



médicos de albacete

REVISTA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS



Revistas



Acceder

Colégiate



Acceder

Formación



Acceder

Servicios del colegio



Acceder

Tablón de anuncios



Acceder

Creamos nuestra página Web
para estar más cerca de tí



Un seguro a la medida de su negocio



25%
DESCUENTO
Hasta el
31 de diciembre
de 2014*

Nuevas **COBERTURAS EXCLUSIVAS A.M.A.**

- ✓ Servicio de Manitas para pequeñas reparaciones
- ✓ Servicio de Manitas Tecnológico
- ✓ Servicio de Asistencia Informática

Porque su negocio también es cosa nuestra

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

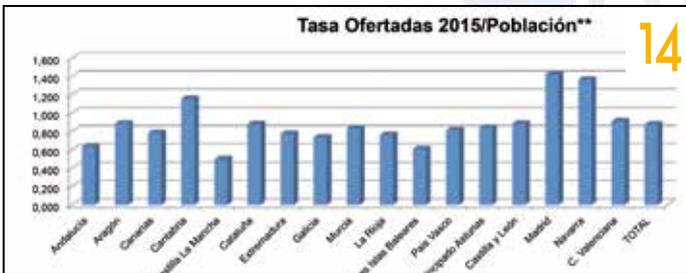
LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10





REVISTA N.º 46 • AÑO 2014

SUMARIO



4 EDITORIAL
¿Cómo está y hacia dónde va la profesión médica?

5 ACTUALIDAD
www.comalbacete.net
se vuelve más clara, funcional y atractiva

La Asociación AFESALBA reclama
"revertir el proceso de reordenación"

8 NOTICIAS COLEGALES
Curso de introducción a la Bioética

Foro de Médicos de Atención Primaria

12 NOTICIAS NACIONALES
Informe del Ministerio:
Importante, complejo, necesario y mejorable

14 INFORMACIÓN
Las plazas MIR para 2015 se reducen
de forma considerable

16 ENTREVISTA
Llanos Montero Acebal y Esther Cambroner Cortinas

Francisco Botella Romero

20 NOTICIAS COLEGALES
Proyecto Nacional de apoyo a la Atención Sanitaria
del Médico Jubilado

22 HISTORIA
Constantino I "EL GRANDE",
Emperador de la Roma Cristianizada⁽⁵⁾

25 COLEGIADOS
Real Decreto 640/2014, de 25 de Julio

El número cero

28 INFORMACIÓN PAIME
Memoria PAIME 2013 del Consejo Autonómico

31 ALTAS Y BAJAS COLEGALES 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.

¿Cómo está y hacia dónde va la profesión médica?

Acabamos de cumplir un año desde la toma de posesión de la nueva Junta Directiva, y creo que ha llegado el momento de hacer un primer balance tal y como prometimos en nuestra campaña electoral.

Nos encontramos un Colegio saneado económicamente, pero que tal y como prometimos pretendemos mejorar al objeto de disminuir en la medida de lo posible los gastos corrientes para disponer de una mejor economía, que redunde en uno de nuestros principales objetivos, que como sabéis es mejorar las cuantías económicas de las becas y en general de todo aquello relacionado con la formación continuada. En cumplimiento de este objetivo, aumentamos la partida presupuestaria dedicada a la Formación hasta 30.000 euros, mejorando de una forma sustancial la cuantía individual de cada beca. Todo ello conscientes de las dificultades actuales que encuentran los médicos jóvenes de encontrar financiación que les permita mejorar su formación.

Para conseguir este objetivo de disminuir los gastos corrientes, estamos intentando reducir la potencia eléctrica contratada, ya que consideramos que la actual es excesiva y se puede reducir sin afectar los servicios pero evidentemente reduciendo el gasto, del mismo modo, hemos efectuado otro estudio del servicio telefónico haciendo desaparecer algunas líneas contratadas de móviles, ya que estamos utilizando nuestras líneas privadas con terminales del Colegio, ya que estos ya estaban adquiridos anteriormente, también vamos a disminuir las líneas fijas dado que entendemos que no son necesarias todas las que había y con unas pocas y un inalámbrico se dispondrá de un servicio suficiente y mas barato que el actual, para ello hemos tenido que esperar al plazo de finalización de contratos para no ser penalizados.

También estamos negociando los alquileres que junto a los Colegios de Veterinarios y Odontólogos pagamos a AMA de los locales de Aula de formación y Biblioteca, y revisando igualmente los gastos de consumos de dichos locales.

Respecto a los seguros como sabéis, tenemos uno de socorro de fallecimiento voluntario por el que el colegiado paga actualmente 27 euros, pagando el colegio una pequeña cantidad de dos euros y pico, y ahora podemos conseguir el mismo seguro pero por solo 24 euros sin que el colegio tenga que pagar cantidad alguna, o incluso mejor de precio, ya que las negociaciones aun no están cerradas y como digo podría mejorar los 24 euros. Este seguro como sabéis se cambió, ya que sin modificar la cantidad a percibir que era y sigue siendo de 3.000 euros por defunción ahora esta cantidad se ve aumentada a 6.000 euros para los comprendidos entre 45 y 55 años y a 9.000 para los menores de 45 años, y ello porque entendíamos que los problemas para los herederos aumentan sustancialmente en el caso de fallecimiento de un médico joven ya que los mas mayores, lógicamente disponen de una mejor situación económica y además no los perjudicamos ya que reciben la misma cantidad que recibieron siempre. Estamos ahora pendientes de otro seguro que asumirá íntegramente el Colegio, ya que por un euro por colegiado se aumentaría en caso de defunción por accidente de circulación la cantidad en otros 3.000 euros en todos los casos y edades, lo que sin ser cantidades muy cuantiosas si supondría una evidente ayuda

a unos costos muy baratos.

También queremos hacer una reflexión sobre el Patronato de Huérfanos, contribución que como sabéis es voluntaria, pero que es sin duda una de las mejores cosas de que disponemos los Médicos, ya que por una pequeña cantidad todos contribuimos a la solución parcial de los problemas de los descendientes de los compañeros fallecidos, y nos preocupa que algunos compañeros estén dándose de baja con la consideración de que sus hijos ya son mayores y por lo tanto ya no les interesa, eso evidentemente es una visión parcial y poco equitativa porque durante el período en que nuestros hijos fueron pequeños, si que nos hubiésemos beneficiado y ahora con poca solidaridad nos damos de baja. Dentro de la lógica libertad os pedimos una reflexión antes de tomar una decisión que sin duda podría perjudicar a la familia de algún compañero, familia que sin duda para todos, es nuestro mas preciado bien, y no nos preocupa ahora, como si nos encontrásemos desgraciadamente en esa situación. También debemos saber que el Patronato de Huérfanos colabora con el PAIME (Programa de Ayuda al Médico Enfermo).

Ahora quisiera analizar la situación en la que nos encontramos debido a los actuales responsables del SESCOAM. Nuestra profesión ha sido insultada y vilipendiada, hasta por el actual Consejero de Sanidad, hemos perdido mucho poder adquisitivo, y la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, nos trata mucho peor que al resto de los funcionarios, como sabéis la tasa de reposición de los compañeros que se jubilan no llega ni al 10%, con lo que cada día somos menos para realizar más trabajo, con lo que las listas de espera se disparan y se adoptan medidas como mandar a los enfermos a operarse, dándose situaciones de riesgo para los pacientes y de una incomodidad intolerable, pacientes que salen de su domicilio en la sierra para volver en ayunas después de una anestesia sin un mal calmante, para acabar llegando a su domicilio a la 1 del día siguiente en una ambulancia con varios pacientes, sin intimidad, ni ningún personal médico o enfermero que les acompañe. También solo el Juzgado impidió que se cerrasen puntos de atención continuada en la sierra en sitios donde el paciente es al único servicio médico al que puede recurrir. Denunciamos esto en Ruedas de Prensa pero es intolerable el desprecio de la Administración tanto hacia los pacientes como a nosotros.

Hemos perdido el 5% de la masa salarial Mayo 2010 y recorte del 45% de la paga extra (sueldo base) Febrero 2012, 15% de las guardias (Atención Continuada), Supresión del incremento a partir de la quinta guardia, 50% de reducción en los módulos de atención continuada para los mayores de 55 años Agosto 2012, Reducción del 3% del salario bruto a todos excepto a los que hacen guardias, Supresión Paga Extra de Navidad.

Todo ello junto con las sucesivas congelaciones salariales, junto con el incremento de 10 horas mensuales en jornada de tarde.

Como veis desconsideración máxima con la clase Médica. Ya os informaremos de lo que nos afecte de la nueva Ley de Colegios Profesionales.

Bueno, pero a pesar de todo lo relatado os deseamos desde la Junta Directiva unas Felices Navidades a vosotros y a vuestros familiares deseando también que el año próximo sea un poco mejor.

www.comalbacete.net se vuelve más clara, funcional y atractiva

• **CLARIDAD, ACCESIBILIDAD Y FUNCIONALIDAD. CON ESTA FINALIDAD, LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE HA MODIFICADO LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD COLEGIAL CON EL FIN DE QUE SEA FÁCILMENTE NAVEGABLE, ÚTIL Y ATRACTIVA.**

La anterior web data del año 2006. Visualmente anticuada y carente de contenidos actualizados, se ha lanzado una nueva interfaz en la que se ha evitado la sobrecarga gráfica. Se busca la sencillez, promoviendo la navegación intuitiva, a través de contenidos que sean realmente de interés para el colegiado, con una organización clara y concreta que evite la sobrecarga de información, poco útil al usuario.

Entre los contenidos más novedosos y que más se van a impulsar desde la Junta de Gobierno, destacan la sección "Actualidad", dividida en noticias generales y noticias que atañen directamente al colegiado.

Se ha incluido además la sección "Servicios" donde, entre otras utilidades de interés, se detalla qué es el PAIME, el Patronato de Huérfanos, y se informa sobre los convenios de los que se podrá beneficiar el Colegiado.

Se ha añadido una "Agenda" donde se visualizarán todos los eventos relevantes.

La sección "Formación" se ha reorganizado de

una manera funcional donde se incluyen todos los cursos formativos del Colegio de Médicos de Albacete, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, cursos y congresos a nivel nacional e internacional y un apartado para becas, concursos y premios.

Además se digitalizarán todas las entregas de la Revista del Colegio de Médicos de Albacete; las ofertas de empleo a nivel provincial, nacional e internacional y todos los documentos descargables que faciliten los diversos trámites del colegiado.

En la zona Privada, se ha incluido un Tablón de anuncios que cubra las necesidades de oferta y demanda entre colegiados.

Se ha incluido una sección "Enlaces" de interés para ciudadanos y profesionales de la salud.

Pero, los contenidos no se detienen aquí. Es intención de la Junta de Gobierno incluir nuevas secciones más adelante.

Con la nueva web, se pretende prestar espe-

The screenshot displays the website's interface. At the top, there is a header with the logo of the Colegio Oficial de Médicos de Albacete and contact information. Below the header is a navigation menu with buttons for Inicio, Colegio, Actualidad, Servicios, Agenda, Formación, Empleo, Tablón, Revista, Publicaciones, and Enlaces. The main content area is titled "Publicaciones" and lists several recent publications with their dates and titles. On the right side, there is a sidebar with a calendar for November 2014, a section for "Próximos eventos", and an "Empleo" section with a "JOB" button.

cial atención a la actualidad informativa, docente y administrativa.

Estamos abiertos a nuevas ideas que nos ayuden a optimizar e implementar progresivamente

la web.

La web se mantendrá en un estado de renovación permanente en función de las necesidades del colegiado.



