



médicos de albacete

REVISTA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS



Gran ambiente

en la celebración de la Patrona



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

Ahora con **nuevas y exclusivas** coberturas:

- ✓ A través de nuestros talleres preferentes:
 - Descuento del 50% en el precio de la franquicia.
 - Servicio de recogida y entrega del vehículo.
 - Reparación de lunas a domicilio.
 - Parte único por daños de aparcamiento.
- ✓ Gestor de multas online.
- ✓ Asistencia jurídica gratuita.



Y además...

Llévese de regalo el balón de A.M.A.
al contratar su póliza de Automóvil

Al contratar una póliza de Automóvil antes del 13 de julio recibirá de manera gratuita el balón de fútbol de A.M.A.
(Promoción válida hasta fin de existencias)

¡NO SE QUEDE SIN SU BALÓN!

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



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





REVISTA N.º 45 • AÑO 2014

SUMARIO



5



12



16



17

4 EDITORIAL

Se requieren conceptos claros en la Sanidad Nacional

5 ACTUALIDAD

Los médicos homenajean a Honoríficos y dan la bienvenida a los nuevos colegiados, en el marco de su Patrona

12 NOTICIAS

Bienvenida a los 46 nuevos MIR del Área Integrada de Albacete

Una ventana abierta a los médicos en paro

14 DEONTOLOGÍA

Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, NUESTRA PATRONA

16 NOTICIAS COLEGIALES

Agresiones: los médicos seremos "autoridad pública" y tendremos "presunción de veracidad"

17 ENTREVISTA

Seis MIR nos cuentan sus experiencias en centros de prestigio y referencia internacional

22 HISTORIA

Constantino I "EL GRANDE", Emperador de la Roma Cristianizada⁽⁴⁾

25 COLEGIADOS

Un médico de Munera presenta una investigación sobre el enfermo de EPOC

Moral y Ética

28 INFORMACIÓN PAIME

"Me parecía irreal que un Profesional Médico no entendiera que sus síntomas eran de enfermedad"

30 ALTAS Y BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE

JUNTA DE GOBIERNO 2013/2017

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

SECRETARÍA
MARÍA ANGELES LÓPEZ SÁNCHEZ

VICESECRETARÍA
PATRICIA PRIETO MONTAÑO

TESORERA
MARÍA PILAR SÁNCHEZ VALENCIA

VOCALÍA DE PRIMARIA
MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ROMERO

V. HOSPITAL / ESPECIALIZADA
PEDRO FERRERAS FERNÁNDEZ

V. FORMACIÓN / EMPLEO
FERNANDO GÓMEZ PÉREZ

V. EJERCICIO PRIVADO/COLECTIVA
JUAN GABRIEL LORENZO ROMERO

VOCALÍA DE JUBILADOS
JOSÉ LEGIDO GÓMEZ



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

REDACCIÓN: Mercedes Martínez Rubio

IMPRESA: **graficual?** graficual@telefonica.net

Dep. Legal AB-521-2001

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

Se requieren conceptos claros en la Sanidad Nacional

Recientemente en la Fiesta de NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO, Patrona de los Colegios de Médicos, jure junto con los nuevos colegiados el Juramento Hipocrático, y les decía en la breve alocución que les dirigí, que en su ejercicio profesional tendrían numerosas presiones tanto de los gerentes como de la empresa farmacéutica, amigos, conocidos, políticos, y en general gente que intentaría influir en su ejercicio profesional. Ante lo cual ellos debían tener muy claro, lo que dice el juramento hipocrático ya que este a pesar de ser de hace 2.500 años resume a la perfección, todos los códigos deontológicos y éticos, que esta profesión tiene actualmente.

Dicho esto vamos a ver que es lo que ocurre actualmente con nuestra sanidad. Nosotros somos partidarios claros, de una Sanidad pública universal gratuita y de calidad. Ya que siempre hemos mantenido que debemos dar a nuestros pacientes lo mejor que la ciencia tenga en ese momento para su proceso, independientemente de lo que este tratamiento cueste, ya que ese es nuestro compromiso con la Sociedad y con los pacientes, que son siempre nuestro primero y único objetivo.

Una vez aclarada nuestra posición, es evidente que sabemos y comprendemos la situación económica actual y sus dificultades, pero ese problema, ni lo hemos creado nosotros ni somos nosotros los encargados de solucionarlo, ya que la Constitución Española especifica claramente quienes son los que deben legislar y organizar el sistema de salud, que atienda las necesidades de la población. Nosotros por supuesto debemos colaborar con la administración e incluso como decía Jesucristo enseñar al que no sabe, ahora bien habida cuenta de que como todo el mundo sabe, no se aceptan nuestras propuestas de colaboración, y nadie nos consulta nada, lo que no pueden trasladarnos los políticos son sus problemas ya que como veíamos son suyos y no nuestros. Nosotros solo tenemos una obligación con nuestros pacientes y la sociedad.

Nadie salvo nosotros debe indicar el tratamiento o la prueba diagnóstica indicada, según la "Lex Artis", es decir lo que la ciencia médica mundial especifica en cada momento, ya que hacer lo contrario desvirtuaría el ejercicio profesional.

En definitiva y volviendo a utilizar frases de Jesucristo "Al Cesar lo que es del Cesar".

Si para ello hay que organizar los impuestos de otra forma, esa es su decisión, si hay que pagar parte de los procesos igualmente. Nosotros lo criticaremos y expondremos nuestras razones técnicas. Ya que nuestro pensamiento político debe quedar en nuestro ámbito personal, nunca en el profesional, ni en el colegial.

Y ahora una reflexión, cuando el Canciller Bismark en Alemania, crea las cajas de seguro, que son el verdadero antecedente de la Seguridad Social, no la hace por caridad, lo hace consciente de que el obrero enfermo no produce, y que al Estado le conviene que se recupere cuanto antes para que vuelva a producir, y consciente además de que lo contrario crearía un descontento social de consecuencias impre-

decibles. De igual forma en la época anterior a la Democracia. Girón de Velasco crea en España, la Seguridad Social, inicialmente exclusivamente para los obreros, que posteriormente va acogiendo a otros colectivos, aunque de manera desigual y muchas veces injusta, como los Autónomos, hasta llegar a la situación de cobertura universal con cargo a los presupuestos del Estado actual.

Pero el Estado no puede engañar a la Población, ni nosotros podemos consentirlo, debemos comunicar y explicar a la Sociedad y a los enfermos cuales son sus necesidades, según su proceso. De igual forma que decimos que una Justicia lenta no es Justicia, y que por ello no culpamos a los Jueces, ya que ellos, la hacen con los medios que el Estado les da, igualmente nosotros sabemos las posibles consecuencias que pueden derivarse de una atención tardía de los pacientes. No es lo mismo que el Médico vea al paciente, que el Paciente vea al Médico. También debemos dejar muy claro que si las Comunidades Autónomas son incapaces de gestionar la Sanidad, debieran devolver las competencias al Estado, no hacer esto, esta originando desigualdades intolerables para la Población y los pacientes que bajo ningún punto de vista podemos tolerar.

Estamos asistiendo a viajes para operar a enfermos a Madrid, en unas condiciones médicamente inapropiadas y peligrosas para los pacientes, y no podemos olvidar nunca que los pacientes deben con el tratamiento mantener íntegra su dignidad personal.

De manera que nuestros Políticos de uno y otro signo dotan a la Autonomía de unos medios modernos que sin duda eran necesarios, pero creando unos Hospitales como los de Almansa y Villarrobledo de difícil justificación técnica y con criterios exclusivamente políticos. Dándose la situación única en Europa, de producirse una concentración Hospitalaria increíble. Villarrobledo, Tomelloso, Manzanares, Alcázar de San Juan y Ciudad Real. Donde en unos pocos kilómetros de distancia, y con unas magníficas carreteras se concentran una serie de Hospitales, cuya creación produce un gran endeudamiento para luego mandar a los enfermos en unas inadecuadas condiciones a operarse a Madrid. Sin duda un claro ejemplo de planificación y gestión adecuadas. Ahora se plantean que hacer con el Hospital de Toledo claramente sobredimensionado.

Otro ejemplo de lo que decimos es que recientemente se produjo un accidente de dos coches del Sescam, que no habían pasado la ITV, multando al conductor que era el Médico, que resulto siniestro total, e inmovilizando la Guardia Civil al otro, y de uno de los cuales habían advertido a la Administración del lamentable estado de las ruedas, gracias a Dios no hubo que lamentar lesiones, pero en él viajaban para hacer un aviso de madrugada, Médico, Enfermero y un MIR. Estas cosas no se pueden ni se deben tolerar. El profesional debe ejercer su profesión con los medios adecuados para el ejercicio de la misma, y de igual forma el paciente debe tener a su disposición las terapias necesarias para su proceso, y lo mas próximas posible a su domicilio. De lo contrario los políticos y la administración estarán incumpliendo su deber constitucional de velar por la salud de la población.

Los médicos homenajean a Honoríficos y dan la bienvenida a los nuevos colegiados, en el marco de su Patrona

En el acto central de la conmemoración también se distinguió al que fuera presidente del Colegio durante el periodo 2001-2005, Tomás Cros, por sus cuatro años de dedicación

Más de un centenar de personas asistieron, el pasado jueves 26 de junio, a los actos institucionales que la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Albacete organizó para festejar la patrona del colectivo, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, donde el homenaje a los colegiados Honoríficos y nuevos colegiados con entrega de distinciones fue el acto central de la celebración.

A diferencia de lo que ocurriera otros años, todo el evento se celebró en los salones del Casino Primitivo donde el centenar de invitados disfrutaron de una velada culinaria y musical hasta altas horas de la madrugada.

Tras un cóctel de bienvenida y los primeros compases de la Tuna de Derecho de la Universidad de Castilla-La Mancha, cuyos componentes amenizaron el evento desde el principio hasta el final, dio comienzo el acto de reconocimiento a colegiados Honoríficos y nuevos colegiados, con entrega de distinciones y palabras de agradecimiento.

Pero, antes, el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete, Fernando Gómez Bermejo, se dirigió al numeroso público para dar la



bienvenida, a todos en general y en concreto a los compañeros honoríficos, tras largos años de carrera profesional, a los que agradeció su trabajo y dedicación, y a los nuevos colegiados, la inmensa mayoría jóvenes que comienzan el MIR en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, a los que recomendó que sus actos médicos vayan acompañados de “respeto, honestidad y humanidad”.

SAN COSME Y SAN DAMIÁN

Tras el recuerdo a los fallecidos de este año, manifestado “un sentido pésame y ánimo a sus familias” y agradecer a las empresas colaboradoras –AMA, Previsión Sanitaria Nacional y Mutual Médica-, el responsable de la entidad colegial explicó la historia de la Virgen del Perpetuo Socorro, que aunque es la patrona de los facultativos desde el año 1941, fecha en que fue nombrada por el Consejo General de Colegios Médicos, hubo anteriormente dos patronos, San Cosme y San Damián, cuya imagen se venera en el pueblo murciano de Abarán, patria natal del presidente del Colegio albaceteño y donde ejercen de patronos desde 1505. Fernando Gómez Bermejo relató que eran unos hermanos gemelos



nacidos en Egea, Arabia, en el siglo III d.C; educados en la fe cristiana y que estudiaron Medicina en Siria. Fueron decapitados en el año 303 por orden del Gobernador (Lisias), bajo la dominación romana del emperador Diocleciano. Fueron enterrados en Ciro, Siria, y sus cráneos, por orden de Felipe II y autorización del Papa, están como reliquias en el Monasterio de las Descalzas Reales de Madrid.

No fue hasta el año 526 cuando, por orden del Papa Felix IV, fueron nombrados patronos de los Médicos, Cirujanos, Farmacéuticos, Dentistas, Barberos y cuidadores de balnearios.

Muchos siglos después, su lugar lo ocupó “La

Virgen con el niño y los arcángeles Gabriel y Miguel”, una pintura bizantina de temple sobre madera que presidió los actos conmemorativos del pasado 26 de junio y que hoy se puede contemplar, en Albacete, además de en el Colegio de Médicos, en la Iglesia de La Purísima.

