOTA
HYBRID**