La nueva página web del Colegio de Médicos está compuesta por:

- Una **Página inicial** (Home) con cabecera animada, menú de navegación con enlaces al resto de secciones, cuerpo principal con información destacada, iconos y enlaces a la Social Media, apartado para noticias generadas en la Web de COMA en Facebook, banner publicitarios, pie de página con datos de contacto, avisos legales y otras cuestiones relativas al cumplimiento de la LSSI y la LOPD y especificaciones técnicas de los desarrollos.
- Sección de **Información corporativa**, conteniendo la descripción sobre el Colegio, breve historia, imágenes de instalaciones, servicios que ofrece, código deontológico, colegiados, colegiación, etc.
- Sección de **empleo**, para todas las ofertas que recibe el colegio.
- Sección de **docencia**, para toda la oferta formativa del colegio.
- Sección de **publicaciones**, para la publicación de documentación de ámbito público.
- Sección de **revista**, para la revista colegial en un formato digital, dentro de portal. ISSU®.
- Sección de **noticias**, con difusión en la Social Media.
- Sección de **agenda**, para comienzo de cursos, ferias, congresos, inauguraciones, reuniones o cualquier otro tipo de eventos.
- Sección de **banners** publicitarios, para toda la información puntual a destacar. (PAIME, ventanilla única, biblioteca virtual, OMC, AMA, Mutual Médica, Webmail, etc.).
- Sección de **módulos** para la administración de la portada del portal por parte del administrador.
- Área privada para colegiados.
- Tablón de anuncios.
- Noticias a colegiados.
- Becas, concursos, convocatorias.
- Alquiler/venta. Anuncios.
- **Intranet**, con registro de usuarios autorizados, para insertar documentación, normativa, circulares o convenios. Con diferentes roles de acceso. Administración, solo lectura, estudiantes, registro del uso. etc.

Juicio contra el SESCAM por el traslado forzoso de 70 especialistas a Villarrobledo y Almansa

La Asociación AFESALBA reclama “revertir el proceso de reordenación”

El pasado 23 de Septiembre se celebró en los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Toledo, el juicio por la denuncia interpuesta por la Asociación de Facultativos Especialistas de Albacete, AFESALBA, contra el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) por las posibles irregularidades cometidas en el proceso de desplazamiento forzoso de 70 facultativos, cuya plaza fue obtenida mediante concurso oposición público de empleo en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, a los Hospitales de Almansa y Villarrobledo previo a la creación de sus respectivas GAIs.

Este traslado de facultativos se ha llevado a cabo por parte de la Gerencia del SESCAM, incumpliendo la normativa que regula la reordenación de personal dentro de las Administraciones Públicas, según la denuncia.

El presidente de la Asociación, Daniel Jiménez Segura, explicó que el SESCAM no presentó una documentación que se le había solicitado después de dos años y el juez decidió hacer una nueva vista. De los argumentos que presentó, dos fueron desestimados en Sala y “estamos pendiente del tercero”, que grosso modo, decía, “que ellos habían hecho las cosas en plazo”.

La historia de esta denuncia se fraguó cuando el Sescam, “con la intención de privatizar los hospitales periféricos de Almansa y Villarrobledo”, aprobó un traslado forzoso donde, según el presidente de AFESALBA, no se cumplían los plazos que marca la Ley. “Tiene que haber, primero una justificación que se tiene que aprobar y negociar con los sindicatos; después publicarla y por último ponerla en marcha, pero no se hizo así, sino que primero nos reordenaron y casi ocho meses después, justificaron”.

Los asociados de la demandante AFESALBA, después de ingresar por concurso-oposición en el SESCAM, mediante las Ofertas de Empleo Público de 2006 a 2009, obtuvieron su plaza en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Esta Área de Salud, conforme a la Orden de la Consejería de Sanidad de 27/07/2006, prevé la gestión unitaria e integrada de la actividad sanitaria de atención especializada en el ámbito del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, del Hospital General de Almansa y del Hospital general de Villarrobledo.

La expresada gestión unitaria e integral de Almansa y Villarrobledo dentro del Área Especializada de Albacete quedó regulada mediante un pacto fin de huelga suscrito por la Administración sanitaria y los sindicatos, con valor jurídico, en Mayo de 2007. Según dicho documento, los facultativos desplazados de manera no voluntaria a los hospitales periféricos realizarían al menos un veinte por cien-

to de su actividad ordinaria en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, para asegurar su derecho-deber a la formación continuada y una correcta cobertura de las necesidades de los tres centros.

Sin embargo por la resolución de 24/08/2012, de la Dirección Gerencia del SESCAM, se convocó de manera unilateral y sin negociación previa, un procedimiento de reordenación organizativa de los facultativos especialistas de Área de Atención Especializada de Albacete en el Hospital General de Almansa y en el Hospital General de Villarrobledo, donde “de manera primero voluntaria y luego forzosa se obliga a los profesionales a trabajar de manera única y exclusiva en los hospitales periféricos”.

Contra dicha resolución, AFESALBA interpuso recurso de reposición solicitando su nulidad, recurso que fue desestimado en Octubre de 2012 y de lo cual deriva el actual recurso contencioso-administrativo.

Tras esta reordenación forzosa y habiendo sido ya desplazados los facultativos a los hospitales de Almansa y Villarrobledo, sin posibilidad de realizar actividad en centro distinto al adscrito, se publicó en el DOCM de 10 de Diciembre de 2012 una nueva resolución de la Dirección de Gerencia del SESCAM, por la que se adjudicaban definitivamente los destinos del procedimiento de la convocatoria realizada por la Resolución de 24/08/2012, siendo esta nueva resolución también, objeto de impugnación por AFESALBA.

Además la convocatoria impugnada no fue precedida de la aprobación de un Plan de ordenación de los recursos humanos que justificase tal adscripción, convenientemente publicado, o en su caso, notificado según preceptúa el artículo 13.2 del estatuto Marco. Plan de ordenación que todavía no existía a fecha 31 de Diciembre de 2012.

Por lo tanto la Orden de diciembre de 2012 vendría a confirmar, que las Resoluciones recorridas no buscan otra finalidad que conseguir, sin cumplir todas y a cada una de las exigencias legales, modificar el nombramiento de los recurrentes sin garantizar los derechos que del mismo dimanar, por lo que las Resoluciones recorridas estarían incurriendo en un supuesto fraude de Ley.

La Asociación reclama la ilegalidad del traslado forzoso y volver a la situación anterior, con plaza en el CHUA; “no nos negamos a desplazarnos a estos hospitales periféricos pero en las condiciones que se marcaron en el pacto de fin de huelga, esto es, un mínimo de horas trabajadas en Albacete, en un hospital de primer nivel, y otras en los otros centros, además de unas condiciones económicas”, entre otras. “Revertir el proceso de reordenación”, en definitiva.

Actualmente hay 70 profesionales afectados.

Curso de introducción a la Bioética

Comité de ética asistencial del área de salud de Albacete
Colegio Oficial de Médicos de Albacete

INTRODUCCION

Actualmente, los profesionales de la salud no podemos plantearnos los retos a los que nos enfrentamos en nuestra actividad cotidiana, como sencillamente técnicos en el más puro concepto positivista. El concepto de buen profesional, ya no coincide con el que desarrolla sus habilidades de forma precisa, sino con el que, sin desdeñar esa corrección técnica, anexiona a su quehacer las nuevas dimensiones que se reconocen hoy en la atención a la salud. Por tanto, se hace imprescindible la contribución de las disciplinas humanísticas para equilibrar, lo más acertadamente posible, las decisiones que se toman y especialmente la evaluación de sus consecuencias.

Dicha premisa, supone un esfuerzo de readaptación, puesto que como expresa Diego Gracia: “El planteamiento positivista, de que lo único importante son los llamados saberes científicos y técnicos, esto es, aquellos que se atienen exclusivamente a lo que Auguste Comte denominó el régimen de los hechos, dejando de lado los sentimientos, creencias y valores, ha sido la tesis clásica predominante”.

OBJETIVOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD

- Adquirir conocimientos básicos sobre bioética.
- Aprender a reconocer conflictos bioéticos y su análisis básico.
- Ayudar a los distintos profesionales que intervienen en el proceso asistencial a afrontar qué implica el principio de autonomía, la confidencialidad y la intimidad en su trabajo diario.
- Generar inquietudes y promover iniciativas para mejorar el cambio de la relación asistencial paternalista a la de la cultura del principio de la autonomía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ACTIVIDAD

- Diferenciar entre derecho, ética y moral.

- Principios que rigen la bioética.
- Método de resolución de conflictos en bioética.
- Adquirir conocimientos que nos permitan diferenciar entre responsabilidad legal y ética de los distintos profesionales sanitarios.
- Adquirir conocimientos básicos sobre qué se considera información sanitaria y documentación clínica y los principios que la protegen.
- Analizar la visión de los distintos individuos implicados en la relación asistencial: paciente, familiares/allegados y profesionales sanitarios.
- Reconocer el valor de la comunicación y la entrevista clínica como herramientas para navegar en la relación asistencial.
- Definir las nuevas relaciones entre la Bioética y las Nuevas Tecnologías.

PROGRAMA del CURSO DE INTRODUCCIÓN A LA ÉTICA ASISTENCIAL

Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Albacete

Día	Horario	Contenido	Profesorado
27 NOVIEMBRE	17:00-20:30	JORNADA DE BIOÉTICA. Palacio de la Diputación de Albacete	COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DE ALBACETE
2 DICIEMBRE	16:00-17h	ENTREGA DE DOCUMENTACION. INTRODUCCION AL CURSO. OBJETIVOS. EXPECTATIVAS DE LOS ALUMNOS.	Dr F Javier Lucas
	17-18h	ORÍGENES DE LA BIOÉTICA. DEFINICIÓN Y CONTENIDOS.	Dr F Javier Lucas
	18-19h	COMITES DE ETICA ASISTENCIAL.	Dra Ana Navarro.
	19-21h	CASO PRÁCTICO.	Dra Ana Navarro Dr F Javier Lucas
4 DICIEMBRE	16:00-17h	LA LEY 41/2002: INTRODUCCIÓN. HISTORIA CLINICA. INFORMACION SANITARIA.	Dn Carlos García
	17-18h	CONSENTIMIENTO INFORMADO.	Dn Carlos García
	18-19h	CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.	Dr Marcelino Requena
	19-21h	VOLUNTADES ANTICIPADAS. CASO PRÁCTICO	Dr Marcelino Requena
9 DICIEMBRE	16:00-17:15h	ASPECTOS ETICOS EN EL PRINCIPIO DE LA VIDA: Reproducción humana y aborto.	Dra María Dolores Díaz
	17:15-18h	CUESTIONES ÉTICAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA A MENORES.	Dr Miguel Lillo
	18-19h	ETICA Y TRASPLANTES	Dr F Javier Lucas
	19-21h	BIOÉTICA EN ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS. CASO PRÁCTICO	Dr F Javier Lucas
11 DICIEMBRE	16:00-18h	RESPONSABILIDAD SANITARIA	Dn Salvador Jiménez
	18-18:30h	LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS.	Dr José Luis Cortés
	18:30-19:15h	LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN PATOLOGÍAS CRONICAS NO ONCOLOGICAS	Dra Raquel Pardo
	19:15-20h	ASPECTOS ETICOS EN LA MEDICINA PALIATIVA	Dra Cristina Nerín
	19:15-21h	CASO PRÁCTICO	Dra Cristina Nerín Dra Raquel Pardo

LUGAR: Aulas del Colegio de Médicos de Albacete • HORA: 16:30

Foro de Médicos de Atención Primaria

- *EL FORO DE MÉDICOS DE AP MANIFIESTA SU INDIGNACIÓN Y HARTAZGO ANTE LAS CONDICIONES EN EL EJERCICIO DEL 1.ER NIVEL ASISTENCIAL. ANUNCIAN UNAS JORNADAS NACIONALES PARA PLANTEAR MEDIDAS DE PRESIÓN.*
- *LOS MÉDICOS DE AP DENUNCIAN Y RECHAZAN DIVERSOS ASPECTOS NEGATIVOS DEL RD 625/2014 DE GESTIÓN Y CONTROL EN LOS PROCESOS DE IT. EXIGEN RECTIFICACIONES AL MINISTERIO DE TRABAJO E INSS Y PLANTEAN MEDIDAS DE ACTUACIÓN URGENTES.*
- *SMART PROJECT 2013: EL ACCESO Y EL USO DE LA SANIDAD ELECTRÓNICA BÁSICA EN LA CONSULTA DE LOS MG/MF, SE HA CONVERTIDO EN CASI UNIVERSAL EN TODOS LOS PAÍSES DE LA UE (97%).*
- *LA APLICACIÓN DE LA SANIDAD ELECTRÓNICA (TICS Y E-HEALTH) EN LA CONSULTA DE LOS MG/MF EN ESPAÑA ESTÁ POR ENCIMA DE LA MEDIA DE LA UE 27 Y DE LA MEDIA DE LOS SNS Y SISTEMAS DE SS EN EUROPA.*