Tras esta interesante historia, dio comienzo la entrega de galardones. En primer lugar se obsequió con regalo y diploma a los/as médicos/as Honoríficos de este año. Además, por gentileza de Previsión Sanitaria Nacional, los mutualistas honoríficos y acompañantes fueron obsequiados con una estancia de una semana en el Complejo Residencial doctor Pérez Mateos de San Juan, Alicante.



LOS/AS
HOMENAJEADOS/AS
FUERON:

LAURA MARÍA CÁMARA LÓPEZ
JESÚS ABDULKARIM KASRIM DJBELI
JOSÉ MANUEL DOMÍNGUEZ PLATA
MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ROMERO
FERNANDO JIMÉNEZ MAS
ÁNGEL REDONDO DIAS
EUGENIO SERRA ALCAÑIZ
JOSÉ JIMÉNEZ MARTÍNEZ

No pudieron asistir al acto, aunque también son colegiados Honoríficos los/as doctores/as:

MANUEL SAN JOSÉ BARRIOS
DOMINGO MANUEL FREIJOMIL TOURIÑO
JULIO EDUARDO MONTORO DURÁN
ANA MARÍA SERRANO INIESTA
VICENTA IBARRA MARTÍ
MOUNIR MELANE HADDAD
ANTONIO MARRÓN GALLARDO

Y, entre médicos Honoríficos con muchos años de ejercicio profesional a sus espaldas, y nuevos facultativos que inician su carrera profesional, la Junta de Gobierno rindió reconocimiento al que fue durante cuatro años, concretamente de 2001 a 2005, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete: Tomás Cros Ruíz de Galarreta. Durante sus cuatro años de dedicación a la entidad colegial, cuando su sede se ubicaba en la Plaza de la Constitución, el doctor Cros consiguió mantener el prestigio y la reputación de la organización médica al-

baceteña donde se merece, “y todo de manera desinteresada y altruista”.

Por ello, el actual responsable le obsequió con un recuerdo y le agradeció sus años de dedicación, hecho que Tomás Cros correspondió manifestando que la Casa de todos, la Casa de los Médicos, siempre será su Casa.

Llegó el momento de dar la bienvenida a aquellos que se han unido al Ilustre Colegio desde junio del pasado año para trabajar en el ámbito de la medicina albaceteña. Todos recibieron de manos del vicepresidente primero de la Junta de Gobierno, José María Samaniego Masip, el juramento hipocrático, que leyeron al unísono y se comprometieron a respetar.



Los nuevos/as colegiados/as homenajeados fueron:

JOSÉ LUIS AGUDO MENA
 FRANCISCO JAVIER AGUSTÍN MARTÍNEZ
 PILAR ALCANTUD LOZANO
 PABLO ANDÚJAR BRAZAL
 MILAGROS AZORÍN BLAS
 SUSANA BUENDÍA LÓPEZ
 BASILIO JESÚS CABEZUELO RODRÍGUEZ
 IRIS CALZADA DELGADO
 CRISTINA CAMACHO DORADO
 ISABEL CAMBRONERO HONRUBIA
 CONSUELO CASTILLO MORENO
 LUCÍA CANDELA FELIÚ
 PATRICIA CASTAÑO MARTÍNEZ
 JOSÉ VICENTE CATALÁ RIPOLL
 DIONISIO JESÚS DONATE ORTIZ
 CLAUDIA FERNÁNDEZ EXPÓSITO
 EVA MARÍA GARCÍA ATIENZA
 VÍCTOR GARCÍA MARTÍN
 ALICIA GÓMEZ PEINADO
 CRISTINA LÓPEZ CÁRCELES
 MELISA LÓPEZ UTIEL
 JOSÉ JESÚS NAVALÓN PRIETO
 MARIBEL PRADO COSTE
 OSCAR PÉREZ GONZÁLEZ
 JUAN JOSÉ PORTERO PORTAZ
 JULIA RAMÍREZ PORRAS
 LAURA ROJAS BARTOLOMÉ
 ANA SERRANO MARTÍNEZ
 IGNACIO SOLIS NAVARRO
 CONCEPCIÓN URRACA ESPEJEL
 M^a AUXILIADORA VEGA JIMÉNEZ
 MARÍA JOSÉ VILLAR INAREJOS
 CAROLINA ARROYO HERRERA
 OSCAR OLIVARES CASTRO OLIVARES
 SUZEL CERDÁN ONCALA
 MARÍA VICTORIA COLUCHO RIVAS
 VANEZA ALEXANDRA GARCÍA MENDOZA
 BEATRIZ OLINDA LEIVA POMACAHUA
 DORIS-XIOMARA MONROY PARADA
 MARÍA PARDO UTIEL
 ALICIA PEÑA DURÁN
 ANA MARÍA SOLER GARRIGOS









El acto institucional de entrega de reconocimientos y bienvenidas se cerró con la música de la Tuna de Derecho de la Universidad de Castilla La Mancha y una cena de hermandad en la que compañeros de profesión, amigos y familiares compartieron gratos momentos de asueto y diversión hasta la madrugada.

Bienvenida a los 46 nuevos MIR del Área Integrada de Albacete

Adiós a 71 residentes que iniciaron la formación en 2010

Una nueva promoción de MIR están ya trabajando en el Área Integrada de Albacete, para formarse durante los próximos años.

Una nueva etapa formativa que, Miguel Segura, jefe de Estudios y presidente de la Comisión de Docencia, les animó a ser optimistas a pesar de que a veces pueda resultar dura, ya que, “habéis elegido la profesión más bella ya que es imposible que a la larga haya nada que satisfaga más que ayudar a otro ser humano”.

Durante el acto de bienvenida celebrado en el mes de mayo, el gerente del Área Integrada de Albacete, Antonio Naharro Máñez les dio la bienvenida y les agradeció su confianza por elegir el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete para una etapa tan importante en su vida.

Asimismo, Naharro destacó el compromiso del Área Integrada de Albacete con la docencia y la formación de grandes profesionales sanitarios. Dicho compromiso se ve reflejado en las elecciones de los propios residentes, entre las que cabe destacar al número 88 de los MIR a nivel nacional que ha elegido el servicio de Cardiología del Área Integrada de Albacete para completar su formación profesional.

NUEVOS RESIDENTES EN ALBACETE

Esta nueva promoción acoge a 34 MIR, que realizarán su formación en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, así como a 12 MIR de la especialidad de Familiar y Comunitaria.

Dentro de las especialidades elegidas por los nuevos residentes, las más numerosas son Farmacia, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Cardiología, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Geriátrica.



Grupo de los nuevos MIR

DESPEDIDA A 71 MIR

Días antes se celebró un acto de despedida a una nueva promoción de Médicos Internos Residentes (MIR), donde 71 MIR de 35 especialidades, 18 de ellos de Medicina General y Comunitaria, recogieron sus diplomas y finalizaron oficialmente esta etapa que comenzaron en 2010. A partir de ahora “les queda aplicar todas las enseñanzas adquiridas durante estos años”, expresó Miguel Segura, jefe de Estudios y presidente de la Comisión de Docencia.

Unos años en los que según Mercedes Garrido Martínez, residente del servicio de Digestivo y portavoz de esta promoción, “hemos aprovechado al máximo tanto la parte profesional como la personal, y que se han convertido en una etapa única e irrepetible para cada uno de nosotros”. Garrido recordó de sus primeros pasos como residente, “el miedo a la primera guardia, el primer póster o la primera sesión” y cómo superaron cada reto “con esfuerzo, ganas de aprender, mejorar y llegar a ser grandes profesionales”.

Los profesionales que concluyeron su residencia en el Área Integrada de Albacete se han formado en 35 especialidades diferentes como Alergología, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación.

Otros recibieron formación en las áreas de Angiología y Cirugía Vasculard, Aparato Digestivo, Bioquímica Clínica, Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

También se han formado en los servicios de Cirugía Torácica, Dermatología, Endocrinología, Farmacia Hospitalaria, Geriatría, Hematología, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Nefrología, Neumología, Neurología, Neurofisiología, Obstetricia y Ginecología.



Momento del acto de despedida

Asímismo, recibieron formación en Oftalmología, Oncología Pediátrica, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología Clínica, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Urología y Medicina Familiar y Comunitaria.

Una ventana abierta a los médicos en paro

La Oficina de Promoción de Empleo, plataforma que la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial brinda a los Colegios de Médicos y a sus colegiados para encontrar información sobre ofertas de empleo a nivel nacional e internacional así como de todos aquellos datos de interés relacionados con el ejercicio en el extranjero, ya está en marcha.

La página de la Oficina de Promoción de Empleo Médico <http://opem.fphomc.es>, es una ventana abierta a los profesionales médicos que demanden información para trabajar en el extranjero. Todos aquellos que lo requieran podrán contactar con la OPEM a través del correo opem@fphomc.es.

La Oficina de Promoción de Empleo Médico arranca con un doble objetivo: Informar y ofertar trabajo. Respecto al primer objetivo, la web de la oficina ofrecerá la información más completa del país seleccionado para poder trabajar en el país, desde los trámites y cuestiones prácticas imprescindibles para poder ejercer en los distintos países, asuntos administrativos, académicos, etc... A través de un mapamundi, que se irá completando progresivamente en función de la demanda de información, el usuario de la página web podrá seleccionar

el territorio en el que esté interesado y acceder a toda esta documentación.

En relación al segundo objetivo, la función de oferta de empleo, la OPEM periódicamente irá publicando diferentes ofertas de empleo que estarán previamente estudiadas y acreditadas para garantizar las condiciones de estos empleos.

LÍNEAS DE COLABORACIÓN CON REINO UNIDO, FRANCIA, ALEMANIA

Para lograr estos objetivos, la OPEM mantiene abiertas líneas de colaboración con las compañías y empresas más importantes de reclutamiento y selección de profesionales de los países que más profesionales necesitan en la actualidad y donde los médicos españoles están más interesados en trabajar: Reino Unido, Alemania y Francia.

La plataforma se irá completando con el trabajo continuo de la Vocalía de Médicos en Empleo Precario así como a través de las aportaciones de los usuarios de este portal con el fin de informar y ofertar diferentes opciones laborales a todos los profesionales interesados.

Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, NUESTRA PATRONA

Por la Dra. María Victoria Uroz Martínez, Médico Forense

Nuestra Señora del Perpetuo Socorro se celebra el 27 de junio y es la patrona de los que consagran su vida a consolar a los demás, a confortarlos, a curarlos, a darles confianza en el mañana, y por ello el Consejo General de Colegios de Médicos de España la nombró en 1941 patrona de los médicos españoles, patronazgo que ostenta junto con San Lucas Evangelista, cuya festividad es el 18 de octubre. Como dato curioso, también es Patrona del cuerpo y tropas de Sanidad Militar, del Ministerio de la Gobernación, de la Beneficencia Municipal de Madrid, del Instituto de Previsión, del Ministerio de Hacienda, del SAMUR y de los corredores de seguros en España.

Esta conmemoración litúrgica nos lleva a Roma, donde se venera un cuadro-icóno de la Virgen original cuidadosamente restaurado. El icóno bizantino tiene por nombre Glicofilusa, en griego "de la ternura o del dulce amor". Representa a María de medio cuerpo, con el Niño en brazos, y en lo alto aparece el título del icóno, las siglas de María, Madre de Dios - Meter Theou en griego-

Según una tablilla colocada antiguamente al lado del icóno con un resumen histórico de la imagen, la cuna de este cuadro fue la isla de Creta. Aunque su origen es incierto, se estima que el retrato fue pintado durante el decimotercero o decimocuarto siglo. El icóno parece ser copia de una famosa pintura de Nuestra Señora que fuera, según la tradición, pinta-

da por el mismo San Lucas. La original se veneraba en Constantinopla por siglos como una pintura milagrosa, pero fue destruida en 1453 por los turcos cuando tomaron la ciudad.