El Foro de Médicos de Atención Primaria, en el que están integradas todas las organizaciones que representan a más de 80.000 médic@s que trabajan en el primer nivel asistencial en España, consideran que la nueva regulación de la gestión y control de los procesos por Incapacidad Temporal (IT) mediante la entrada en vigor el pasado día 1 de Septiembre del RD 625/2014, genera muchas dudas y adolece de errores esenciales que han detallado en un comunicado al efecto y que rechazan argumentadamente en los siguientes apartados:

- Incorporación de nuevos datos a los partes IT que complican la tramitación y no aportan beneficios para pacientes, profesionales ni administración.
- Confusión con el sistema de tramos de IT y su difícil aplicación práctica. Ausencia de consenso en los estándares de duración de la IT.
- Aumento de burocracia y presión sobre el Sistema Nacional de Salud.
- El RD 625/2014 a entrado en vigor el pasado día 1 de Septiembre en una parte “ínfima” (reducción de plazos y procesos de IT), ya que el resto queda contemplado “sine die” en su aplicación (sistemas de gestión, administrativo y aplicación práctica). Por todo ello, emplazamos a las Autoridades del Ministerio del Trabajo para que reconduzcan, a la mayor brevedad, los problemas que van a generarse, aclarando dudas sobre el RD y subsanando muchos de los errores

observados en el mismo.

Así lo han puesto de manifiesto todos los representantes de las organizaciones integradas en este Foro de Médicos de AP: la Organización Médica Colegial (OMC), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

En el excelente marco del Foro de Médicos de AP se ha presentado asimismo el resultado del estudio patrocinado por la Comisión Europea, denominado SMART Project 2013, en el que se ha realizado un “Análisis comparativo de la aplicación de la sanidad electrónica (TICS y e-health) entre los médicos Generales y de Familia de 31 países (UE27+4), y los resultados para España en el que ha participado la OMC a través de la Unión Europea de Médicos Generalistas (UEMO).

RESULTADOS SMART PROJECT 2013

Se trata de un estudio llevado a cabo entre 2012 y 2013, y publicados sus resultados a mediados del presente ejercicio 2014, en el que ha colaborado la Organización Médica Colegial a través de la Unión Europea de Médicos Generalistas, una organización que representa un colectivo de

500.000 médicos Generales y de Familia de 27 países europeos, que han participado en este estudio.

En España, la encuesta ha contado con el apoyo de la red de las tres vocalías Nacionales de Atención Primaria Rural, Urbana y de Administraciones Públicas de la Organización Médica Colegial.

La encuesta muestra que el acceso y el uso de la sanidad electrónica básica en la consulta (ordenador y acceso a internet y uso de dispositivos móviles) se ha convertido en casi universal en todos los países (97% de la muestra) y que, a pesar de que se ha progresado con respecto al estudio realizado en 2007, la existencia de sistemas de e-Salud en Atención Primaria se limita al intercambio de información clínica, los registros electrónicos de salud, la tele-salud y los registros clínicos personales.

La encuesta recopila datos e indicadores necesarios para describir los aspectos más importantes de la situación; hacer un análisis comparativo de los datos por países en base a cuatro indicadores: los registros electrónicos de salud (EHR), el intercambio de información clínica (HIE), la tele-salud (TH) y registros clínicos personales (PHR), así como analizar los principales impulsores de la adopción de las TIC e identificar los factores que pueden adoptar / potencial en inhibir / rechazar el uso de estas tecnologías aplicadas.

DE LOS RESULTADOS PARA ESPAÑA:

- Sobre el uso de Registros electrónicos de salud, más del 90% de los MG/MF utiliza habitualmente parámetros médicos básicos (motivo de la consulta, notas clínicas, diagnóstico, tratamiento, prescripción,...); del 55-59% declaran usar habitualmente parámetros como interacciones de fármacos, contraindicaciones, pautas para la buena práctica clínica, alertas, etc.), mientras que menos del 10% lo hacen para finanzas o facturación.

- Sobre el intercambio de Información clínica / de salud, que les permiten transferir, compartir y habilitar datos clínicos del paciente electrónicamente, destacan los datos de citas a pacientes (86%) o la interacción con pacientes por e-mail (86%), volantes de derivación (55%), prescripción a farmacia (46%), intercambiar datos con otros profesionales, recibir informes (45%). En la subdimensión de "Gestión" es el único indicador en el que estamos por debajo de la UE 27, UE 27+4 y NHS.

- En cuanto a la tele-salud (sanidad a distancia), lo que más utilizan los profesionales es para la formación, educación y consultas con otros profesionales sanitarios (70%), pero menos del (38%) de los médicos generalistas ofrecen a sus pacientes la posibilidad del uso de dispositivos para consultas eHealth, y menos del (16%) realizan consultas electrónicas con especialistas.

- Sobre la utilización de registros clínicos personales para que los pacientes tengan acceso o uso en línea a través de los sistemas TICs y puedan pedir cita, renovación o prescripciones, ver sus datos clínicos y resultados de pruebas, solo destaca el uso para pedir cita (51% lo hace habitualmente), solicitar derivación (41%), renovación de prescripciones (61%), mientras que del resto de parámetros, más del 80% no los utiliza.

De los MG/MF españoles, la encuesta muestra que en utilización de Registros electrónicos e intercambio de información clínica / de salud; están por encima de la media de los médicos europeos, UE 27, UE 27+4 y NHS. Lo mismo ocurre con el intercambio de información clínica que está muy por encima de las medias, salvo en gestión. Los médicos generalistas españoles destacan también en el uso de tele-salud que están por encima de los países de la UE.

En general, en todos estos 31 países, el 93% de los médicos de Familia disponen de alguna forma básica de registro electrónico de salud, pero las aplicaciones más avanzadas están menos extendidas. Según este estudio, el nivel de implantación se ve influido por las características y actitudes individuales de los médicos, así como por las circunstancias concretas de cada país, y por la percepción de las repercusiones y de las barreras.

La mayoría de los médicos generales ponen más énfasis en las barreras que en los beneficios y consideran la falta de incentivos económicos y recursos (79%), la escasa interoperabilidad de los sistemas (73%) y la falta de un marco reglamentario en materia de confidencialidad y privacidad para la comunicación con los pacientes (71%) como las principales barreras.

Los resultados de niveles de uso muestran que aún se está lejos de alcanzar la meta y los objetivos de salud en línea, establecidos tanto en el Plan de acción sobre salud electrónica 2012 como en la Agenda Digital para Europa y que, para facilitar su implantación, son necesarios más esfuerzos.

Informe del Ministerio: Importante, complejo, necesario y mejorable

Valoración del Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la FSE entre 2009 y 2012

En primer lugar felicitar al Ministerio por hacer este estudio, sin duda muy interesante y desde luego muy complejo de realizar. Buen trabajo aunque se puede mejorar en varios aspectos para el futuro.

Sería muy interesante incorporar resultados por CCAA en ciertos aspectos como puede ser condiciones laborales, número de contratos, duración de los contratos, retribución... seguro que nos llevaríamos muchas sorpresas y se podrían tratar de corregir las faltas de equidad que puedan existir.

No se refleja en el estudio la fecha de realización y desde luego es un dato crucial, hay fechas en las que el desempleo entre los médicos baja mucho y otras en las que se dispara hasta cifras muy superiores y alarmantes.

Para algunas especialidades la muestra es claramente insuficiente: Hidrología, Medicina Legal, Cirugía Oral y Maxilofacial... hay 19 especialidades de un total de 55, en las que el error muestral supera el ± 20 y en 51 especialidades supera el ± 10 , solo en 4 especialidades el error no supera el ± 10 . Sin duda en este aspecto se puede mejorar mucho para los futuros estudios.

Igualmente el propio estudio reconoce la mayor dificultad para contactar con los especialistas que trabajan fuera de España, por lo que este dato puede ser que este infravalorado en el estudio. No concuerdan las cifras, puesto que sólo el año pasado hicieron trámites para marchar fuera de España más de 3.000 médicos y en el estudio para cuatro promociones y de todas las titulaciones hace una estimación de menos de 650 profesionales.

El estudio refleja el paulatino descenso de

la proporción de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha pasado del 24,9% al 20,1%, siendo esta especialidad la que tiene que garantizar la reposición de las muchas jubilaciones -cercanas al 50% de la plantilla- que se producirán en los próximos diez años de Médicos de Familia en Atención Primaria (una plantilla de casi 30.000) y en Servicios de Urgencias, Emergencia, Sanidad Privada... (con plantillas posiblemente de más de 10.000). Este tema merece una especial atención y estudio, no podemos olvidar que la Atención Primaria resuelve más del 90% de las demandas sanitarias de los ciudadanos y suponen más de 227 millones de consultas al año solo en la Sanidad Pública.

La tasa de desempleo del 9,1% que en el estudio se valora como muy por debajo de la media nacional, hay que ponerla en relación con las fechas en las que se ha realizado el estudio -que no la conocemos- evidentemente no es igual que la encuesta se haga en Verano, Navidad, Semana Santa... momentos en los que son necesarios más sustitutos que se haga en noviembre o febrero.



Destacar que la encuesta refleja claramente el incremento de dicha tasa en el tiempo, llegando hasta más del 13% para los egresados en 2012, sin duda como consecuencia de los drásticos recortes aplicados en Sanidad y en especial a los médicos.

Si nos fijamos por especialidad, el estudio habla de que existen 13 especialidades con pleno empleo, pero resulta que todas estas especialidades tienen un error muestral entre el +11,8 hasta el +68,7. Igual sucede con las 5 especialidades a las que el estudio les adjudica más del 25% de desempleo.

Refleja el estudio también el progresivo incremento a la hora de encontrar el primer empleo, en concreto el 17,8% ha tardado más de dos meses en encontrarlo y ese primer empleo posiblemente ha sido un contrato por horas o días, pero era el 10,4% de los que terminaron en 2009 y el 26,3% para los que terminaron en el año 2012. Lo triste de este incremento es que muy posiblemente va paralelo al incremento de las listas de espera y la masificación de las consultas en Atención Primaria. CADA VEZ TENEMOS MÁS MÉDICOS PARADOS Y MAS PACIENTES SIN ATENDER COMO SE MERECE.

En cuanto a la calidad en el empleo, la media de contratos por profesional ha sido de 6,5 y para los Médicos de 9,8. Además más del 80% han cambiado de centro o bien de contrato. LA PRECARIEDAD DEL EMPLEO QUEDA DE MANIFIESTO CLARAMENTE.

El porcentaje de empleo estable pudiera estar sobrevalorado, pues las tres especialidades que presentan mayor porcentaje tienen un error muestral importante, que llega en el caso de Medicina Legal y Forense al +68,7 y el estudio le adjudica un 100% de empleo estable. Mientras que en el extremo contrario para Microbiología y Parasitología con un error muestral del +- 17,7% levemente supera el 5%.

En cuanto a salarios, queda de manifiesto los salarios bajos que los médicos perciben en España y el estudio destaca como la Empresa Privada remunera mejor a los especialistas que la Empresa Pública. Sería interesante

para futuros estudios hacer comparaciones entre los diferentes Servicios de Salud de las CCAA.

La jornada a tiempo parcial va progresando, hasta tal punto que ha pasado del 17,2% para los egresados en 2009 a 22,2% para los egresados en el año 2012, nuevamente la crisis está afectando a la calidad en la contratación de los especialistas, puesto que no es voluntaria en el 85% de los egresados, pero aumentando también desde el 69,6% del año 2009 al 92% del año 2012. Nuevamente menos tiempo de contrato para los especialistas que repercutirá negativamente en la asistencia recibida por los ciudadanos.

El porcentaje de profesionales que salen fuera de España puede estar infravalorado por la mayor dificultad para contactar con ellos, de cualquier forma el estudio deja claro que lo hacen de forma "voluntaria" buscando mejores condiciones laborales y ante la imposibilidad de encontrar trabajo en España, sin duda los motivos de la marcha dejan muy cuestionada esa voluntariedad.

El estudio también refleja el paulatino incremento de los egresados que ya tienen otra especialidad, que ha pasado desde el 5,4% del año 2009 al 6,9% en el año 2012. Por desgracia son muchos los especialistas que ante las malas condiciones laborales optan por hacer una nueva especialidad y con ello garantizarse unos ingresos, que aunque bajos le proporcionan una estabilidad de 4 o 5 años de trabajo/formación.

En resumen es una buena iniciativa el realizar este estudio, se puede mejorar mucho y sería muy importante su realización los próximos años. Desde las Autoridades se deben tomar las medidas oportunas para proporcionar trabajo digno y estable a unos profesionales magníficamente formados que pueden solucionar muchos de los problemas y deficiencias (fundamentalmente listas de espera y masificación) que tienen nuestro aún buen Sistema Nacional de Salud.

Vicente Matas Aguilera @vicentematas

Representante Nacional de Atención Primaria Urbana de la OMC.

Las plazas MIR para 2015 se reducen de forma considerable

Castilla-La Mancha ha disminuido muy por debajo de la media, un 80% de las plazas acreditadas, el número de los residentes que se han solicitado en los últimos años y los que se van a solicitar en el siguiente.

Según podemos apreciar en los gráficos que se muestran en estas páginas, para 2015, frente a las 185 plazas acreditadas, esto es, que Castilla-La Mancha tiene capacidad de formar a 185 residentes por año (facultativos de carrera superior, donde no se incluye a la Enfermería ni a la Medicina de Familia y Comunitaria, donde se han adjudicado 10 médicos frente a los 21 acreditados), se han concedido 103. Comparando las cifras con otras Comunidades Autónomas, como Madrid, donde de las 936 adjudicadas, se van a dar 900 plazas de formación, o lo que es lo mismo, en Madrid se va a cubrir un 96,9% de todas las plazas, en Castilla-La Mancha no llega al 56%.

Por tanto, la reducción de plazas de MIR en los hospitales de Castilla-La Mancha para el próximo año va a ser del 44,3%, muy por encima de la reducción media a nivel nacional que se sitúa en el 17,64%. Pero esta reducción resulta aún más grave en el caso de

la atención primaria donde se contempla que haya un 53% menos médicos internos y residentes en nuestra comunidad autónoma, mientras que a nivel nacional la reducción media se cifra en un 27,3%.

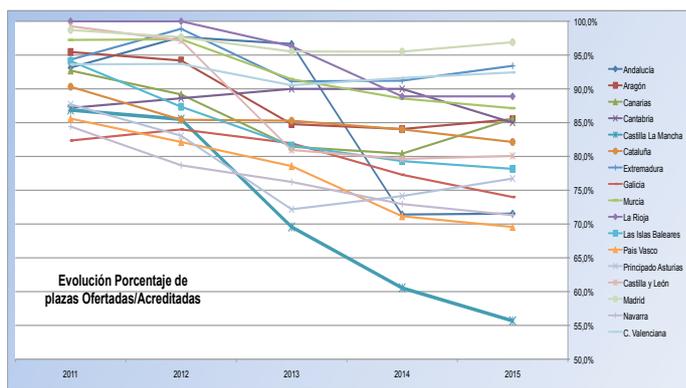
Según los expertos, la reducción no se ajusta ni a niveles de poblaciones, ni a incapacidades técnicas o de formación de las propias Unidades ni al futuro de Castilla-La Mancha. Además, existen en nuestros hospitales unidades de referencia en determinadas especialidades que recibe pacientes de otras provincias, además de que la dispersión geográfica se multiplica si se concentran en Albacete determinadas unidades referentes. La explicación parece ser que es un criterio economicista pero, se preguntan los expertos, porqué es tan distinto ese criterio si miramos a otras CCAA.

El gráfico de las plazas ofertadas con respecto a la población, sitúa a Castilla-La Mancha por debajo de la media. Son 0,4 plazas x10.000 habitantes; por encima del 0,8 están la mayoría de las Comunidades Autónomas, excepto Andalucía, Islas Baleares y la nuestra; Navarra, Madrid y Cantabria, sobresalen del resto.

CCAA	2015-2016				Dif año previo	2014-2015				Dif año previo
	Acreditadas	Ofertadas	% Ofe/Acre			Acreditadas	Ofertadas	% Ofe/Acre		
Andalucía	745	533	71,5%		745	532	71,4%		-25,2%	
Aragón	138	118	85,5%	0,1%	138	116	84,1%	-1,4%	-0,7%	
Canarias	194	166	85,6%	5,2%	194	156	80,4%	-5,0%	-1,0%	
Cantabria	80	68	85,0%	-5,0%	80	72	90,0%	0,0%	0,0%	
Castilla La Mancha	185	103	55,7%	-4,9%	185	112	60,5%	-1,9%	-9,0%	
Cataluña	795	653	82,1%	2,2%	844	709	84,0%	-3,3%	-1,3%	
Extremadura	91	85	93,4%	0,0%	91	83	91,2%	0,0%	0,1%	
Galicia	273	202	74,0%	-1,4%	273	211	77,3%	-1,1%	-4,7%	
Murcia	140	122	87,1%	0,0%	140	124	88,6%	-1,4%	-2,9%	
La Rioja	27	24	88,9%	0,0%	27	24	88,9%	0,0%	-7,4%	
Las Islas Baleares	87	68	78,2%	-1,1%	87	69	79,3%	-1,1%	-2,3%	
Pais Vasco	253	176	69,6%	-1,6%	253	180	71,1%	0,0%	-7,4%	
Principado Asturias	116	89	76,7%	2,6%	116	86	74,1%	0,4%	2,0%	
Castilla y León	276	221	80,1%	0,4%	275	219	79,6%	0,4%	-1,3%	
Madrid	936	907	96,9%	1,4%	936	894	95,5%	0,0%	0,0%	
Navarra	122	87	71,3%	-1,6%	122	89	73,0%	0,0%	-3,3%	
C. Valenciana	489	452	92,4%	0,8%	489	448	91,6%	0,0%	1,1%	
TOTAL	4947	4074	82,4%	-0,2%	4995	4124	82,6%	-0,2%	-5,2%	

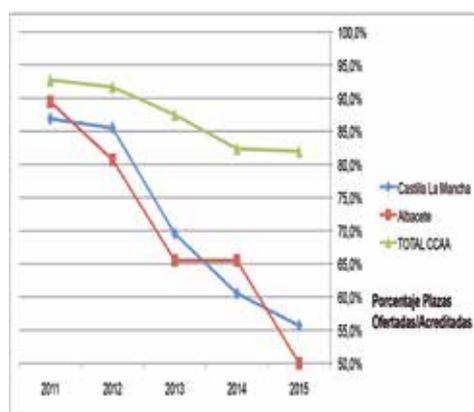
CCAA	2013-2014				Dif año previo	2012-2013				Dif año previo
	Acreditadas	Ofertadas	% Ofe/Acre			Acreditadas	Ofertadas	% Ofe/Acre		
Andalucía	747	722	96,7%		816	797	97,7%		4,5%	
Aragón	138	117	84,8%	-1,0%	155	146	94,2%	-9,4%	-1,3%	
Canarias	194	158	81,4%	-7,7%	194	173	89,2%	-1,4%	-3,5%	
Cantabria	80	72	90,0%	1,4%	79	70	88,6%	1,4%	1,4%	
Castilla La Mancha	184	128	69,6%	-15,9%	200	171	85,5%	-0,1%	-1,4%	
Cataluña	843	719	85,3%	-0,1%	865	739	85,4%	-7,8%	-4,9%	
Extremadura	90	82	91,1%	0,0%	90	89	98,9%	0,0%	4,6%	
Galicia	277	227	81,9%	-2,1%	275	231	84,0%	-5,9%	1,6%	
Murcia	140	128	91,4%	-3,7%	150	146	97,3%	0,0%	0,1%	
La Rioja	27	26	96,3%	-5,7%	27	27	100,0%	0,0%	0,0%	
Las Islas Baleares	87	71	81,6%	-3,6%	87	76	87,4%	-2,5%	-6,8%	
Pais Vasco	252	198	78,6%	-10,9%	252	207	82,1%	-2,1%	-3,5%	
Principado Asturias	115	83	72,2%	-16,2%	124	103	83,1%	-2,1%	-4,6%	
Castilla y León	273	221	81,0%	-2,1%	280	272	97,1%	-2,5%	-2,1%	
Madrid	939	897	95,5%	-2,5%	1019	995	97,6%	-3,2%	-1,1%	
Navarra	122	93	76,2%	0,0%	122	96	78,7%	0,0%	-5,7%	
C. Valenciana	486	440	90,5%	0,0%	476	446	93,7%	0,0%	0,1%	
TOTAL	4994	4382	87,7%	-4,1%	5211	4784	91,8%	-3,2%	-1,0%	

CCAA	2011-2012		
	Acreditadas	Ofertadas	% Ofe/Acre
Andalucía	803	748	93,2%
Aragón	154	147	95,5%
Canarias	192	178	92,7%
Cantabria	78	68	87,2%
Castilla La Mancha	198	172	86,9%
Cataluña	857	774	90,3%
Extremadura	88	83	94,3%
Galicia	272	224	82,4%
Murcia	145	141	97,2%
La Rioja	27	27	100,0%
Las Islas Baleares	85	80	94,1%
Pais Vasco	250	214	85,6%
Principado Asturias	122	107	87,7%
Castilla y León	274	272	99,3%
Madrid	1013	1000	98,7%
Navarra	122	103	84,4%
C. Valenciana	470	440	93,6%
TOTAL	5150	4778	92,8%



CCAA	2015-2016				2014-2015				2013-2014			
	Acreditadas	Ofertadas	% Oferte/Acre	Dif año previo	Acreditadas	Ofertadas	% Oferte/Acre	Dif año previo	Acreditadas	Ofertadas	% Oferte/Acre	Dif año previo
Andalucía	745	533	71,5%	0,1%	745	532	71,4%	-25,2%	747	722	96,7%	-1,0%
Aragón	138	118	85,5%	1,4%	138	116	84,1%	-0,7%	138	117	84,8%	-9,4%
Canarias	194	166	85,6%	5,2%	194	156	80,4%	-1,0%	194	158	81,4%	-7,7%
Cantabria	80	68	85,0%	-5,0%	80	72	90,0%	0,0%	80	72	90,0%	1,4%
Castilla La Mancha	185	103	55,7%	-4,9%	185	112	60,5%	-9,0%	184	128	69,6%	-15,9%
Albacete	58	29	50,0%	-15,5%	58	38	65,5%	0,0%	58	38	65,5%	-15,2%
Cataluña	795	653	82,1%	-1,9%	844	709	84,0%	-1,3%	843	719	85,3%	-0,1%
Extremadura	91	85	93,4%	2,2%	91	83	91,2%	0,1%	90	82	91,1%	-7,8%
Galicia	273	202	74,0%	-3,3%	273	211	77,3%	-4,7%	277	227	81,9%	-2,1%
Murcia	140	122	87,1%	-1,4%	140	124	88,6%	-2,9%	140	128	91,4%	-5,9%
La Rioja	27	24	88,9%	0,0%	27	24	88,9%	-7,4%	27	26	96,3%	-3,7%
Las Islas Baleares	87	68	78,2%	-1,1%	87	69	79,3%	-2,3%	87	71	81,6%	-5,7%
Pais Vasco	253	176	69,6%	-1,6%	253	180	71,1%	-7,4%	252	198	78,6%	-3,6%
Principado Asturias	116	89	76,7%	2,6%	116	86	74,1%	2,0%	115	83	72,2%	-10,9%
Castilla y León	276	221	80,1%	0,4%	275	219	79,6%	-1,3%	273	221	81,0%	-16,2%
Madrid	936	907	96,9%	1,4%	936	894	95,5%	0,0%	939	897	95,5%	-2,1%
Navarra	122	87	71,3%	-1,6%	122	89	73,0%	-3,3%	122	93	76,2%	-2,5%
C. Valenciana	489	452	92,4%	0,8%	489	448	91,6%	1,1%	486	440	90,5%	-3,2%
TOTAL CCAA	5005	4103	82,0%	-0,4%	5053	4162	82,4%	-5,1%	5052	4420	87,5%	-4,2%