Cuenta la leyenda que la imagen fue robada en Creta por un comerciante que la trasladó a Roma para su venta. Una vez en Italia, la propia Virgen María, apareciéndose en sueños a varias personas,

manifiesta el deseo de ser venerada en la iglesia de San Mateo, en Roma, siendo entronizada en esta iglesia de los Padres Agustinos el 27 de marzo de 1499. Cuando en 1798 las tropas napoleónicas entran en Roma, destruyen varias iglesias incluida la de San Mateo, y aunque la imagen es escondida por los agustinos, hasta que en 1855 los redentoristas compran unos terrenos muy cerca de donde se alzó en su día la iglesia de San Mateo, no volverá a aparecer, descubierta ahora por el padre Miguel Marchi. El 19 de enero de 1866 la imagen se exhibe en la nueva iglesia de San Alfonso María de Liguorio, centro mundial de expansión de esta devoción, en parecido em-

plazamiento a aquél en el que había sido exhibida durante tres siglos.

La imagen o icóno original del Perpetuo Socorro está pintado al temple sobre madera. Mide 53 cm de alto por 41,5 cm de ancho. Es un icóno bizantino de la Virgen de la pasión. Los arcángeles Gabriel



Imagen de Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro



La imagen original del Perpetuo Socorro, antes y después de su restauración

y Miguel presentan a Jesús Niño los instrumentos de su Pasión futura. Al contemplar esta dramática visión, el Niño, en su condición de hombre mortal y pasible, se asusta y se estremece y en un brusco movimiento busca socorro en los brazos de su Madre, a cuya mano se aferra con fuerza. El susto y movimiento brusco del Niño están expresados por la contorsión de piernas, el repliegue del manto y la sandalia desprendida.

La Virgen se nos muestra sólo de medio cuerpo y en actitud de pie. Viste túnica de color rojo abrochada en el cuello y un manto azul marino que la cubre desde la cabeza. Bajo el manto apunta una cofia verde mar, que recoge y oculta sus cabellos. Tiene sobre la frente dos estrellas. Las coronas de oro y pedrería del Niño y de la Madre son regalos del Capítulo Vaticano para su coronación.

La Virgen no está mirando al Niño para consolarlo, sino que se sobrepone al dolor de su Hijo y al suyo propio y endulza benignamente su rostro, para ofrecer al que la contempla una mirada llena de acogida y de ternura y un mensaje de esperanza. El Niño Jesús descansa sobre el brazo izquierdo de su Madre y se agarra con ambas manecitas a la mano derecha de la Virgen, buscando protección, al contemplar los instrumentos de la Pasión que le aguarda. El Niño divino, siempre con esa expresión de madurez que



conviene a un Dios eterno en su pequeño rostro, está vestido como solían hacerlo en la antigüedad los nobles y filósofos: túnica ceñida por un cinturón y manto echado al hombro. Su túnica es verde, ceñida con faja roja y su manto es de color rojizo marrón. Tiene entrecruzadas las piernas y lleva los pies calzados con simples sandalias, con la peculiaridad que la del pie derecho queda suelta y colgando.

A Nuestra Señora del Perpetuo Socorro encomendamos nuestra labor profesional y las necesidades materiales y espirituales de todos los Médicos de Albacete, muchos de los cuales trabajan en un hospital que lleva su nombre, e invitamos a los lectores a elevarle esta oración tan bonita que compuso el Papa San Juan Pablo II:

“Ven, en nuestro Socorro

Signo grandioso de nuestra esperanza, te invocamos.

Oh Virgen del Perpetuo Socorro, Madre Santa del Redentor, socorre a tu pueblo, que anhela resurgir.

Da a todos el gozo de trabajar por la construcción del Reino en consciente y activa solidaridad con los más pobres, anunciando de modo nuevo y valiente el Evangelio de tu Hijo.

Él es fundamento y cima de toda convivencia humana, que aspira a una paz verdadera, estable y justa.

Como el Niño Jesús, que admiramos en este venerado Icono, también nosotros queremos estrechar tu mano derecha.

A ti no te falta poder ni bondad para socorrernos, en las más diversas necesidades y circunstancias de la vida.

*¡La hora actual es tu hora!
Ven, pues, en ayuda nuestra y sé para todos socorro,
refugio y esperanza. Amén”.*

Papa Juan Pablo II



CESM lo había pedido expresamente así en una carta a Ana Mato

Agresiones: los médicos seremos “autoridad pública” y tendremos “presunción de veracidad”

El Consejo Interterritorial celebrado en Toledo acordó promover el reconocimiento de los profesionales que trabajan en centros del Sistema Nacional de Salud como “autoridad pública en el ejercicio de sus funciones”, como CESM llevaba reclamando desde hace años y ya se había puesto en práctica en algunas comunidades autónomas (Aragón y Castilla y León entre ellas).

A finales de abril, CESM remitió una carta a la ministra Ana Mato en la que le reclamaba que ante el goteo casi a diario de agresiones en sanidad se hacía necesario “considerar autoridad pública a los profesionales sanitarios cuando están en el ejercicio de sus funciones”, así como “presunción de veracidad” a la hora de valorar la gravedad de los hechos.

A la Confederación le constaba que Mato estaba en condiciones de atender esta petición, pues no en vano había dado muestras de implicado a fondo en el grupo de trabajo constituido hace un año a instancias del Senado sobre Agresiones a Profesionales en el SNS, en el que coparticipamos las comunidades autónomas, los colegios médicos y las principales organizaciones sindicales.

El documento oficial de la reunión del Consejo Interterritorial revela entre otros datos, que en el período estudiado (entre 2008 y 2012), más de 30.000 profesionales sufrieron agresiones en España. Las agresiones se produjeron tanto en centros de Atención Primaria, con un 51% de los casos, como en hospitales, y el 72% de las víctimas fueron mujeres. En el 80% de los casos, se trató de agresiones verbales, como insultos, vejaciones e intentos de coacción, y en uno de cada cinco casos, se produjo agresión física. Además, en el 4% de las agresiones se produjeron también importantes daños patrimoniales. Aunque todo el personal de centros sanitarios ha sufrido este fenómeno, por profesiones, son los médicos, seguidos de los enfermeros, los más agredidos.

Ante esta situación, la ministra y los consejeros han dado el visto bueno a promover el reconocimiento de la condición de autoridad pública al personal que preste servicio en instituciones adscritas o dependientes de los servicios del Sistema Nacional de Salud. Para ello, Sanidad va a colaborar con el Ministerio de Justicia con el objetivo de que, en caso de conflicto, el testimonio de los profesionales del SNS tenga, en efecto, “presunción de veracidad”.



El acuerdo fue tomado en el Consejo Interterritorial

Seis MIR nos cuentan sus experiencias en centros de prestigio y referencia internacional

Gracias a las becas que les han otorgado desde el Colegio Oficial de Médicos de Albacete

El Colegio Oficial de Médicos de Albacete ha vuelto a entregar becas de formación a Médicos Internos Residentes que en 2013 quisieron realizar unas estancias en centros hospitalarios del extranjero para profundizar sus conocimientos o mejorar algunas técnicas importantes en su especialidad. Ha entregado un total de nueve becas, por un importe que supera los 8.000 euros, y seguirán en esta línea puesto que la Junta Directiva es consciente de lo importante que son unas ayudas económicas para incentivar las salidas formativas de los médicos residentes. En este número de la revista y en el siguiente podrán leer cuáles han sido las experiencias personales y profesionales de los nueve médicos que decidieron emprender una aventura profesional fuera de su entorno habitual. Las vivencias que se relatan

a continuación corresponden a Carlos Mezquina Fernández, MIR de Cirugía Maxilofacial; Oscar Eduardo Thompson Zarza, MIR Maxilofacial; Clara María Córcoles Martínez, MIR de Oftalmología; María Teresa López Villaescusa, MIR de Dermatología; Isabel Huguet Moreno, MIR de Endocrinología y María Dolores García Jiménez, MIR de Cirugía Torácica.

Todos coinciden en que han sido experiencias satisfactorias y enriquecedoras, y animan a los compañeros a visitar otros centros de prestigio como un valioso aporte personal y profesional en toda carrera médica.

1.- ¿Qué hospital elegisteis para profundizar vuestra formación y por qué?.



Imagen de familia de los médicos becados

Carlos Mezquina: He estado durante dos meses en el Memorial Sloan Kettering Cancer Centre of New York. El motivo de la elección de dicho centro fue que es el centro de referencia mundial de cáncer de cabeza y cuello, encabezado por el Dr. P. Jatin Shah, autor de las guías más actuales TNM y de protocolo terapéutico de dicha patología, así como de numerosos libros y publicaciones.

Oscar Eduardo Thompson: He estado dos meses en la división de microcirugía reconstructiva de cabeza y cuello del Chang Gung Memorial Hospital de Taipei, Taiwán, por ser un centro de 9 mil camas en total para todas las especialidades y de referencia mundial y más específicamente de Asia para patología oncológica de cabeza y cuello.

Clara Córcoles Martínez: Elegí el Moorfields Eye Hospital, en Londres, por tratarse de un hospital monográfico de Oftalmología, de referencia internacional por su actividad clínica, formativa y de investigación. Estuve rotando durante 6 semanas, una semana en cada sección (Órbita y Anejos, Córnea y Cataratas, Estrabismo y Oftalmología Pediátrica, Retina Médica, Retina Quirúrgica y Glaucoma).

María Teresa López Villaescusa: El Hospital que elegí para rotar durante el mes de julio de 2013 fue Our Lady's Children's Hospital Crumlin, en Dublín.

Este centro es el hospital pediátrico más grande de Irlanda, con gran afluencia de pacientes y un volumen muy alto de urgencias, procedimientos quirúrgicos, técnica LASER y pacientes atendidos en consultas monográficas o especializadas, por lo que se considera centro sanitario de referencia. Además la labor científica e investigadora, avalada por el prestigio de los profesionales sanitarios que ejercen la mejor práctica clínica, hace de este hospital, un buen candidato como centro de referencia para completar la formación del residente en dermatología pediátrica.

Isabel Huguet Moreno: Elegí un

hospital de referencia en patología hipofisaria y tumores neuroendocrinos, ya que se trata de patología poco frecuente pero cuyo manejo multidisciplinar incumbe a mi especialidad. Además, el hospital en Oxford, en el que estuve tres meses, tiene una actividad en investigación clínica muy potente que quería ver de cerca.

María Dolores García Jiménez: Elegí el hospital Mount Sinai de Nueva York porque cuenta con un distinguido equipo de Cirugía Cardio-torácica, a la cabeza del prestigioso Dr. Raja Michael Flores. Son reconocidos internacionalmente, entre otros, por su extraordinaria experiencia en el tratamiento del mesotelioma pleural maligno, y por la cirugía mínimamente invasiva que llevan a cabo para el abordaje de las patologías pulmonares, como la lobectomía VATS. Cuentan con un programa de cáncer de pulmón que ofrece los servicios más avanzados disponibles para el diagnóstico, prevención y tratamiento de dicha enfermedad. Mi estancia fue de dos meses, septiembre y octubre de 2013.

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

C.M.: La estancia fue una experiencia laboral y vital altamente satisfactoria y enriquecedora. La adaptación a una nueva forma de trabajo y una nueva visión laboral combinado con un ritmo de vida tan diferente como el que ofrece la ciudad y el centro mencionado se convirtió en un momento trascendental en mi carrera profesional.

O.E.T.: Hay dos categorías de formación; una que es la de fellow que dura un año y la otra que es la de visitor hasta 3 meses, esta última es a la que yo opté. Te ofrecen un alojamiento gratuito dentro del complejo hospitalario en un edificio destinado para tal efecto en habitaciones compartidas por dos médicos de diferente origen; conmigo estuvo un italiano de Sicilia con quien entable una buena amistad.

C.C.M.: Fueron seis semanas intensas y provechosas. La jornada habitual era de 8h a 18h, aunque había días en



Carlos Mezquina Fernández



Oscar Eduardo Thompson Zarza

que se salía a las 21h. Tenía un horario donde especificaba a qué consultas y quirófanos podía asistir cada día, ya que éramos muchos “observers” y teníamos que evitar coincidir en el mismo sitio. Había 8 quirófanos funcionando durante todo el día, y decenas de consultas de diferentes especialidades, incluso monográficas de una determinada patología. Cada día había varias sesiones clínicas, seminarios, conferencias... pudiendo asistir a cuantas quisieras. Contaban con un centro anexo de oftalmología pediátrica, el Richard Desmond Children’s Eye Centre, y otro dedicado a la investigación, el Institute of Ophthalmology (University College London), en el que estaba la biblioteca, donde, entre otras cosas, se tenía acceso on-line a todas las revistas oftalmológicas existentes.

M.T.L.V.: La estancia durante la rotación fue muy agradable, hay tiempo suficiente para ver a los pacientes, poder aprender la patología a través de sesiones clínicas, consultas monográficas y asistencia a reuniones con otras especialidades para la toma de decisiones, además de realizar tareas de estudio y poder compartir experiencias con los compañeros de rotación.

I.H.M.: Los tres meses de rotación fueron muy intensos, sin duda han marcado un antes y un después en mi formación. Durante los dos primeros meses, asistí a sesiones clínicas a diario en las que se presentaban casos clínicos derivados de otros centros y se planificaba tratamiento. También asistía a las consultas externas como Observer. El último mes de mi rotación tuve la oportunidad de participar en un estudio sobre los efectos de un tratamiento médico poco habitual en nuestro país para la enfermedad de Cushing, recopilando datos y revisando historias clínicas, además de elaborar dos casos clínicos que posteriormente han sido aceptados para publicación.

M.D.G.J.: Ha sido una experiencia muy completa y gratificante tanto desde el punto de vista formativo como personal.

La jornada laboral era intensiva, de mañana y tarde en horario ininterrumpido,

desde las 7:00 a.m., tomando un almuerzo rápido sobre las 12:00 hs. Todos los días comenzaban con las rondas, el pase de planta como allí le llaman, continuando con los quirófanos el resto del día, en ocasiones, simultáneos y pudiéndose prolongar hasta la noche. También acudía a las sesiones clínicas interdisciplinarias, muy productivas, que se llevaban a cabo una vez a la semana.

La oportunidad de vivir en Nueva York es impresionante, por el amplio abanico de actividades socio-culturales a las que puedes asistir. La ciudad es magnífica y sus habitantes muy acogedores. Además, y no menos importante, resaltar la oportunidad única de mejorar el idioma.

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

C.M.F.: Inicialmente la gestión de dicho centro es privada, lo que produce que desde la base sea totalmente diferente al ritmo de trabajo de un Hospital público: Con una atención totalmente personalizada tanto del paciente como del trato de los rotantes. El horario laboral es mucho más extenso acabando todos los días a las 8 de la tarde. El volumen de pacientes y la diversidad de la patología de los mismos es mucho mayor. Existen mucha mayor disposición de quirófanos. Las listas de espera quirúrgica no supera la semana. Las estancias hospitalarias son mucho más cortas.

O.E.T.: La diferencia destacable es que nosotros en España hacemos todas las fases de la cirugía oncológica vale decir, la resección tumoral y luego la reconstrucción, ellos lo hacen en dos equipos, los otorrinolaringólogos la resección y los cirujanos plásticos la reconstrucción, con los que acortan bastante el tiempo quirúrgico. Otra diferencia notable es el volumen de pacientes, nosotros hacemos ese tipo de cirugía aproximadamente una cada miércoles, ellos hacen en promedio de 4-5 al día en varios quirófanos en simultáneo. Empiezan más temprano la jornada laboral y acaban más tarde.

La semejanza sería que ambos servi-



Clara Córcoles Martínez

cios hacemos sesiones para discusiones de casos y de revisiones bibliográficas y monográficas. Con respecto a los avances tecnológicos tampoco encontré grandes diferencias.

C.C.M.: La forma de trabajar era similar en los quirófanos, pero completamente diferente en las consultas. En ellas contabas con optometristas, enfermeros especializados y técnicos de imagen que colaboraban enormemente en la realización de la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias, así como en la educación sanitaria. El oftalmólogo, ya fuera residente, “fellow” o “consultant” (equivalente al adjunto aquí), se centraba más en el diagnóstico y tratamiento, agilizando así el proceso asistencial. Dedicaban mucho tiempo a cada paciente, bastante más del que podemos dedicar aquí, y eso favorecía una buena relación entre ellos.

M.T.L.V.: La rotación por un hospital extranjero me aportó un enfoque más amplio de la especialidad y del manejo de la patología, por el intercambio de conocimientos con escuelas diferentes a nuestra forma habitual de formación. En concreto en Dublín, los médicos residentes de dermatología, tienen un período más largo de formación, estructurado de forma diferente, sin embargo, no hay diferencias sustanciales en la consulta diaria, respecto al diagnóstico, manejo y seguimiento de los enfermos.

I.H.M.: Las principales diferencias serían la carga de pacientes con patología poco habitual y desde luego la relación con el paciente que era muy distante, cosa que parece ser habitual en Inglaterra. También la formación de los residentes es distinta, allí dedican mucho más tiempo a formarse como médicos generales, y cuando comienzan la rotación por su especialidad son mucho más mayores.

En cuanto a las semejanzas, a efectos prácticos realmente el manejo de la patología es similar.

M.D.G.J.: En general, la metódica de trabajo es diferente, en parte debido a que el sistema de salud y los pacientes también lo son, primando la medicina

privada, y en algunas ocasiones, dejándose notar la medicina defensiva. Sin embargo, me ha entusiasmado la disciplina que existe en todos los ámbitos y la organización del trabajo, que permiten una optimización de los recursos y del tiempo, en un hospital con un gran volumen de pacientes.

4.- ¿Qué técnicas habéis aprendido o perfeccionado y esos procedimientos se pueden aplicar en vuestro servicio?

C.M.F.: Las técnicas de intervención robotizada se están comenzando a implantar. En España la disponibilidad de dichos aparatos solo existen en varios centros. Respecto a las técnicas quirúrgicas son similares a las nuestras, incluso en nuestro centro tenemos más variedad de recursos quirúrgicos que en dicho centro. Los conocimientos diagnósticos del servicio de cabeza y cuello son altamente punteros siendo esencial para la formación de cualquier residente que este implicado en la patología tumoral de cabeza y cuello.

O.E.T.: Al tener tanto volumen las técnicas de microcirugía están mucho más desarrolladas en Taiwán por el entrenamiento que van adquiriendo los médicos, nosotros también las estamos haciendo en nuestro hospital pero la curva de aprendizaje es más lenta.

Dicho entrenamiento y volumen hace que vayan desarrollando colgajos cada vez más quiméricos y específicos para producir la menor morbilidad al paciente, es el desafío que nos estamos poniendo aquí.

C.C.M.: Tuve la ocasión de conocer más profundamente técnicas que no se realizan con mucha frecuencia aquí, como cirugía clásica de retina o determinadas cirugías de glaucoma, con dispositivos especiales. A su vez, pude aprender técnicas que no había visto antes, como cirugía orbitaria, aplicación de toxina botulínica en estrabismo, cirugía corneal y de cataratas con láser de femtosegundo... Algunos de estos procedimientos podrían incorporarse a nuestro servicio de Oftalmología, sin embargo, muchos requieren una gran



Isabel Huguet Moreno



María Teresa López Villaescusa

inversión económica y no creo que en la actualidad los implantaran.

M.T.L.V.: Actividad formativa en el ámbito clínico y asistencial e investigación en dermatología pediátrica en especial hincapié en genodermatosis, en dermatitis atópica, ictiosis y epidermólisis bullosa.

Además este centro es referencia para el tratamiento con LASER de lesiones vasculares cutáneas, lo cual me ha permitido adquirir conocimientos y habilidades sobre esta técnica.

Desde un punto de vista global, he aprendido el manejo y actitud ante el paciente y me ha permitido desarrollar capacidad científica para la colaboración con alguna publicación desarrollada durante la estancia.

M.D.G.J.: El cáncer de pulmón es una de las neoplasias malignas más frecuentes en los países desarrollados. El tratamiento estándar del cáncer de pulmón en estadios iniciales es la lobectomía. Este tipo de intervención está incluida dentro de lo que se denomina resección pulmonar mayor. Tradicionalmente se realiza de forma abierta (cirugía convencional). Sin embargo, la cirugía videoasistida (VATS) mínimamente invasiva es un procedimiento que va ganando terreno día tras día en el tratamiento del cáncer de pulmón, la patología reina de la cirugía torácica.

La VATS es sin duda una de las técnicas quirúrgicas más revolucionarias en los últimos años en la cirugía de tórax. Su éxito es manifiesto, con una tendencia progresiva a ser adoptada por los cirujanos torácicos de los principales centros mundiales. En este sentido, mi formación se ha centrado en este tipo de procedimientos, pudiendo aprender algunos detalles técnicos importantes, fácilmente aplicables a nuestro proceder diario, ya que desde no hace mucho tiempo realizamos este tipo de cirugía. Además, he podido asistir a numerosas intervenciones de esófago, mesotelioma pleural maligno, cirugía robótica en patología de cabeza y cuello, etc.

5.- ¿Consideráis importantes estas ayudas en formación que concede el Colegio?



María Dolores García Jiménez

C.M.F.: Creo que son esenciales para permitir estas experiencias tan plenas como son las rotaciones externas, donde se obtienen nuevas visiones y una mayor amplitud de campo tanto de la medicina como de la especialidad que se esté desarrollando.

O.E.T.: Es muy importante, pues para los médicos es fundamental seguir formándonos y comparar como estamos con respecto a las referencias mundiales, por eso quería aprovechar para agradecer al Colegio de Médicos esta oportunidad.

C.C.M.: Considero estas ayudas muy importantes, ya que una estancia fuera, sobre todo en el extranjero y en una ciudad cara como es Londres, supone un gasto sustancial. En este hospital, además, hay que pagar 150£ por semana de estancia, ya que es un centro muy solicitado mundialmente.

M.T.L.V.: Considero fundamental estas ayudas que ofrece el Colegio de Médicos para la adecuada formación del residente. Además este tipo de rotaciones son reconocidas como de alto interés por la Comisión de la Especialidad y muy recomendadas e impulsadas por nuestra unidad docente, aunque no son obligatorias.

I.H.M.: Estas ayudas son un estímulo muy importante para los residentes. Una rotación fuera del hospital y fuera del país abre la mente y ayuda a valorar mejor las cosas buenas que tenemos aquí, y a ser críticos con las que son mejores.

M.D.G.J.: Sí, estas ayudas son fundamentales dado el gran esfuerzo económico que requiere este tipo de estancias formativas. Aprovecho la oportunidad para agradecer al Colegio la ayuda concedida. Considero imprescindible, y muy recomendable, que el personal facultativo realice visitas a otras instituciones con el afán de mejorar nuestra labor como profesionales sanitarios de forma continuada. Además, es una experiencia inolvidable tanto a nivel académico como personal, que brinda la oportunidad de conocer a magníficos profesionales de nuestras áreas.

Constantino I “EL GRANDE”, Emperador de la Roma Cristianizada⁽⁴⁾

JOSÉ MARÍA MANUEL GARCÍA-OSUNA Y RODRÍGUEZ

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



A continuación, estos informes debían pasar a las oficinas imperiales en la corte. Puesto que era imposible llevar un control concreto y puesto al día, debido a las posibilidades de transporte de la época y a que el personal resultaba escaso, se estableció una ulterior inspección que seguía esa cadena informativa.

Se llegó a una aceptable asociación entre el gobierno monárquico y centralista de Constantino y una administración local próxima al ciudadano. Tras el año 324 el emperador parece ser que colocó a cristianos, con toda intención, en los cargos más altos del SPQR, para ello promulgó una ley para la prohibición de sacrificios, que incluía a los altos cargos de la administración romana. “Que Constantino hacía abrir el gazo a todos los que estaban a su alrededor, mientras (su hijo) Constancio (II) los hacía cebar con el tuétano de las provincias” (Amiano Marcelino, 16). La reforma legislativa de Constantino fue de enormes proporciones. “Decretaba leyes de las cuales algunas eran buenas y justas, pero la mayoría superfluas y otras incluso duras” (Eutropio, 10).

Tras estas reformas se quiere ver el espíritu del cristianismo, pero nada más lejos de la realidad: 1) la pena de muerte en cruz se siguió aplicando, por ejemplo a Calocero, 2) se marcaba con fuego en brazos y piernas, ya no en la cara, a los condenados a ser comidos por las fieras en el circo o a trabajar en las canteras, 3) los reyes francos apresados fueron despedazados por animales en el circo y 4) la muerte con los sacos se siguió aplicando con todo rigor, y consistía en que al condenado se le metía vivo en un saco que después se cosía y se arrojaba al río.