CCAA	2012-2013				2011-2012		
	Acreditadas	Ofertadas	% Oferte/Acre	Dif año previo	Acreditadas	Ofertadas	% Oferte/Acre
Andalucía	816	797	97,7%	4,5%	803	748	93,2%
Aragón	155	146	94,2%	-1,3%	154	147	95,5%
Canarias	194	173	89,2%	-3,5%	192	178	92,7%
Cantabria	79	70	88,6%	1,4%	78	68	87,2%
Castilla La Mancha	200	171	85,5%	-1,4%	198	172	86,9%
Albacete	57	46	80,7%	-8,8%	57	51	89,5%
Cataluña	865	739	85,4%	-4,9%	857	774	90,3%
Extremadura	90	89	98,9%	4,6%	88	83	94,3%
Galicia	275	231	84,0%	1,6%	272	224	82,4%
Murcia	150	146	97,3%	0,1%	145	141	97,2%
La Rioja	27	27	100,0%	0,0%	27	27	100,0%
Las Islas Baleares	87	76	87,4%	-6,8%	85	80	94,1%
Pais Vasco	252	207	82,1%	-3,5%	250	214	85,6%
Principado Asturias	124	103	83,1%	-4,6%	122	107	87,7%
Castilla y León	280	272	97,1%	-2,1%	274	272	99,3%
Madrid	1019	995	97,6%	-1,1%	1013	1000	98,7%
Navarra	122	96	78,7%	-5,7%	122	103	84,4%
C. Valenciana	476	446	93,7%	0,1%	470	440	93,6%
TOTAL CCAA	5268	4830	91,7%	-1,1%	5207	4829	92,7%



CCAA	2015-2016		2014-2015		2013-2014		2012-2013	
	Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas
Andalucía	745	533	745	532	747	722	816	797
Aragón	138	118	138	116	138	117	155	146
Canarias	194	166	194	156	194	158	194	173
Cantabria	80	68	80	72	80	72	79	70
Castilla La Mancha	185	103	185	112	184	128	200	171
Cataluña	795	653	844	709	843	719	865	739
Extremadura	91	85	91	83	90	82	90	89
Galicia	273	202	273	211	277	227	275	231
Murcia	140	122	140	124	140	128	150	146
La Rioja	27	24	27	24	27	26	27	27
Las Islas Baleares	87	68	87	69	87	71	87	76
Pais Vasco	253	176	253	180	252	198	252	207
Principado Asturias	116	89	116	86	115	83	124	103
Castilla y León	276	221	275	219	273	221	280	272
Madrid	936	907	936	894	939	897	1019	995
Navarra	122	87	122	89	122	93	122	96
C. Valenciana	489	452	489	448	486	440	476	446
TOTAL	4947	4074	4995	4124	4994	4382	5211	4784

CCAA	2011-2012		Población*	Tasa Ofertadas 2015/Población**
	Acreditadas	Ofertadas		
Andalucía	803	748	8390723	0,635
Aragón	154	147	1331943	0,886
Canarias	192	178	2114989	0,785
Cantabria	78	68	587686	1,157
Castilla La Mancha	198	172	2076833	0,496
Cataluña	857	774	7411869	0,881
Extremadura	88	83	1096951	0,775
Galicia	272	224	2747207	0,735
Murcia	145	141	1461876	0,835
La Rioja	27	27	314829	0,762
Las Islas Baleares	85	80	1115374	0,610
Pais Vasco	250	214	2166184	0,812
Principado Asturias	122	107	1058976	0,840
Castilla y León	274	272	2495765	0,886
Madrid	1013	1000	6368706	1,424
Navarra	122	103	636629	1,367
C. Valenciana	470	440	4963027	0,911
TOTAL	5150	4778	46507760	0,876



Entrevista a Llanos Montero Acebal y Esther Cambronero Cortinas

EE.UU. y Madrid, experiencias profesionales de dos médicas becadas por el Colegio

Seguimos en este número conociendo las experiencias profesionales y vivencias personales experimentadas por los profesionales que solicitaron una beca de formación del Colegio Oficial de Médicos de Albacete para realizar estancias en centros de nuestro ámbito nacional y de fuera de España.

En esta ocasión, conocemos las historias de María Llanos Montero Acebal y Esther Cambronero Cortinas. La primera es Licenciada en Medicina por la U.C.L.M. (Universidad de Castilla-La Mancha) en la Facultad de Medicina de Albacete, finalizando sus estudios en junio de 2009. Desde mayo de 2010 y actualmente trabaja en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, en el servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, como residente quinto año (R5).

Esther Cambronero terminó la residencia en Cardiología el año pasado. Actualmente se encuentra trabajando desde hace diez meses en el Hammersmith Hospital. Antes de llegar a Inglaterra, concretamente a Londres, estuvo contratada 4 meses en la Sección de Imagen del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; y otros 4 meses en Congénitas.

Para ambas, las experiencias profesionales han sido muy gratificantes y enriquecedoras

1.- ¿Qué hospital eligieron para profundizar su formación?

María Llanos Montero Acebal: Elegí el Departamento de Cirugía Plástica de dos centros pertenecientes a la misma unidad docente (University of South Florida – USF): el Tampa General Hospital, y el Moffitt Cancer Center. El Tampa General Hospital es considerado Level 1 Trauma Center, y es por tanto centro de

referencia de grandes quemados y trauma facial. El Moffitt Cancer Center es uno de los 41 Institutos Nacionales de EE.UU. designados Centros Oncológicos Integrales, una distinción que reconoce la excelencia de Moffitt en la investigación, su contribución a los ensayos clínicos, la prevención y el control del cáncer.

Esther Cambronero Cortinas: Estuve durante cuatro meses en el Hospital Universitario de “La Paz” de Madrid, en la Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto. En esta consulta especializada se atienden aproximadamente unos 3000 pacientes al año y durante el período concreto en el que yo he permanecido en la unidad se han visto unos 1.000 pacientes aproximadamente con diferentes cardiopatías congénitas. Siendo esta estancia una gran oportunidad para ampliar los conocimientos en esta parte de la Cardiología, que cada día está cobrando más importancia en nuestra práctica clínica diaria.

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

M.L.L.M.A.: La duración de la rotación en el Departamento de Cirugía Plástica de la USF fue de dos meses, Octubre y Noviembre del 2013, alternando la visita a ambos centros.

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

M.L.L.M.A.: Durante mi estancia en dichos hospitales tuve la oportunidad de participar como observador en todas sus actividades diarias, incluyendo sesión de residentes al inicio de la jornada, pase de planta, consulta y quirófano.

Además de acompañarles en su ejercicio diario, también fui invitada a asistir a las numerosas conferencias educativas que incluye el programa de Residencia de Cirugía Plástica. Estas sesiones docentes tenían lugar cada lunes por la tarde, y en ellas participaban tanto los residentes como los adjuntos. En ocasiones incluso fueron invitados profesionales reconocidos tanto del ámbito de la cirugía reconstructiva como de la medicina y cirugía estética, con el fin de ofrecer una formación más completa a sus



Llanos Montero Acebal

residentes y visitantes. Durante estos eventos se trataban diversos temas, a modo de casos clínicos, revisiones bibliográficas o cursos teórico-prácticos.

E.C.C.: Muy gratificante porque me brindó la posibilidad de mejorar mis conocimientos en esta subespecialidad de la cardiología, tan compleja en muchos casos, porque cada paciente es diferente de los otros y que cada día es más numerosa en la práctica clínica diaria de la cardiología. En la actualidad, estos pacientes tienen una mayor esperanza de vida, por la evolución de los diferentes tratamientos que se les practican en etapas precoces de la vida. La jornada laboral comenzaba consultando todos los pacientes que venían en el día, consultando la historia clínica y analizando todas las antecedentes clínicos, test previos y cirugías que presentaban los pacientes tanto paliativas, como correctoras. Posteriormente, si estaba indicado estudio de imagen, se realizaba ecocardiograma o se consultaba otro test que tuviera el paciente para ese día. Otro aspecto importante, es que esta unidad tenía una relación estrecha con cirugía cardíaca, arritmólogos y hemodinamistas celebrando un día en semana una reunión conjunta para decidir de forma conjunta la mejor opción terapéutica para los diferentes pacientes.

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

M.LL.M.A.: En cuanto a las diferencias, son numerosas, empezando porque el plan formativo es de 6 años. La gestión es privada, como consecuencia, la forma y ritmo de trabajo es mucho más intenso. La jornada laboral de los residentes duraba una media de 15 horas diarias, comenzando a las 5-6 de la mañana, llegándose a prolongar hasta las 9 de la noche. Otra diferencia a destacar es que tienen mucho más contacto con pacientes de cirugía estética en su día a día, así como un gran dominio del tratamiento de traumatismos faciales. Además, realizaban numerosas sesiones formativas para los residentes, tanto teóricas como prácticas en pacientes.

E.C.C.: La principal diferencia es que, al ser la Paz un centro de referencia nacional de patología congénita, al pertenecer a las unidades de ámbito nacional o CESUR, se pueden ver un gran número de diferentes tipos de patología congénita, con la posibilidad de incrementar el aprendizaje en esta área de la cardiología. Además, a estos pacientes se les realizaba por mayor comodidad de los mismos, un gran espectro de test diferentes según las guías de práctica clínica. Pudiendo realizar una correcta valoración global de los mismos, analizando de forma conjunta diferentes test de imagen, hemodinámicos y funcionales, sin olvidar de la parte más importante como es la situación clínica.

5.- ¿Qué técnicas han aprendido o perfeccionado y esos procedimientos se pueden aplicar en su servicio?

M.LL.M.A.: Gracias al elevado volumen de pacientes con traumatismos faciales, he tenido la oportunidad de familiarizarme con diversos procedimientos quirúrgicos que habitualmente no son realizados por Cirugía Plástica en España.

En cuanto al segundo bloque de patología más frecuente, la reconstrucción de mama, las técnicas quirúrgicas son bastante similares a las nuestras. Sin embargo, disponen de más recursos que facilitan los procedimientos, y permiten acortar los tiempos quirúrgicos.

E.C.C.: He mejorado principalmente la capacidad de diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes en muchos casos tan complejos. Así como, la capacidad para poder identificar posibles complicaciones que pueden sufrir durante la evolución. Además, he mejorado mi técnica ecocardiográfica en estos pacientes, que en el caso de pacientes con cardiopatías completas es muy difícil, siendo necesario ayudarse en algunos casos de otras técnicas de imagen, como cardioresonancia o TAC o valoración hemodinámicas.

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

M.LL.M.A.: Sin lugar a dudas, sobre todo teniendo en cuenta el gasto económico que supone realizar una rotación en el extranjero.

E.C.C.: Este tipo de ayudas son muy importantes al proveer un poco de financiación para poder mejorar o profundizar en diferentes aspectos de las diferentes especialidades médicas.