11. EL CULTO RELIGIOSO EN LA ÉPOCA DE CONSTANTINO

La política imperial romana, constantiniana, siempre pretendió un culto unitario, que produjese cohesión y prosperidad para el SPQR, por supuesto también se iba a ocupar de que no hubiese diatribas entre los cristianos, ya que el culto verdadero y en armonía conseguía la prosperidad del Estado, evitando la cólera de los dioses, se exige el cumplimiento de la ley divina, así se producía la unidad en la adoración divina, que sostenía el bienestar de Roma, los clérigos deben mantener esta ley divina sin crear obstáculos, incluso Constantino amenaza con el castigo a todos aquellos que rompan la concordia de la verdadera religión, ya que lo mismo conlleva desorden y guerra. La advertencia de respetar la ley divina y la ley terrenal tenía la misma función y Constantino recurría a la autoridad que se esconde detrás de la “ley”: la divinidad suprema. El emperador estaba convencido de que debía crear un reglamento para todo el orbe conocido y dentro del mismo se encontraba la regulación de la religión.

I) Paganismo-Los adivinos eran muy numerosos en la Antigüedad, tales como astrólogos, arúspices, augures, que se encargaban de observar las vísceras y el vuelo de los pájaros, magos, oniromantes para la interpretación de los sueños, videntes, filósofos, todos ellos calificados en total como “hombres santos”, que se encargaban de anunciar la “verdad”, se realizaban horóscopos para predicciones sobre el carácter, el destino, el día y la forma de morir de una persona; la poca preparación de los que hacían las predicciones transformaba esa ciencia en algo falaz y fraudulento, por lo tanto se discutía sobre si la interpretación de las estrellas era algo lógico u ortodoxo o iba en contra de la voluntad de los dioses. Diocleciano era quien tenía la exclusiva capacidad o autoridad para interpretar la voluntad de las divinidades; Constantino prohibió la práctica privada de los sacrificios. En el año 319 se prohibiría al haruspices o intérprete de los presagios, hacer visitas a domicilio, así se evitaba que las predicciones políticas pudiesen ir contra el propio emperador. Cuando en el año 320 cayó un rayo en el anfiteatro de Roma, Constantino ordenó desde Sérdica la consulta de los arúspices e inclusive ordenó que estos sacerdotes fuesen consultados en todos los casos similares y que emitiesen un informe detallado de estas consultas, pero las adivinaciones tenían que ser siempre públicas; el emperador se oponía a cualquier tipo de magia que pudiese hacer daño al prójimo y a los sortilegios amorosos, no se prohibía aquella magia que contribuía a la buena salud o que favorecía las buenas cosechas.

El emperador Constantino seguía contemplando las relaciones con los cultos religiosos ancestrales de una manera muy natural, lo cual queda demostrado en diversos reglamentos que revalidan los privilegios que se habían concedido, ya hacía tiempo, a los sacerdotes paganos; y se trata precisamente de leyes que vienen desde los últimos años del gobierno del propio Constantino, cuando ya funcionarios procedentes de la religión cristiana, en el ejercicio de su propio poder, arremetieron, de forma iracunda, contra determinados cultos paganos. En el año 314 Constantino confiscó los bienes de los templos para edificar su nueva capital, y aunque en los templos se siguieron haciendo sacrificios, es claro el emperador estaba, ya, a favor del culto de los cristianos. “La misma paz y la misma tranquilidad que los creyentes, deben obtener los extraviados y disfrutar felizmente (...), pero los que quieran apartarse (del culto cristiano) deben recibir el templo de sus engaños según su deseo. A nadie le está permitido dañar a otros con aquello que ha aceptado por convencimiento propio” (Eusebio de Cesarea. Vida de Constantino, 1 y 2). En la corte imperial predominan, al principio, los fanáticos, que van a exigir una rápida y completa imposición del cristianismo,

incluso le plantean al emperador acciones punitivas vengadoras contra los que habían sido sus perseguidores paganos. La misma carencia de comprensión política se manifiesta en una carta que Constantino dirige a los obispos Alejandro y Arrio, en la cual pone de manifiesto que sus consejeros de Occidente no tenían la más mínima idea sobre cuál era la gravedad de los enfrentamientos entre ambos, en la Iglesia Católica de la Alejandría de Egipto, los cuales pronto se iban a extender por todo el Oriente; pero para arreglar los enfrentamientos, intentó solucionar el conflicto que él mismo había provocado con su apoyo a los cristianos y regresó a la tolerancia al culto de los paganos, y, por supuesto, no iba a abolir el culto debido al propio emperador, por ello permitió a la ciudad itálica de Spello que erigiera un templo a su familia, siempre que: “El templo consagrado a nuestro nombre no pueda ser mancillado de modo pernicioso por los engaños de una superstición cualquiera” (Corpus Inscriptionum Latinarum, 11); de hecho siguieron existiendo sacerdotes consagrados al culto imperial en múltiples ciudades. El emperador siguió siendo el Pontífice Máximo del colegio sacerdotal romano, en Constantinopla se erigió una columna en donde se le equiparaba al dios Sol. Muchos elementos ponen de manifiesto que, Constantino, al convertirse al cristianismo, cambió únicamente la denominación del dios, sin abandonar del todo la idea de la divinidad que había poseído hasta entonces y sin preocuparse en demasía de los complejos y sofisticados dogmas del cristianismo.

II) Cristianismo-Cuando Constantino consideró oportuno que la nueva manifestación de la divinidad fuese la de los cristianos, sumió al SPQR en una enormidad de nuevos conflictos, desconocidos hasta ese momento, problemas entre los propios cristianos, ya que las discordias políticas subsiguientes estaban provocadas por la responsabilidad del Estado romano en relación con el concepto tradicional del culto unitario; Constantino estaba preparado para este caos, pero tuvo que rendirse a la evidencia de que no podía establecer la unidad religiosa, que era esencial para él, ni por medio de las armas, el soborno o su propia autoridad imperial. Cuando, en el pasado, se había perseguido a los cristianos, muchos se habían salvado plegándose a las exigencias del SPQR y esta postura tan laxa la habían adoptado, incluso, algunos obispos. En el norte de África se acusó al obispo Félix de Aptungi de haber entregado textos sagrados a las autoridades, los cristianos resistentes al mismo acto, llamaron traidores a los colaboracionistas, por lo que llegaron a la convicción de que la validez

de un sacramento estaba en relación directa con el estado de gracia del que lo impartía, pero el grupo mayoritario africano consideraba que el valor del sacramento estaba en la propia consagración y no en el oferente; las disputas teológicas se mezclaron con cuestiones personales y celotipias, como por ejemplo en el

caso de una dama de alta alcurnia de Cartago, que solía besar las astillas de los huesos de un mártir antes de comulgar, cuando un clérigo, llamado Ceciliano, la reprendió por esta superstición, la mujer se enemistó con él, cuando fue investido como obispo, todos sus enemigos se reunieron en conciliábulo, en la casa de esa dama, y acusaron al nuevo prelado de que había sido consagrado por el obispo Félix, que era considerado un “obispo traidor” y, por lo tanto, era inválida su situación, entonces ellos eligieron como obispo a Majorino, cuando este falleció, el sucesor, Donato, trató de implantar el punto de vista de su fe por todos los medios a su alcance. Constantino intervino, en abril del año 313, y ordenó apoyar, económicamente, a los no-donatistas o del culto verdadero, el emperador intentaba evitar un cisma, basándose en la idea de que el menosprecio de la religión conllevaba peligros para el Estado.

No existía un culto cristiano único, ya que había grupos que se iban independizando del principal y a los que se anatematizaba como cismáticos y herejes. Constantino decidió intervenir para poner los puntos sobre las íes de este conglomerado de cultos, pero este hecho alteraba su *modus operandi*, que estribaba en el respeto hacia todos ellos para no alterar la salud del Estado romano, y, por ello, se adhirió al concepto eclesial sobre la existencia de creencias y cultos verdaderos y falsos, apoyando a la Iglesia Católica mayoritaria, definida como verdadera, pero tras varios años de persecución y ostracismo hacia los donatistas, llegó a la convicción de que el intento de reconciliación era imposible, por lo que proclamó una tolerante aceptación del donatismo, que ya era importante en el norte de África. El donatismo fue creado por Donato de Casae Nigrae (?-hacia 355), como iglesia propia, donde se sostenía que el bautismo y el orden sagrado no eran eficaces en sí mismos, sino por la dignidad de quien los administraba, que, si había pecado, debía regenerarse por la mediación de un segundo bautismo, esta teoría sería proscrita hacia el año 405, aunque persistiría hasta el siglo VIII, su mayor adversario había sido San Agustín de Cartago, obispo de Hipona. El apoyo imperial al cristianismo, desde el año 313, conllevó adaptar el culto de los cristianos a los demás cultos del SPQR, así fue como el derecho de asilo de los templos se transfirió, también, a las iglesias cristianas. En el año 315, los cultos de los cristianos fueron eximidos de los tributos y de la *annona*; en el año 316 la liberación de los esclavos se realizaba en las iglesias y ante los obispos; en el año 318 los tribunales episcopales consiguieron el reconocimiento, por parte del Estado, para tratar asuntos civiles y de arbitraje, aunque sólo una de las partes fuese cristiana, Constantino daba validez jurídica pública a la Casa del Dios de los cristianos; el obispo de Roma aprovecha esta nueva legalidad, que equiparaba a los jueces eclesiásticos con los seculares, para prohibir que los sacerdotes resolviesen sus conflictos ante jueces civiles. A partir del año 321 las iglesias cristianas podían aceptar herencias. En el año 319 el personal encargado del culto de los cristianos, fue liberado de todas sus obligaciones para con el Estado y la ciudad de Roma, algo que ya era habitual en el resto de cultos. Lo que antecede tuvo consecuencias para la administración del Imperio Romano, el cual se fundamentaba, sobre todo, en la de sus



Restos del pórtico de la Basílica de Majencio y Constantino

Constantino I "EL GRANDE", Emperador de la Roma Cristianizada ⁽⁴⁾

ciudades; sus representantes eran responsables, por ejemplo, de la recaudación dentro de plazo de los pertinentes impuestos, así como de garantizar el suministro a sus ciudadanos.

Para algunos, esto era, y seguiría siendo, un honor, aunque como el desempeño de cargos públicos podía significar en ocasiones una gran carga económica personal, también había quien, desde bastante tiempo atrás, intentaba evitar tales obligaciones, consiguiendo una especie de inmunidad para sí, o para los gremios de los artesanos o para grupos sociales completos, como eran los veteranos de la milicia, alcanzando la exoneración de este tipo de cargas. Puesto que ahora los clérigos disfrutaban también de esta especie de tipo de inmunidad, una ley elaborada en el año 320 determinó que las personas descendientes de los funcionarios del consejo municipal, o aquellas otras que por su riqueza eran aptas para desempeñar un cargo público, no podían entrar a formar parte del clero. A los sacerdotes fallecidos sólo se les podía substituir por aquellos que no tuviesen ni bienes ni cargos ciudadanos. De esta manera se intentaba impedir el éxodo de los ciudadanos de círculos pudientes al clero. Pero se conoce una ley del año 326 en la que se insiste en esta ordenanza y en la regulación de muchos otros problemas de este tipo, seguramente porque este era un camino que resultaba muy atractivo, y muchos estaban dispuestos a recorrerlo a pesar de las trabas legales existentes. En el año 318 funcionarios y soldados cristianos fueron eximidos de la obligación de sacrificio, que seguía existiendo para todos los ciudadanos en el marco de las diversas actividades oficiales.

En el año 321 se promulgaron dos leyes sobre el descanso dominical, que representaba la traducción del dies Solis latino. Entre los romanos la semana planetaria se había ido imponiendo a partir del siglo III. Para los romanos el día más importante era el sábado o día de Saturno, que era el planeta de la mala suerte y por eso no se hacía ningún tipo de negocio en ese día, pero sí se podían bañar y comer mejor, el culto al Sol empezó a desplazar al de Saturno. "Todos los jueces y habitantes de las ciudades deben descansar el sagrado día del Sol; no obstante, a aquellos que viven en el campo se les permite trabajar la tierra libremente y sin ser molestados el día del Sol" (Codex Iustinianus, 3); enseguida los cristianos reinterpretaron la festividad del día del Sol, transformado en el día del Señor, dies Dominicus, ya que se creía que Cristo había resucitado el día posterior al Sabbath de los hebreos; el domingo existía la única posibilidad de la práctica del culto comunitario en forma de oración, por lo que los funcionarios del palacio y los soldados practicantes, ambos, de la religión del Cristo-Dios, recibían un permiso especial para asistir al servicio religioso cristiano. Constantino apoyaba a las instituciones tradicionales. "El Soberano Flavio Valerio Constantino, el piadoso, favorecido por la fortuna y (el) más grande emperador, ha hecho volver a su estado original a los canales del Isar, que habían sido destruidos por el fuego junto con los pórticos y la ornamentación de todos los edificios, y fijó, gracias a la providencia de su piedad, mercados el día del Sol durante todo el año" (Corpus Inscriptionum Latinarum,

3). En el Concilio Ecuménico de Nicea (año 325) todos los asuntos doctrinales se pueden resumir en la imposición del culto único; uno de ellos era la discusión sobre el arrianismo, defendido por el presbítero alejandrino, Arrio, que involucraría a Iglesia y a Estado durante siglos, esta doctrina arriana defendía que el Hijo de Dios o Verbo o Logos sólo poseía una divinidad secundaria o subordinada a aquella del Dios-Padre, con lo que se negaba la unicidad y trascendencia de Dios. También se fijaron el orden jerárquico de los obispos y la fecha fija de la Pascua de Resurrección. La Iglesia Cristiana Primitiva declaraba su fe en su Credo, que se resumía en: Dios-Padre, el Creador del mundo; en el Hijo de Dios, el Logos o Verbo o Palabra, que había redimido al mundo en la persona de Jesucristo-hombre; y en el Espíritu Santo, que se iba a encargar de confortar y dirigir a toda la comunidad cristiana.

Pero cuantos más intelectuales abrazaban la nueva fe de Cristo, iba introduciéndose en ella la base de la filosofía helenística, que estaba conformada por su amplio espectro de categorías, modelos y fórmulas, por lo que aquellas creencias primigenias tan simples empezaron a analizarse, pormenorizadamente, para poder ser aprehendidas con total certeza. En el siglo II renace el platonismo (Platón, 427-347 a.C.), que subrayaba en sus seguidores la no existencia de otro pensamiento científico que no fuese el de la filosofía griega. En el siglo II, que nos ocupa, el interés por Platón estaba en aumento, entre los más conspicuos pensadores se pueden citar a Plotino (205-270) y a Orígenes (182-254), que fue el primero que incluyó en el Credo de los católicos, pensamientos filosóficos platónicos, adaptándolos al espíritu de su tiempo, por lo que su influjo en Oriente fue muy grande, sus conceptos serían la base para diatribas en el catolicismo de la época. La controversia estribaba nada menos que con la relación entre el Cristo-Hijo-Dios y el Dios-Padre-Yahvéh, y aquí estaba el meollo de la cuestión, que era la salvación de todo el género humano. Para Orígenes, Dios era el Ser Supremo, Todopoderoso, infinito, eterno, absoluto, inaprensible e inmaterial, y, por lo tanto, el origen último del Ser y del Devenir, de él procedía el Hijo, no creado, sino nacido o engendrado, ser divino por supuesto, pero supeditado al Padre, una especie de segundo Dios y el inevitable mediador entre Dios-Padre y el mundo creado; el Espíritu Santo provenía del Hijo y era un tercer nivel del desarrollo de la divinidad; los tres eran la global divinidad incorpórea e inmaterial. Las preguntas de Orígenes fueron: a) ¿Qué relación existe en el Hijo de Dios entre lo divino y lo humano?, b) ¿Cómo están unidas una y otra naturaleza?, c) ¿Es el Hijo, a imagen del hombre, una Persona propia?, d) ¿Cómo obra ese Dios-Hombre?, y e) ¿Cómo es posible la redención en su ser?.

A comienzos del siglo IV, el presbítero Arrio describía: "Un comienzo tiene el Hijo, pero Dios-Padre existe sin principio. El Logos o Verbo (Hijo) es en todo aspecto extraño y diferente en cuanto al Ser del Padre. Hubo un tiempo en el que Él no existía, y Él no existía antes de llegar a ser".

(continuará en número siguiente)

Un médico de Munera presenta una investigación sobre el enfermo de EPOC

En el Congreso Mundial de Respiratorio celebrado en Madrid los días 21-24 de marzo

Dos médicos de Atención Primaria de Albacete destacaron hace unos días en una cita internacional centrada en el enfermo respiratorio. Se trata de José Luis de Castro y María Martínez-Moratalla. Ambos están trabajando actualmente en el primer nivel asistencial. El doctor de Castro en el Centro de Salud de Munera y la doctora Martínez-Moratalla en el Zona VIII de Albacete. Para ambos, defender un trabajo de investigación ante el Comité Científico del Congreso ha sido “la cima de un esfuerzo prolongado durante más de cinco años”.

Nos habla de esta experiencia y del trabajo que llevaron a Madrid el doctor de Castro

- ¿Cómo ha sido a nivel personal y profesional la cita congresual de Respiratorio en Madrid?

- Desde el punto de vista personal representa la cima de un esfuerzo prolongado durante más de 5 años; también ilusión por profundizar en el conocimiento de la patología respiratoria. El año pasado estuve de candidato a varios Premios de Investigación que me han servido para afianzar la idea de que “la Investigación en Medicina es clave para su propio desarrollo”. Desde el punto de vista profesional me ha ayudado a comprender más aún al enfermo respiratorio; suele ser un paciente con varias patologías de base (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus,..), que junto a la primera nos encontraremos con la terminología actual de “ENFERMO PLURIPATOLÓGICO”.

Quisiera resaltar la estimable ayuda y colaboración de mi compañera María Martínez-Moratalla de la Prida durante este Congreso; entre los dos trabajamos mano a mano ante los miembros del Comité Científico para explicarles de forma detallada la investigación realizada. Ha sido tan interesante para ellos que nos han animado para que se publique en una revista internacional de gran impacto.

- ¿En qué consiste el trabajo de investigación que presentaste?

- El Título es “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA PROVINCIA DE ALBACETE”.

Se recogió una muestra de 209 pacientes de varios Centros de Salud tanto de la capital como de la zona rural; se empezó en el Centro de Salud de Tarazona, donde estuve cerca de año y medio pasando consulta; recopilé datos de edad, peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), estado civil, nivel de estudios, hábito tabáqui-

co, pruebas funcionales respiratorias, clasificación EPOC según gravedad, limitación física por la EPOC (escala MRC); repercusión laboral, económica y laboral de la EPOC y Cuestionario de Calidad de Vida SF-12.

- ¿Cuál fue la metodología de investigación empleada?

- Representa un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico.

Los Objetivos fueron los siguientes:

a) Principal: valorar el impacto de la EPOC en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de esta patología.

b) Secundarios:

-- Valorar el buen control del tratamiento farmacológico según la actitud física y psíquica de los pacientes.

-- Valorar el efecto del IMC en los pacientes con EPOC.

-- Valorar el efecto de las pruebas funcionales respiratorias en los pacientes con EPOC.

- ¿Qué conclusiones obtuviste?

- La mayoría de los pacientes con EPOC son fumadores y exfumadores jubilados, viven con su pareja y tienen un nivel educacional bajo.

A mayor edad aumenta la limitación física y consecuentemente el estado de gravedad.

La vertiente psíquica de los pacientes se encuentra alterada, con mayor aislamiento social.

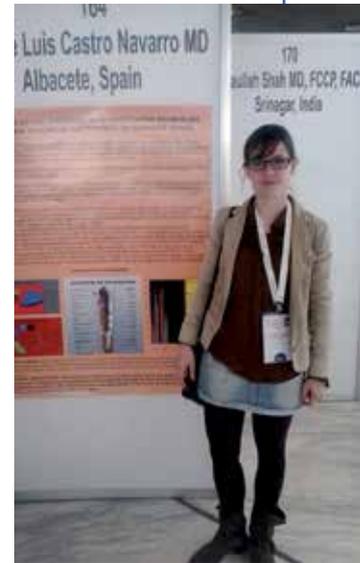
La EPOC afecta a la situación laboral de los pacientes no jubilados y modifica sus costumbres.

En los pacientes con EPOC hay una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad, por lo que limitan el ejercicio físico; también una alta prevalencia de hipertensión arterial, y, por lo tanto, un riesgo cardiovascular alto.

El tratamiento con corticoides inhalados se prescriben en los pacientes más graves; además existe una significativa utilización conjunta de anticolinérgicos y corticoide inhalado- Beta 2 de acción prolongada.

- ¿Cómo fue la acogida del resto de compañeros de profesión al trabajo presentado en Madrid?

- Con aquellos con los que he podido hablar me han felicitado y se han alegrado de todo lo que he realizado desde el principio. Creo que es un logro importante que Atención Primaria llegue a estos foros internacionales, ya sea en Respiratorio, Endocrinología, Cardiología.



Moral y Ética



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.

Pediatra. Colegiado 020201038

El Hombre mantiene un constante debate intelectual entre el amor que hay que dar a los demás y el que debe guardarse para uno mismo. Por un lado, conoce el concepto de bien absoluto que, a cada instante, exige la entrega de más amor para el prójimo; por otro lado, escucha el incesante grito de los instintos que reclaman mayor atención para sí mismo. En nuestro modo de ser se instala de por vida una pugna permanente entre las tendencias al bien absoluto (bien universalizado) y al bien relativo (bien particularizado), o, lo que es lo mismo, a una constante batalla entre el altruismo y el egoísmo.

Si queremos sentirnos como personas y diferenciarnos de los animales, no podemos permanecer pasivos, con la conciencia al margen de un dilema que se plantea a la hora de tener que elegir entre dos cosas: bien absoluto o bien relativo. Si optamos por el primero, atentaremos contra la seguridad de nuestras propias necesidades biológicas y económicas, que están estrechamente ligadas; si lo hacemos por el segundo, las necesidades materiales se satisfarán con creces, a medida que merman los intereses del prójimo.

El prójimo nos atrae – aunque solamente sea por sentimiento de empatía –, pero, a la hora de ser generosos, no sabemos cómo desprendernos confiadamente de nuestros bienes relativos para hacer causa común con los demás; preferimos no correr riesgos ni fiarnos a ciegas de una idea un tanto altruista y, a veces, fantasiosa. ¿No nos habrá preparado el prójimo alguna emboscada? Cuando arrecia el frío, ¿la hormiga tiene que abrir la puerta de la despensa a la cigarra? No es fácil responder a esas dos preguntas porque estamos hechos de carne y hueso; sin embargo, la moral

es la respuesta al clamoroso grito del amor, que nos empuja por la empinada cuesta de la felicidad, y, si cerramos el paso al amor, ¿podremos llegar a ser felices? Por supuesto, al amor le podemos poner freno o confundirlo con la empatía, dejándole cojo; lo que no podemos hacer nunca es desarraigarlo totalmente del lugar de nuestros sentimientos porque nos habremos adentrado en la inmoralidad. Entonces, para engañar a la conciencia y sentirnos felices, ¿cómo resolver ese conflicto que nos atañe? Muy fácil, recurriendo a la parte de magia que tiene la ética.

Es obvio, la doble condición humana –física y espiritual–, no tiende a ser una cosa estable, favorecedora del equilibrio natural del Hombre, porque, al mismo tiempo, le somete a ser mortal y moral. Dicho de otra manera, nos hallamos ante una situación donde la conciencia se decanta por tener una voluntad abnegada que nos diferencia de los animales, mientras tanto, el estómago se lamenta de que siente hambre porque es como el de los animales. Nos sentimos como si, en nuestros adentros, se hubiera entablado una lucha a muerte entre héroes y villanos para que solamente pudiera terminar con el resultado final de vencedores y vencidos. Pero, verdaderamente, lo que pasaría en el mundo, si cualquiera de las dos partes en litigio exterminase totalmente a la otra, es que, al final de la lucha, se habría extinguido la humanidad por una de estas dos causas: por exceso de moral, o por exceso de mezquindad. Para que esto no ocurra, desde nuestro subconsciente, el instinto general de conservación emite una orden a nuestra conciencia, exigiéndole que se haga más laxa, y, como consecuencia de ello, la moral se irá haciendo cada vez más relajada. Al fin y

al cabo, el quid de la cuestión está en no equivocarse, en saber muy bien hasta donde deberemos estirar la cuerda para que no se rompa y la conciencia pase del estado racional al irracional, mientras la moral se despeña por el precipicio de la inmoralidad. Se mata en legítima defensa; pero la verdadera moral dice: “no matarás”. Se roba por necesidad extrema; pero la auténtica moral dice: “no hurtarás”. Basándose en los derechos de la propiedad privada, se niega el pan al hambriento y el agua al sediento; pero el bien universalizado dice: “amarás a tu prójimo como a ti mismo”.