7.- Y cualquier otra consideración, punto de vista, opinión y reflexión que quieran trasladar al resto de compañeros de profesión.

M.LL.M.A.: He tenido la oportunidad de visitar otros hospitales y de ver operar a grandes especialistas en Cirugía Plástica, y en parte ha sido por la ayuda ofrecida por el Colegio de Médicos. Animo a todos mis compañeros a vivir esta experiencia personal y profesional.



Esther Cambroner Cortinas

Entrevista a Francisco Botella Romero, nuevo presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Albacete

• **“LOS CONFLICTOS MUCHAS VECES ESTÁN CONDICIONADOS POR UNA CARGA EXCESIVA DE TRABAJO DE GRAN RESPONSABILIDAD Y QUE REALIZAMOS, NO SIEMPRE, EN LAS MEJORES CONDICIONES ORGANIZATIVAS O MATERIALES”**

Problemas en la relación de los profesionales entre sí, sobre todo dentro de equipos de trabajo donde surgen roces y malos entendidos. Son algunos de los asuntos que tendrá que resolver la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Albacete, que comenzó su andadura, con nuevos integrantes, el pasado 8 de octubre. Su presidente, Francisco Botella, resaltó que “independencia, discreción, ausencia de prejuicios, años de experiencia y ganas de trabajar de forma totalmente altruista por nuestra profesión”, son las actitudes que reúnen los facultativos que forman parte de estos grupos de trabajo, cualidades que “cumplen sobradamente” los miembros de la Comisión de Albacete.

1.- ¿Qué motivos le llevaron a formar parte de la Comisión Deontológica?

La solicitud de colaboración por parte del nuevo equipo directivo del COM de Albacete.

2.- A su juicio, ¿cuál es la primera razón de ser de este grupo de trabajo?

Participar como mediadores en los conflictos que pudiera haber entre facultativos y velar por que se observen los principios éticos que deben guiar la nuestra conducta profesional.

3.- ¿Qué objetivos se han marcado para los próximos años?

La Comisión Deontológica se plantea asesorar a la Junta Directiva en los asuntos de su competencia, manteniendo total independencia y la más absoluta discreción en los temas tratados. Así mismo, nos hemos propuesto intentar agilizar al máximo el funcionamiento interno para elaborar los informes con la mayor brevedad posible.

4.- ¿Cree que sería necesaria una formación

sólida en materia de ética y deontología para los profesionales que integran estas comisiones?

Los principios generales de la Deontología Médica están perfectamente reflejados en el Código de Deontología que utilizaremos como Guía de Ética Médica. Para aquellos asuntos especialmente complejos en los que se necesite una opinión más autorizada, la Comisión solicitará el asesoramiento de expertos en la materia a los que se solicitará la misma independencia y discreción que el resto de los miembros de la Comisión.

5.- ¿Considera que el médico colegiado ve útil estas comisiones? ¿Sabe utilizarla convenientemente en momentos oportunos?

El mismo día en que se constituyó la Comisión (8-10-2014), hemos recibido un dossier con un buen número de casos pendientes que vamos a empezar a analizar de forma inmediata. En su mayor parte en relación con conflictos personales o profesionales entre médicos y, en mucha menor medida, por actuaciones durante la práctica profesional. Por tanto parece que los colegiados sí que acuden a esta Comisión y esperamos estar a la altura de sus expectativas.

6.- ¿Cuáles son las actitudes que debe reunir un facultativo para formar parte de estos grupos deontológicos?

Independencia, discreción, ausencia de prejuicios, años de experiencia y ganas de trabajar de forma totalmente altruista por nuestra profesión.

7.- ¿Qué opinión le merecen el resto de los integrantes de la Comisión albaceteña?

Es un honor poder compartir el trabajo con un grupo de compañeros que, en mi opinión, cumplen sobradamente los aspectos que acabamos de comentar

en la pregunta anterior.

8.- ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes o que más ven en la Comisión Deontológica y que, por tanto, entran en colisión con las buenas prácticas médicas?

Problemas en la relación de los profesionales entre sí, sobre todo dentro de equipos de trabajo donde surgen roces y malos entendidos, entre compañeros o con el superior jerárquico, y que se van agrandando como una bola de nieve que va envenenando la convivencia fraternal que debería existir entre todos los miembros de la profesión.

9.- ¿Cree que ha influido en algo la crisis económica a la hora de agudizar los problemas en la práctica clínica?

No me cabe duda de que los conflictos muchas veces están condicionados por una carga excesiva de trabajo de gran responsabilidad y que realizamos, no siempre, en las mejores condiciones organizativas o materiales.

10.- Y, cualquier otra consideración que considere oportuna y conveniente para su publicación en nuestra revista.

No me queda más que agradecer la confianza que se ha depositado en los miembros de esta Comisión, pedir disculpas si se producen demoras en el estudio de los conflictos y su resolución y, por último, apelar a la comprensión de todos los compañeros para que tengan la seguridad de que pondremos todo nuestro empeño y entusiasmo en ayudar a resolver las cuestiones que nos planteen.

MIEMBROS DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COLEGIO

PRESIDENTE: Francisco Botella Romero

SECRETARIO: Fernando Moreno Cantero

VOCALES: Jesús Jiménez López

Ildefonso López Sánchez

Miguel Torrecillas Toro

Javier Lucas Imbernón

LOTERIA DE NAVIDAD

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

El número de este año es el **21175**, número que podéis adquirir en la administración de lotería de la calle Rosario, 3 (frente al edificio Toscana).

Un proyecto de solidaridad entre médicos con la creación de Grupos de Apoyo

Proyecto Nacional de apoyo a la Atención Sanitaria del Médico Jubilado

Existe, entre los médicos jubilados, la experiencia de que, transcurrido poco tiempo de su cese en la actividad profesional, no es tenida en cuenta su condición de médico, en el trato recibido, al requerir los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, de compañeros más jóvenes.

Es un tema muy debatido por la Asamblea de Vocales Provinciales de Médicos Jubilados, y en sus congresos bianuales, donde se han presentado propuestas concretas, iniciadas en diferentes provincias, para afrontar este objetivo.

Con la renovación de la representación de la Sección de Médicos Jubilados del Consejo General de Colegios Médicos, el nuevo representante se ha propuesto extender estas experiencias a todos los Colegios de España, en un intento de organizar una Red Nacional de apoyo a la atención sanitaria de los Médicos Jubilados.

JUSTIFICACIÓN

Es, de todos, bien sabido, que la profesión médica comporta un alto grado de implicación personal que perdura hasta el final de los días.

La jubilación es solo un acto administrativo, que supone un cese brusco de la actividad profesional. Este cese brusco, aunque esperado, puede llegar a ser más o menos traumático provocando, en ocasiones, problemas importantes.

Es también un momento de la vida en el que se pueden añadir nuevas complicaciones de tipo sanitario, asistencial, familiar, social y hasta económico. Lo que agrava más, si cabe, esta etapa de la vida.

No obstante, es la salud lo que más preocupa al médico jubilado, salud que tiende a alterarse, con mayor frecuencia, en esta etapa de la vida, por el natural deterioro derivado de la edad.

Y, en este sentido, otro importante factor a considerar es la pérdida de la relación con los

pacientes, con los compañeros y con el entorno profesional en general.

Durante la vida profesional, el médico domina ese entorno y, ante cualquier problema sanitario, sabe a qué compañero acudir y como resolverlo. La situación cambia al jubilarse, puesto que se aleja de su ambiente, pierde el contacto diario. Y esta situación se agudiza con el paso del tiempo.

Transcurridos unos pocos años, el médico jubilado que acude a su antiguo hospital, ante un problema sanitario, no encuentra ningún referente al que dirigirse. Nadie le recuerda y, en muchas ocasiones, recibe un trato indiferente, cuando no frío y muy alejado de su época de médico en activo.

Esta misma situación se produce, con más crudeza, cuando acude a "su" centro de salud, al que ha dedicado muchos años de su vida profesional. Lo más probable es que tenga que esperar su turno en la sala de espera, junto a pacientes que habían sido atendidos por él, unos meses antes.

Datos de una encuesta, realizada entre médicos jubilados del Colegio de Alicante, señalan que un buen número de ellos se siente insatisfecho por la atención médica que les prestan sus colegas y la falta de solidaridad que debería establecerse entre médicos. Pero se queja también de las barreras administrativas, de las pocas facilidades para elegir centro hospitalario y centro de salud y, como consecuencia de ello, para llegar al médico de su preferencia.

PROPUESTAS DE LA REPRESENTACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS JUBILADOS

En la Asamblea Nacional de Vocales Provinciales de Médicos Jubilados, se ofrecieron algunas experiencias de apoyo a la Atención Sanitaria del Médico Jubilado, ensayadas por determinados Colegios de Médicos Provinciales.

Estas propuestas fueron analizadas en Comisión Permanente del CGCOM y se aportaron importantes sugerencias:

- La organización y puesta en marcha de cualquier sistema de apoyo a la atención sanitaria de los médicos jubilados debe partir, y estar integrado, en el Colegio de Médicos respectivo.

- El proyecto final debería desembocar en una Red Nacional de Apoyo.

- Los proyectos provinciales deben de ser adecuados a la dimensión de la ciudad, provincia o comunidad correspondiente.

- El representante nacional elaborará un primer borrador de documento que recoja las propuestas formuladas, hasta ahora, por algunos Colegios y lo someterá a la Comisión Permanente.

- Una vez completado el documento, se someterá, para su aprobación, por la Asamblea de Vocales Provinciales de Médicos Jubilados y, posteriormente, a la Asamblea de Presidentes del CGCOM.

PROPUESTA QUE ATAÑE A ALBACETE

Sería la prevista para ciudades entre 100.000 y 200.000 habitantes, que ya está siendo aplicada, o en vías de aplicación, en Pamplona, San Sebastián, Salamanca o Santander.

Consiste en organizar un Grupo Médico de Apoyo, a ser posible de todas las especialidades y de todos los centros de trabajo, para que, cuando un médico, bien en activo o jubilado, tenga que recibir atención médica de otro compañero, con el que no ha tenido contacto previo, acuda al Colegio y, desde el Grupo, se pongan en contacto con el Especialista correspondiente para comentarle que el paciente que va a recibir se trata de un compañero.

Existen otras propuestas, dependiendo del número de habitantes de cada ciudad, en las que o bien es el propio Vocal provincial de Médicos Jubilados se pone personalmente en contacto con compañeros para comunicar que el paciente es un compañero (caso de ciudades menores de 100.000 habitantes como Cáceres, Toledo, Zamora o Teruel); o se crean Agrupaciones de Médicos Jubilados en los hospitales que mantienen un contacto directo con la dirección del Hospital, para obtener el compromiso de colaboración y apoyo a los médicos jubilados de todos los Servicios, Urgencias y Consultas Externas (es el caso de Barcelona, Madrid, Sevilla, Valencia, Zaragoza, Málaga o Bilbao, Alicante, Córdoba y Valladolid, donde se combina el modelo de Agrupaciones de Hospital con el Grupo de Apoyo en el Colegio de Médicos).

Las propuestas tienen un carácter preliminar, habida cuenta que ninguna de ellas está totalmente desarrollada, pero se insta desde la Vocalía Nacional a comenzar a trabajar en esta línea.

Abierta la Bolsa de Empleo del SESCAM

Hasta el próximo 30 de noviembre de 2014, está disponible la aplicación informática "SELECTA" de gestión de la Bolsa de Empleo Única del SESCAM, a través de la cual los interesados pueden presentar su solicitud de inscripción a la bolsa de trabajo del SESCAM.

Los profesionales que ya están inscritos en bolsa deberán también registrar todos sus datos personales y profesionales en la aplicación "SELECTA".

A dicha aplicación se puede acceder desde la web del SESCAM en cualquier momento y desde cual-

quier lugar en el que se encuentren, a través de la web

<http://sescam.castillalamancha.es/profesionales>.

Para hacerlo, se tendrá que obtener una clave de acceso. A continuación, registrar todos los datos personales y méritos profesionales de la persona en concreto, "su currículum" y acreditarlos, subiendo los títulos en formato pdf (documento escaneado) y jpg (foto con el móvil) en los apartados donde se indican.

Una vez completados estos pasos, tendrán que enviar la solicitud y obtendrán una copia registrada.

Constantino I “EL GRANDE”, Emperador de la Roma Cristianizada⁽⁵⁾

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



En el año 324 la refriega intelectual entre Arrio y Alejandro, llegó al conocimiento del emperador, que los amonestó por carta, recordando a ambos clérigos que sus sutiles diferencias eran incomprensibles para el resto de los fieles cristianos; pero al poco tiempo Constantino comprendió que no se conseguía nada poniendo paños calientes, ya que en Oriente: “no se puede salir a la calle sin verse uno envuelto en una conversación, sobre la relación entre Dios-Padre y el Hijo” (Sócrates, 1. Hª de la Iglesia. Siglo V). Constantino convocó a la sobreexcitada iglesia oriental a un Concilio en Nicea, que se celebraría en las salas del palacio imperial, acudieron unos 300 obispos y Constantino instituyó la famosa comisión que iba a crear la controvertida fórmula: “Homousios. El Hijo es de la misma naturaleza que el Padre”, la aceptación fue total, ya que el emperador castigaría, con el destierro, a aquellos disidentes que no firmasen, las resoluciones fueron consideradas como ley imperial. Las negociaciones conciliares eran semejantes a las tomadas en el Senado de Roma, el emperador, por consiguiente, presidía y abría todas las sesiones, con el denominado discurso de apertura o *relatio*, el concedía la palabra en las deliberaciones, según fuese el rango de los preladados; y también asistiría a los sínodos del año 327 celebrados en Nicomedia, para tratar sobre el problema de la herejía del arrianismo; y lo mismo con la reunión, del año 336, en Constantinopla; cómo la presencia imperial era novedosa, Eusebio cubrió a Constantino con todo tipo de títulos honoríficos, que lo reconciliaban con las reivindicaciones de los seguidores de Cristo, “Obispo Común u Obispo de Obispos”, de esta forma se disimulaba lo inaudito. Pero el emperador seguía siendo el Pontífice Máximo y como tal el regía los cultos o ritos y a los propios sacerdotes de los mismos, por lo que si el sacerdote supremo no solucionaba los problemas, la ira de Dios arrasaría al Imperio Romano y, además, Constantino estaba agradecido a ese Dios por sus victorias militares contra Licinio y Majencio. Aunque tomaba las oportunas decisiones, siempre se dejaba aconsejar, fuese cual fuese la cuestión a tratar, pero todo estaba: lo político, lo militar, administrativo y religioso, bajo la presidencia y la dirección del emperador, que lo interpretaba a su gusto y según sus intenciones, la difusión del cristianismo se convertía cada vez más en un asunto de Estado. El Concilio de Nicea aportó muy poco para la solución del arrianismo, ya que la definición “consustancial con el Padre” tenía un significado de mínima comprensión para las gentes del momento, ya que no existía una definición clara de cuál era lo consustancial, el emperador estaba más a favor del término “de la misma naturaleza”, para definir la relación entre el Padre y Jesucristo, cómo lo obtenido no era satisfactorio, Constantino siguió aumentando los privilegios de los clérigos del culto cristiano ortodoxo y a los herejes o cismáticos se les incrementaron las cargas y exigencias, en esta dirección va una ley que abarcaba las herejías de novatistas, valentianianos,

paulianos y frigios, ya que todas ellas se apartaban de la ortodoxia católica, las condenas eran ahora directas, negándoles el reconocimiento como sociedad de culto por parte del Estado, lo que acarrea la prohibición de cualquier tipo de reunión, sus bienes serían confiscados por el Estado romano y sus iglesias iban a pasar a poder de la “Iglesia verdadera”, Constantino quería una sola Iglesia en un solo Estado, para no poner en peligro la existencia del propio Estado. “El Estado cae en gran peligro si menosprecia la religión” (Eusebio de Cesarea. Hª de la Iglesia, 10). La veneración general al dios de los cristianos, que era presentado por el propio emperador, era formalmente obligatoria, el problema se incrementaba en que el dios elegido por Constantino era un dios celoso, que no respetaba o aceptaba a ninguna otra divinidad, fuese Júpiter, Zeus o el Sol, junto o cerca de él. Las consecuencias futuras de las abundantes contradicciones de estos dos conceptos básicos son bien conocidos: el camino hacia una Iglesia Cristiana Católica y oficial era irrefrenable y, con ello, eran inevitables también la intolerancia inherente al cristianismo y su hostilidad frente a otros dioses, frente a cultos diversos y, cómo era de esperar, frente a todos aquellos que siguieran a esas otras divinidades.

12.LA NUEVA CAPUT IMPERIAL, CONSTANTINOPLA

La nueva capital que se iba a erigir en el lugar de la antigua Bizancio, también estaba protegida por hechos sobrenaturales, iba a ser un monumento de homenaje a la victoria y, obviamente, a los logros personales de Constantino, la primera piedra se puso en el año 326 y la consagración se celebró en el año 330, y, como era de rigor, para la forma helenística constantiniana de gobernar, la puso su propio nombre, “la ciudad de Constantino” y se difundió la consideración de que era una Segunda Roma, moderna y opuesta a la vetusta y anticuada ciudad del Lacio, nacida del deseo de Rómulo, Quirino, y del fratricidio de Remo, aunque el apodo de “Segunda Roma” subrayaba la consideración de que el antiguo centro del Imperio Romano seguía vivo en todas sus concepciones y habitantes. Constantino se acercó a lo tradicional para todo lo relativo a la fundación de la nueva capital, astrólogos y augures fueron favorables en sus estudios astrales, el emperador abrió un surco con la lanza litúrgica para delimitar la ciudad, una pléyade de sacerdotes paganos asistieron a la ceremonia y Constantino mandó levantar el horóscopo del día de la consagración, 11 de mayo del año 330, fue creado el Senado de Constantinopla, pero supeditado al de Roma, y sometido a la voluntad imperial, lo conformaban dirigentes de las ciudades de Oriente y de la burocracia cortesana, la diferencia evidente entre las dos Cámaras Altas iba a ser el futuro semillero de la futura escisión del Imperio Romano.

“Constantino invirtió medios muy considerables para hacer atractiva su nueva capital. Para los funcionarios de la corte y la clase senatorial, o bien mandó construir viviendas lujosas

o bien les entregó directamente dinero en metálico con el que se pudieran construir sus casas. Para acelerar la nueva edificación de la ciudad y obligar al establecimiento de personas de alto rango, Constantino hizo que todos los arrendatarios de fincas estatales en las diócesis Asiana y Pónica se comprometiesen a construir en ella una casa” (M. Clauss. 2001). Las críticas sobre este derroche de caudales arreciaron. Libanio la consideraba un nido de beatería y libertinaje y el parasito, por antonomasia, de Oriente. Constantinopla debería ser la residencia imperial y el centro de su administración; el agua, tan vital, llegaba a través de grandes acueductos y cisternas, para abastecer todos sus suntuosos baños y fuentes. Privilegios de todo tipo y edificios magníficos la adornaban, en el Hipódromo, Constantino erigió un templo de los Dióscuros, hijos de Zeus, Castor y Pollux, que serían los dioses protectores de la “Nueva Roma”. En el centro del Foro se erigió una columna de pórfido de tamaño gigantesco y rematada por una estatua del emperador. “Y sobre su columna colocó su propia estatua, que posee siete rayos en su cabeza” (Malalas, 312). La estatua, como si fuese Helios-Sol, sostenía las insignias imperiales, el globo como símbolo del cosmos y la lanza en sus manos. El emperador era “el Sol que todo lo ve”, las iglesias cristianas recibieron los mismos derechos en Constantinopla; fue dividida en catorce distritos y edificada sobre siete colinas, estaba dirigida por un procónsul privativo y poseía un prefecto de la urbe, antes de su consagración oficial existía una casa de acuñación de la moneda. Su longevidad acabaría en el año 1453 con la invasión del Imperio Otomano (29 de mayo por el sultán Mehmet II y la muerte bélica del último emperador Constantino XI Paleólogo), la tradición de una Tercera Roma pasaría al Moscú del zar Iván III (1462-1505).



Representación numismática del Emperador

13. BAUTIZO DEL EMPERADOR, SU MUERTE Y SUS FUNERALES

Constantino había perseguido a los cristianos, hasta después de su victoria sobre Licinio, en el año 324; cuando enfermó, en el golfo de Ástara-Izmit, unos sacerdotes paganos de Roma le prometieron ayuda si se bañaba en la sangre de niños en el Capitolio, Constantino no lo cumplió y esa noche se le aparecieron San Pedro y San Pablo anunciándole que se curaría si se bautizaba, el encargado de hacerlo sería el obispo de Roma, el Papa San Silvestre I (314-335). No obstante Zósimo manifiesta que Constantino se convertiría al cristianismo, con la finalidad de lavar su culpa de las ejecuciones de Fausta y de Crispo, los sacerdotes paganos le negaron la absolución y sería un Egipcio procedente de Hispania, quien le informaría que Jesús perdonaba todos los pecados si existía propósito de enmienda. “Los obispos cumplieron, según la ley divina, lo que está prescrito, y le dispensaron la misteriosa gracia (año 337)” (Eusebio de Cesarea. Vida de Constantino, 4). El acto de bautizarlo se produjo en Nicomedia. Desde principios del siglo IV, el bautismo se posponía hasta que existiese peligro de muerte, por ejemplo Constancio II (337-361) lo habría

recibido bastante tarde, antes de la batalla contra el usurpador Magnencio, año 351, ese emperador, que no estaba bautizado, exigió que se bautizasen sus soldados, “ya que yo no soporto luchar junto a aquellos que no han sido iniciados en los misterios (es decir, bautizados)” (Teodoreto. Historia de la Iglesia, 3). No obstante el aserto sólo parecía válido para los soldados, ya que el propio emperador sólo se bautizaría en el año 361, cuando luchaba contra el futuro emperador Juliano el Apóstata (361-363), entonces ante la gravedad de la sublevación, ordenó que lo bautizasen antes de la batalla definitiva, pero el citado emperador Constancio II murió antes de la celebración del sacramento, la razón de lo tardío en la cronología bautismal estribaba en que se recibía el perdón general de los pecados por medio del bautismo, los clérigos combatían con denuedo esta tendencia a retrasar el bautizarse, para evitar que las personas muriesen sin haber recibido el sacramento, como le ocurriría al emperador cristiano Valentiniano II (375-392), los obispos, además, no poseían medidas disciplinarias contra esa negativa, por ejemplo San Ambrosio de Milán sólo pudo obligar a realizar penitencia a Teodosio el Grande (379-395. Nacido en Cauca-Coca, Segovia), en el año 389, cuando ya había recibido el bautismo.