Lógicamente, la solución que tiene el Hombre para resolver su enredoso problema es buscar un término medio entre los susodichos estira y afloja, que corresponden a la estricta moralidad y a la denigrante posición inmoral; y, a ese equilibrio, lo llamamos amoralidad. De esa guisa, la persona se siente inmersa en un medio neutral y tolerante donde no se percibe sensación de culpa y, viviendo en esa situación, la conciencia nos permite proseguir hacia delante, siendo personas y no considerándonos responsables de haber hecho daño a nadie. Es, como acabo de decir, una manera descafeinada de moral que siempre estará al servicio de la moda, mientras existan diferentes momentos históricos que nos obliguen a echar mano de uno u otro recurso de adaptación natural. Esta nueva forma de moral, a la que me refero, se llama ética, y, al fin y a la postre, coincidirá siempre con el concepto de amoralidad.

Desde la ética se asciende hasta la moral por medio del heroísmo; y, viceversa, desde la ética se desciende a la inmoralidad por una humillante escalera que no está hecha para que bajen

por ella las personas. Héroes y villanos, o, lo que es lo mismo, blancas nubes y negras cloacas se presentan ante el panorama de la vida humana como dos visiones reales que se producen al mismo tiempo; mientras tanto, la ética nos sostiene en un delicado equilibrio que la humanidad entera practica con pasos de funámbulo; y, por ese motivo, nos enseña el arte de seguir existiendo.

Los seres humanos, cuando se mojan en las cloacas, son más repugnantes que las ratas; y, cuando están a punto de caer en ellas, crean situaciones sociales en las que la persona no puede extralimitarse un ápice de aquello que la mayor parte considera "políticamente correcto". Miserable y mezquino puede llegar a ser el futuro de los villanos. Pero, a su vez, ¿cómo se forjan los héroes?; ¿hay héroes amoraless? No es difícil desenmascarar al héroe cuando se recurre a ciertas citas históricas que se comparan con el verdadero concepto de moral, anteriormente definido. A continuación, expondré algunos ejemplos tomados de la vida real, que son por todos conocidos; aunque, por dejación, no hayan sido siempre valorados convenientemente:

- Maximiliano Kolve era un fraile polaco que cayó prisionero en un campo de concentración alemán, durante la segunda guerra mundial. Había llegado allí por esconder a muchas personas que huían del terror nazi; y, una vez hecho prisionero, intercambió voluntariamente su vida por la de un padre de familia que, arbitraria e injustamente, había sido condenado a morir de hambre. La acción del referido fraile polaco fue un verdadero ejemplo moral porque arriesgó y entregó su vida por el prójimo, sin preguntar al prójimo quien era. Siempre será un héroe universal para todos, tanto para los prisioneros del campo como para sus despiadados verdugos; y, porque fijó solo su mente sobre la idea que tenía de bien absoluto, también habría sido capaz de intercambiar su vida por la de aquellos miserables que arrebataron la suya. Su heroicidad será gloriosa en la eternidad. Su vida se consumó en santidad.

- Teresa de Calcuta murió en su

cama, pero arriesgó la vida y estuvo a punto de inmolarse, tanto como lo había hecho el padre Kolve; su valerosa decisión jamás se halló perturbada por la posibilidad de haber muerto víctima de alguna enfermedad infecciosa, o de los irresponsables actos de un demente; y, si hubiera podido hacerlo, lo más probable es que hubiera intercambiado su vida por la de cualquier moribundo. La madre Teresa, ahora y siempre, pasará su recuerdo por el mundo desprendiendo el grato olor de las verdaderas heroínas. En cierta ocasión dijo Kissinger: "yo no haría eso por todo el oro del mundo". La madre Teresa respondió: "yo tampoco lo haría, s. Kissinger?"

- No sucede lo mismo con la historia de los famosos kamikaces japoneses que inmolaron sus vidas, lanzándose con una carga explosiva sobre los buques de guerra americanos. Indiscutiblemente, su pensamiento no estaba enfocado en dirección del bien absoluto, sino del relativo; y, en sus actos de abnegación supremos, solamente entraba en juego el propio honor del soldado y los intereses particulares de su pueblo. A la vez, fueron héroes para su nación y fanáticos para sus enemigos. Cada vez más, a medida que transcurre el tiempo, su recuerdo irá desvaneciéndose en la huella de una estela de odio y fanatismo que será reconocida por sus mismos compatriotas. Los kamikaces no fueron morales ni inmorales, simplemente eran sujetos amoraless: personas que, como los cruzados, en otra época, jugaron el papel de víctimas propiciatorias de una sociedad que, en aquellos momentos, necesitaba unos valores éticos de subsistencia.

Desde los albores del Hombre la moral es inamovible: siempre ha sido y será la misma porque el concepto de bien absoluto se perpetúa en el tiempo. Sin embargo, no pasa lo mismo con la ética, que cambia al ritmo de las modas. No obstante, la conciencia humana aborrece el sentimiento de culpa y, aunque en la práctica se encuentre sujeta a transitar por un estado amoral, si está sana, siempre tenderá hacia la moralidad, pretendiendo, de alguna manera, saborear las mieles de la heroici-

dad. Sin duda alguna, la humanidad depende tanto de los héroes morales como de los éticos porque, por culpa de la inmoralidad, cuando se provoca el caos social (guerra), el retorno al equilibrio se consigue a través de ambas clases de héroes. Por ese motivo, todas las criaturas humanas anhelan la presencia del héroe y sueñan con serlo alguna vez, aunque conscientemente piensan que el pragmatismo material y la heroicidad se repelen como dos cargas eléctricas del mismo signo porque el final de los héroes suele ser el sacrificio supremo que lleva a la muerte.

Los ideales cristianos terminaron siendo colgados de una cruz; y los lemas de la revolución francesa acabaron manipulados por los jacobinos o aplastados bajo las botas de la codicia napoleónica; pero, a pesar de todo eso, día a día, resucitan y continúan vivos e impasibles, recordando a la humanidad que son la única garantía de trascendencia que tienen el amor y la innegable presencia del espíritu humano. Ningún valor positivo habría en la filosofía, el derecho, la medicina, la enseñanza y la política si no se aferrasen a la moral como única tabla de salvación de todos sus errores amoraless. ¡Asómense a la ventana y vean lo que pasa!

*Inhalo amoralidad,
y es moral lo que yo quiero;
pero de asfixia me muero,
si exhalo inmoralidad.
Y, lo heroico me asusta,
cuando se acerca a mi lado;
pero, me siento bumillado,
si me llama y me disgusta.
¿Qué ocurre con mi conciencia
que, así, enredada termina?
¿Qué causa me determina
y perturba mi inocencia?
Hay que mirar hacia dentro,
pensando que la emoción
es cosa del corazón...;
y el espíritu es el centro.
La conciencia y la moral
comparten naturaleza;
pero, no existe largueza,
si se asocia lo carnal.*

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



Testimonio de un profesional del PAIME

“Me parecía irreal que un Profesional Médico no entendiera que sus síntomas eran de enfermedad”

“LA DEPENDENCIA ES UNA ENFERMEDAD: LO SÉ Y ADEMÁS LO CREO. YO NO TENGO QUE HACER UN ESFUERZO DE CONFIANZA EN LA CIENCIA PARA ASUMIRLO, TENGO LA VIVENCIA DE QUE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS PASAN DE SER UNA CONDUCTA CONSENTIDA, VALORADA, PONDERADA A UN PROBLEMA QUE NOS LLEVA LA VIDA. ES UNA ENFERMEDAD DURA, CON MUCHAS DIFICULTADES A LA HORA DE AFRONTARLA, PERO TAMBIÉN SE QUE ES UNA ENFERMEDAD QUE SE PUEDE ABORDAR Y CON GRAN CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN”.

Queridos compañeros:

Llevamos unos años comenzando las publicaciones anuales PAIME en nuestra revista con un testimonio de pacientes que han estado o están en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo.

Hoy os traigo un testimonio, pero de un profesional que trabaja con médicos enfermos, un profesional del PAIME, sus reflexiones, sus dudas, sus conclusiones, su valoración....Creo que transmite muy bien los puntos esenciales del Programa.

Desde aquí le doy las gracias al compañero por su aportación y espero que os sea de gran utilidad.

... Nueve años ya trabajando

cododo con cododo con médicos enfermos y me paro a hacer ahora una reflexión; ¿Cómo fue esto, como empezó, por que dije que si...?

No lo entendía: desde mi punto de vista me parecía “tonto” no ir al médico cuando estás enfermo; ahora entiendo que los médicos son muy malos enfermos; que hacen consulta de pasillo, que no piden citas, que les cuesta la programada.

Me parecía “esnob” que no entraran en la red sanitaria normalizada cuando surgía un problema; ahora entiendo que no puedes compartir sala de espera con tus pacientes en beneficio de los mismos. Que la confidencialidad es una de las esencias del

programa y que necesitamos que se respete por todos.

Me parecía irreal que un profesional médico no entendiera que sus síntomas eran síntomas de enfermedad; ahora entiendo que el médico enfermo sufre los mismos mecanismos de negación o minimización que el resto de las personas aquejadas de un problema de la esfera psíquica y/o conductas adictivas.

No entendía que la familia del médico enfermo tuviera las mismas reticencias a la hora de buscar apoyo, que compartiera los mismos miedos, que colaborara en tapar la enfermedad. Ahora lo entiendo, entiendo que un médico que enferme asusta pero también entiendo que tiene derecho a enfermar y a ser tratado.

Tampoco entendía que los propios compañeros en un afán de proteger, minimizaran síntomas que contribuían a la conspiración del silencio, en un sueño de que las cosas se arreglan solas, ni siquiera es mirar hacia otro lado, es no verlo. Ahora entiendo que todos tenemos miedo a enfermar y no quisiéramos estar ahí nunca.

La familia, los compañeros sabemos que con esta actitud lo que conseguimos es retardar el momento de afrontar un problema y en consecuencia empeorar el pronóstico. Sin embargo, lo entiendo.

Lo entiendo porque la dependencia es una enfermedad. Lo sé y además lo creo. Ya no tengo que hacer un esfuerzo de confianza en la ciencia para asumirlo, tengo la vivencia de que las conductas adictivas pasan de ser una conducta consentida, valorada, ponderada a un problema que nos lleva la vida.

Es una enfermedad dura, con muchas dificultades a la hora de afrontarla, pero también sé que es una enfermedad que se puede abordar y con gran capacidad de recuperación.

Y en esta situación, por qué entramos en este lío?, pues en parte como un gran reto. Trabajar con médicos enfermos que además de llevar la carga de la enfermedad deciden afrontar el problema que supone en relación a los otros es un privilegio. Es un privilegio afrontar juntos dificultades, adversidades, posicionamientos de los otros... es un privilegio aprender de profesionales magníficamente formados y con unas capacidades incuestionables como afrontar las dificultades que se plantean ante esta enfermedad. También reto en el sentido de dificultad porque si en terapia siempre intentamos "hilar fino" con médicos enfermos el hilo es muy fino en relación a la relación terapéutica, al cumplimiento de pautas, a las cuestiones de responsabilidad y confidencialidad y al compromiso con el objetivo de recuperación.

Y en otra parte por respeto, respeto ante la valentía porque son los mismos médicos, a través de sus colegios los que plantean este problema y no quieren volver la mirada. Quieren afrontar el problema. "El programa PAIME es un instrumento de control de la buena praxis médica y por tanto un elemento de garantía para la población, porque cuidar al médico enfermo supone defender por encima de todo la salud de los ciudadanos." Esto es valentía y una iniciativa que empezó hace años ha llegado a una consolidación clara por su pertinencia en relación a ese doble mecanismo de tratamiento y control y con el fin último de asegurar la óptima praxis médica.



En estos años de colaboración con el programa PAIME he trabajado con muchos médicos que acudían por problemas de la esfera psíquica y adicciones, la valoración que hago es muy positiva, la valoración que me transmiten mis pacientes también es positiva. Se puede abordar el problema y se aborda bien porque es un trabajo de muchos en colaboración y muchos están implicados en que las cosas vayan bien. Cuando digo muchos me refiero a cada uno de los actores de esta trama, los médicos enfermos, las familias, los colegios oficiales, las instituciones que apoyan, los servicios sanitarios, los profesionales del PAIME, los compañeros, los compañeros superiores. Y aquí hago un inciso, un reconocimiento, una mención y una demanda a los compañeros y superiores que si en un momento son los que pueden iniciar un proceso de tratamiento pero también los que van a recibir al médico recuperado, al compañero que necesita no una atención especial pero si una actitud de solidaridad y reconocimiento. Gracias.

Colaborar con el programa de atención al médico enfermo es por deseo de aprender, por lo que supone de reto, de desafío, de dificultad, por respeto, por solidaridad, por compromiso,..., no lo sé, por todo y porque el PAIME crea adicción en los terapeutas".

• ALTAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA	NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA
2603015	RODRIGUEZ VALLEJO M.ª PILAR	CEUTA	18/02/2014	4622264	LEAL RODRIGUEZ DINO	VALENCIA	08/05/2014
4706595	BLANCO ALBERCA CARMEN	ZAMORA	25/02/2014	0204079	GARCIA MENDOZA VANEZA ALEXANDRA		08/05/2014
5013973	QUEVEDO SANCHEZ EDUARDO	LAS PALMAS	07/03/2014	0204078	CABEZUELO RODRIGUEZ BASILIO JESUS		08/05/2014
2846192	RAMIREZ PORRAS JULIA	MADRID	07/03/2014	0204080	CALZADA DELGADO IRIS		08/05/2014
1810774	SANCHEZ MEDIANERO M.ª TERESA	ALBACETE	25/03/2014	0204081	ALCANTUD LOZANO PILAR		09/05/2014
2863279	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	ALBACETE	26/03/2014	2870312	GARCIA MARTIN VICTOR	MADRID	09/05/2014
0204012	VILLADA WARRINGTON TATIANA	ALBACETE	27/03/2014	2910134	VEGA JIMENEZ MARIA AUXILIADORA	MALAGA	12/05/2014
0204058	PEÑA DURAN ALICIA		30/04/2014	0204082	SOLER GARRIGOS ANA MARIA		12/05/2014
0204059	AGUDO MENA JOSE LUIS		02/05/2014	0204083	SOLIS NAVARRO IGNACIO		13/05/2014
0204060	LOPEZ CARCELES CRISTINA		02/05/2014	0204084	VILLAR INAREJOS M.ª JOSE		14/05/2014
0204061	PORTERO PORTAZ JUAN JOSE		02/05/2014	0204085	CATALA RIPOLL JOSE VICENTE		14/05/2014
0204062	URRACA ESPEJEL CONCEPCION		02/05/2014	0204086	GARCIA ATIENZA EVA MARIA		15/05/2014
0204063	CAMBRONERO HONRUBIA ISABEL		02/05/2014	0311070	CANDELA FELIU LUCIA	ALMERIA	15/05/2014
0204057	PARDO UTIEL MARIA	ALBACETE	05/05/2014	0204087	CERDAN ONCALA SUZEL		15/05/2014
0204066	ARROYO HERRERA CAROLINA		05/05/2014	0204088	COLUCHO RIVAS M.ª VICTORIA		16/05/2014
0204064	PEREZ GONZALEZ OSCAR		05/05/2014	0204089	CASTRO OLIVARES OSCAR ALONSO		16/05/2014
0204065	GOMEZ PEINADO ALICIA		05/05/2014	2869292	PRADO COSTE MARIBEL JOHANA	MADRID	19/05/2014
0204067	SERRANO MARTINEZ ANA		06/05/2014	0203754	DONATE ORTIZ DIONISIO JESUS	ALBACETE	20/05/2014
0204068	AGUSTIN MARTINEZ FRANCISCO JAVIER		06/05/2014	0204090	LEIVA POMACAHUA BEATRIZ OLINDA		21/05/2014
0204070	ROJAS BARTOLOME LAURA		06/05/2014	3008099	CASTAÑO MARTINEZ PATRICIA	MURCIA	21/05/2014
0204069	ANDUJAR BRAZAL PABLO		06/05/2014	0203831	LOPEZ LOPEZ CARMEN MARIA	CIUDAD REAL	22/05/2014
2862705	CARRETERO DE LA ENCARNACION BEATRIZ	MURCIA	06/05/2014	0204091	MONROY PARADA DORIS-XIOMARA	ALBACETE	23/05/2014
0204071	LOPEZ UTIEL MELISA		06/05/2014	4622135	GARCIA CAMUÑAS YOLANDA	VALENCIA	28/05/2014
0204074	FERNANDEZ EXPOSITO CLAUDIA		07/05/2014	2864169	SANCHEZ LOPEZ MARIA ESTHER	MADRID	28/05/2014
0204072	CASTILLO MORENO CONSUELO		07/05/2014	2865411	CARPIO ABREU EDUARDO ALBERTO	BALEARES	09/06/2014
0204073	AZORIN RAS MILAGROS		07/05/2014	1510693	ARMAS ALVAREZ AZUCENA LIRIO	ALBACETE	11/06/2014
0204075	BUENDIA LOPEZ SUSANA		07/05/2014	1408157	RODRIGUEZ PARTERA RAQUEL MARIA	CORDOBA	16/06/2014
0204076	CAMACHO DORADO CRISTINA		07/05/2014	0203833	SLEIMA HOSEIN BURAGAA VILLAR	ALICANTE	17/06/2014
0204077	NAVALON PRIETO JOSE JESÚS		08/05/2014				

• BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/ DESTINO	FECHA	NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/ DESTINO	FECHA
0203745	MARTINEZ BLAZQUEZ ANSELMO	TRASLADO/CIUDAD REAL	03/03/2014	0203631	OLARTE BARRAGAN EDGAR HUMBERTO	TRASLADO/ALICANTE	20/05/2014
0309998	CANDELA NAVARRO GEMMA DEL PILAR	TRASLADO/STACRUZ DE TENERIFE	06/03/2014	0203844	NOGUEIRA GARCIA JESSICA	TRASLADO/VALENCIA	20/05/2014
0203512	GALERA RODENAS ANA BELEN	TRASLADO/MADRID	13/03/2014	0204012	VILLADA WARRINGTON TATIANA	TRASLADO/ALICANTE	22/05/2014
0203488	CEROWSKI ADRIANA MIRNA	TRASLADO/BARCELONA	13/03/2014	0203779	FERNANDEZ ANGUIA MANUEL JOSE	TRASLADO/CIUDAD REAL	22/05/2014
0203740	MARTINEZ REIG MARTA	TRASLADO/VALENCIA	25/03/2014	0203550	ADAMOLI VIDAL VIRGINIA CLAUDIA	TRASLADO/LERIDA	27/05/2014
0203832	FERNANDEZ SALDAÑO AGUSTIN	TRASLADO/GRANADA	31/03/2014	0203853	SANCHEZ GARCIA M.ª DOLORES	TRASLADO/CIUDAD REAL	27/05/2014
2862029	OLIVIER DE CEGARRA DANY	TRASLADO/MADRID	31/03/2014	0203859	TORRES TORRES IVETT GUADALUPE	TRASLADO/GUIPUZCOA	28/05/2014
0203700	CAMBRONERO CORTINAS ESTHER	TRASLADO/EXTRANJERO	31/03/2014	2864665	PEÑA LABOUR PETRA TERESA	TRASLADO/GUIPUZCOA	30/05/2014
5013934	FERRER PEREZ ANA ISABEL	TRASLADO/TERUEL	02/04/2014	0203381	HERDOIZA POSSO EDUARDO ENRIQUE	TRASLADO/EXTRANJERO	05/06/2014
0203766	MORA JIMENEZ DAMARIS	TRASLADO/EXTRANJERO	17/04/2014	0203786	HERDOIZA ARROYO EDUARDO ALEJANDRO	TRASLADO/EXTRANJERO	05/06/2014
2863279	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	TRASLADO/HUESCA	01/05/2014	0310166	HERAS HERREROS SANTIAGO	TRASLADO/ALICANTE	12/06/2014
0203792	PLENC MARIELA SILVANA	TRASLADO/BARCELONA	01/05/2014	0845728	ROCHA HONOR EDDY	TRASLADO/EXTRANJERO	16/06/2014
0203791	MONZON CAMINOS GLENDA TAMARA	TRASLADO/ALICANTE	08/05/2014	1304659	LARA DE LA ROSA M.ª DEL PILAR	TRASLADO/SEVILLA	25/06/2014
0203639	MARTIRENA HERNANDEZ M.ª TERESA	TRASLADO/VALENCIA	15/05/2014	0203443	LOPEZ RINCON ROSA MARIA	BAJA	30/06/2014
4619002	MONEDERO PICAZO M.ª DOLORES	TRASLADO/VALENCIA	15/05/2014	2867182	GUTIERREZ ALIAGA DALILA	CESE EJERCICIO	30/06/2014
0203910	VANNAY ALLASIA LUCIANA	TRASLADO/SALAMANCA	16/05/2014	0203880	MARTINEZ PEGUERO JOHANNA	TRASLADO/EXTRANJERO	30/06/2014
2864999	DIAZ CONTRERA RAFAELINA DE LOS MILAGROS	TRASLADO/MADRID	19/05/2014	0203858	GARCIA CARRASCO EMELY	BAJA	30/06/2014



MUDANZAS SANCHEZ Y SORIA

No se preocupe y relájese...

desde 1962



*¡Nosotros nos
encargamos!*



Servicio de Puerta a Puerta, Grupajes, Embalajes Especiales,
Cargas Fraccionadas a Península, Baleares y Canarias

Servicio a Ferias y Exposiciones, Grúas Elevadoras, Traslado de Obras de Arte.

Servicio de Guardamuebles a la Medida de Cualquier Necesidad, Instalaciones Propias.

Contenedores Preparados Especialmente para el Almacenaje,
Guarda y Custodia de Muebles, Enseres y Documentos.

 **967 248 141**

 **606 306 585**

Mudanzas Nacionales e Internacionales
Guardamuebles - Grúas elevadoras y servicios
de alquiler a particulares y comercios

www.mudanzasmss.com - clientes@mudanzasmss.com



TOYOTA

SIEMPRE
MEJOR

TOYOTA AURIS HYBRID

por **18.990 €**



Con todo este equipamiento valorado en **4.500 €**



CAMBIO AUTOMÁTICO
(E-CVT)



CLIMATIZADOR



LLANTAS
DE ALEACIÓN



VOLANTE
MULTIFUNCIÓN



SISTEMA MULTIMEDIA
TOYOTA TOUCH 2



CÁMARA
TRASERA



CONTROL
DE CRUCERO



Y MUCHO
MÁS

PLAN
PIVE
INCLUIDO



TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

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

C/ Ronda Sur, 24 (P.I. El Mugrón)
02640 - Almansa
☎ 967 310 936

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



Toyota Auris híbrido Active, PVP recomendado: 18.990 €. IVA, transporte, impuesto de matriculación, promoción, apertura del concesionario, 3 años de garantía o 100.000 km (lo que antes suceda), 3 años de asistencia en carretera y Plan PIVE-5 incluidos. Otros gastos de matriculación, pintura metalizada y equipamiento opcional no incluidos. Oferta válida hasta fin de mes o fin del Plan PIVE-5 (lo que antes suceda) en Península y Baleares. Promoción no acumulable a otras ofertas o descuentos. Quedan excluidos de esta promoción los vehículos para flotas. El modelo visualizado no coincide con el modelo ofertado. 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

Consumo medio (l/100 km): 3,6. Emisiones CO₂ (g/km): 84.

**TOYOTA
HYBRID**