Pocos días después de ser bautizado, Constantino I el Grande, falleció, año 337. Su muerte provocó un auténtico baño de sangre, en Constantinopla, perpetrado por altos cargos de la milicia, que pretendían quitarse de encima a potenciales competidores, que eran parientes en segunda línea de Constantino, tales como su hermanastro, Julio Constancio y los hijos de este último, Dalmacio y Anibaliano. El 9 de septiembre del año 337 los hijos de Constantino: Constancio II, Constantino II (337-340) y Constante (337-350) se hicieron proclamar augustos, este hecho provocó una nueva masacre, incluyendo al prefecto del pretorio en Oriente, Ablabio, que era el padre de la prometida de Constancio II. El cristianismo de Constantino fue algo singular, el historiador Eusebio de Cesarea da una imagen imperial con un tinte cristiano de los más vivos colores, subrayando la parte de seguidor de Cristo. Constancio II mandó edificar un mausoleo al lado de la basílica, donde se encontraba el sarcófago de Constantino, rodeado por dos semicírculos que contenían doce cenotafios dedicados a los apóstoles, tumbas que eran puro simbolismo, ya que no contenían ningún tipo de reliquia apostólica, el sarcófago imperial era enorme, por lo que era el centro del edificio. Constantino hubiese preferido ser bautizado en el río Jordán, ya que al emperador le hubiese agradado ser el propio Jesucristo o incluso Apolo (“Tú eres como aquel Dios”). “Él ya en esta vida fue encomiado por su poder absoluto sobre todo el Imperio Romano, y en el futuro reinará con el Hijo de Dios” (Eusebio. Vida de Constantino, 4). Aunque el dios fuese el de los cristianos, esto no disminuía la tradicional cercanía del emperador al dios o a los dioses. Constantino el Grande fue consagrado, tras su deceso, recibiendo la denominación de divus-dios y existió una moneda conmemorativa sobre ello,

Constantino I “EL GRANDE”, Emperador de la Roma Cristianizada ⁽⁵⁾

en la que el emperador fallecido va en una cuadriga rumbo al cielo, cubierto con un manto y con la mano diestra extendida; desde el cielo, la mano de Dios viene a su encuentro, esta imagen, en realidad, evoca el viaje del dios Sol, de una forma tan nítida, que inclusive Eusebio renuncia a todo tipo de interpretación cristiana. “Constantino era ya dios, era el Sol, en quien él había visto siempre la representación de la deidad suprema. En cualquier caso, saber quién era realmente esa divinidad es algo que queda fuera de nuestro alcance” (M. Claus. 2001).

14. LA FE CRISTIANA DE CONSTANTINO EL GRANDE

La protección hacia los cristianos es clara y obviamente más, si cabe, tras la victoria del Puente Milvio, sobre Majencio, en el año 312, y alejará a los viejos dioses paganos en el año 324. El hombre de la Edad Antigua escogía como dioses con sus respectivos cultos o ritos a aquellos que satisficieran sus necesidades religiosas personales, pero cuando fue el propio emperador, Constantino, quién escogió, motu proprio, un nuevo dios, la cuestión ya era muy importante. El emperador era cristiano, pero nunca asistía a ningún servicio religioso, ya que no era catecúmeno, porque para ser admitido en ello era indispensable participar, activamente y personalmente, en el culto al Dios de la comunidad cristiana y no era aceptable participar sin una previa confesión de los pecados, pero era suficiente declararse cristiano para serlo, por lo tanto Constantino, según su cristianismo, decidía quién lo era o no en su entorno. El cristianismo de la época no era monolítico, y no se conoce la tendencia escogida por el emperador, cuando aceptó al cristianismo como propio, aunque los arrianos le ofrecían al emperador mejores conceptos e ideas religiosas más ventajosas: Cristo sólo era igual a Dios-Padre por su naturaleza, ya que el Hijo había sido concebido y creado en el tiempo, por ello Constantino tenía una diferencia de categoría mínima con respecto a Cristo. El emperador definía a su dios como “divinidad suprema o dios supremo”, los dioses en el mundo antiguo se presentaban bajo diferentes nombres y formas, pero siempre era uno sólo. “Creador de todas las cosas, tú que tantos nombres tienes como lenguas de pueblos hay, según tu voluntad” (Panegyrici Latini, 12).

Por lo que la fe en un dios supremo, que tenía varias formas de manifestación, podría haber sido el nexo de unión entre las diversas religiones. Algo cambió en el SPQR cuando se comenzó a negar y a atacar a todos los cultos religiosos que no fuesen el cristianismo. “Cuando todavía éramos niños, aquel que maltrató a Roma (Majencio) fue eliminado por otro que marchó en su contra al mando de un ejército de galos (Constantino), los cuales estaban en contra de los dioses a los que anteriormente habían rezado. Cuando él (Constantino), después de este, venció incluso a un hombre que había ofendido a las ciudades un tiempo sangriento (Licinio), llegó a la conclusión de que le convenía creer en otro dios y utilizó los tesoros de los templos para edificar la ciudad que le era de importancia (Constantinopla), pero no cambió el culto tradicional en ningún modo, más bien reinaba la pobreza en los templos, pero se podía ver que todo lo demás se llevaba a cabo” (Libanio. Oratio, 30). La coherencia político-religiosa de Constantino, juzgada con los patrones éticos del siglo XXI, no es válida hacerlo. “Ahora es sólo la religión el lugar donde la libertad ha levantado su edificio. La religión

es ciertamente, más que otras, una cosa de la voluntad, y nadie podrá ser obligado a adorar lo que no quiere” (Lactancio. Excerpta de Sententiis, 49). La protección al culto de los cristianos lo convirtió en el único y con ello, progresivamente, la persecución de los herejes fue más rigurosa. La fortaleza de la religión de los cristianos conllevó su responsabilidad para con el Estado romano. Para Constantino paganismo y cristianismo seguían coexistiendo, el ejemplo más paradigmático es el relativo a la famosa medalla de plata, procedente de Ticino-Pavía: “Imp(erator) Constantinus P(ius) F(elix) Aug(ustus)”, traducido como: “El emperador Constantino, el piadoso (y) agraciado por la fortuna”, que lleva un escudo que reproduce, en tamaño grande, a la loba romana con los gemelos, Rómulo y Remo, y en tamaño mucho más reducido, el monograma de Cristo en el yelmo del emperador. Constantino y el dios Sol también están reproducidos, de forma gemelar; en otro medallón, pero de oro, encontrado en Ticino se relata: “Invictus Constantinus P(ius) F(elix) Aug(ustus)”, que se traduce literalmente como: “El invencible Constantino, el emperador piadoso (y) agraciado por la suerte”. Aunque las monedas fueron de pequeña tirada, en ambas se pone de manifiesto la ambivalente fe religiosa del emperador Constantino I el Grande. El proceso evolutivo fue largo, pero, paulatinamente, el dios Sol de los cristianos se fue imponiendo al homónimo de los paganos, con una fusión paralela de sus diferentes aspectos o fisonomías.

15. EUSEBIO DE CESAREA

Fue obispo e historiador de la Iglesia Católica; nació hacia el año 260 y murió en el año 340, fue el gran biógrafo de Constantino, sería encarcelado en el año 303, en Egipto, y tras el Edicto de Tolerancia regresaría a Cesarea, donde iba a ser consagrado obispo, en el año 313; al apoyar a Arrio, fue excomulgado en el sínodo del año 324, ya que los acuerdos del Concilio de Nicea los suscribió con muchas reservas. Describe el tiempo histórico transcurrido desde la creación del mundo por Dios hasta la derrota de Licinio, que es de lo que se compone su obra Historia de la Iglesia (son diez libros), en el siglo IV ya se tradujo al sirio y poco después al armenio. El panegírico más destacado sobre Constantino es su “Vida de Constantino”, en cuatro volúmenes, contiene un tono encomiástico exagerado, sólo se entrevistó cuatro veces con Constantino, por lo que su influjo sólo se refiere a la imagen que en la posteridad se creó sobre el emperador. Para Eusebio de Cesarea los sucesos transcurren como un proceso continuo hasta la perfección que supone, que los cristianos hayan poblado el orbe conocido. Cristianismo y monarquía son inseparables al haber sido creados, simultáneamente. Augusto había acabado con los particularismos estatales del Imperio Romano y Cristo con los dioses paganos. El cristianismo había vencido por medio de la soberanía o majestad absoluta de Constantino. Eusebio sostuvo el discurso festivo de las tricenas (año 335); lo que se va a manifestar en la historia eclesiástica como obra de Cristo, Eusebio lo convierte en mérito único de Constantino, en el que se encarna la máxima divinidad terrenal, al estar en paralelo con el reino celestial se lo compara con el rey de los cielos, por lo tanto Constantino es el traductor y narrador de la voluntad divina.

(continuará en número siguiente)

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/08/14/pdfs/BOE-A-2014-8712.pdf>

Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios

Resumen:

- La creación del registro tiene como finalidad facilitar la adecuada planificación de los recursos humanos sanitarios de todo el Estado y la coordinación de las políticas sanitarias en materia de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. A su vez, la integración del registro en el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud facilitará el cumplimiento de estos fines.

- Profesionales cuyos datos están sujetos a incorporación.

1. En el registro se incorporarán los datos de los siguientes profesionales sanitarios, siempre que ejerzan su actividad en el territorio nacional:

a) Los profesionales sanitarios con título universitario de la rama de ciencias de la salud o con título de especialista en ciencias de la salud, a que se refiere la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

b) Los profesionales del área sanitaria de formación profesional a que se refiere la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

c) Los profesionales sanitarios a que se refiere la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

2. En el registro podrán incorporarse voluntariamente los datos de los profesionales mencionados en el apartado anterior que, no ejerciendo su actividad en el territorio nacional, cumplan los siguientes requisitos:

a) Ser nacional de un Estado miembro de la Unión Europea o de un Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o estar en posesión de una autorización de residencia y trabajo en vigor en España.

b) No encontrarse inhabilitado o suspendido para el ejercicio profesional.

- Contenido del registro.

Se incorporarán al registro los siguientes datos de los profesionales sanitarios a que se refiere el artículo 4:

- Número de incorporación al registro.
- Nombre y apellidos.
- Número del Documento Nacional de Identidad (DNI) o Tarjeta de Identidad del Extranjero (TIE).
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Nacionalidad.
- Medio preferente o lugar a efectos de comunicaciones.
- Titulación.
- Especialidad en Ciencias de la Salud.
- Diploma en Áreas de Capacitación Específica.
- Diploma de Acreditación y Diploma de Acreditación

Avanzada.

- Situación profesional.
- Ejercicio profesional.
- Lugar de ejercicio.
- Categoría profesional.
- Función.
- Desarrollo profesional.
- Colegiación profesional.
- Cobertura de responsabilidad civil en cada uno de los ámbitos de ejercicio profesional.
- Suspensión o inhabilitación para el ejercicio profesional

- Incorporación al registro de los datos de los profesionales sanitarios.

La incorporación se comunicará al profesional titular de los datos, preferentemente por medios electrónicos, indicándole que podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

- Datos de carácter público.

Tendrán carácter público los siguientes datos: nombre y apellidos, titulación, especialidad, lugar de ejercicio, categoría y función del profesional, Diploma de Área de Capacitación Específica y Diplomas de Acreditación y Acreditación Avanzada, si los hubiere, y las fechas de obtención y revalidación de cada uno de ellos.

- Protección de datos.

Los profesionales sanitarios titulares de los datos podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y su normativa de desarrollo. Cuando los datos no procedan del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las solicitudes para el ejercicio de estos derechos se trasladarán al órgano o entidad del que proceda la información, para su tramitación, comunicando al interesado este traslado.

- Puesta en funcionamiento del registro.

En el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de este real decreto, se aprobará la orden que determine el soporte, formato y otras características de la transferencia de datos.

Recibidos los datos, el registro estará operativo en el plazo de 12 meses desde la entrada en vigor de la orden.

- Entrada en vigor.

Ha entrado en vigor el 15 de agosto.

NOTA INFORMATIVA

Se pone en conocimiento de los Colegiados que, todo aquel que no haya registrado los títulos de Licenciado en Medicina y el de Especialista, debe pasar por la Secretaría del Colegio y registrar ambos títulos, con el objetivo de que cada Colegiado aparezca en la Base de Datos del Colegio con la especialidad correspondiente.

Gracias

El número cero



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.
Pediatra. Colegiado 020201038

La facultad que tiene nuestro cerebro para pensar en abstracto, venida a través de la vía evolutiva, nos ha hecho imaginar objetos ausentes y crear imágenes inexistentes que se combinan entre sí y adquieren la potestad de obtener un resultado realmente posible. A partir de ahí, nos hemos encontrado con entes inescrutables que no acertamos a saber ni averiguar nada de ellos; y, también, nos sentimos atrapados en un todo inaccesible, representado por la inmensidad del Cosmos. Por consiguiente, surgen del pensamiento dos entidades ambiguas que se prestan a distintas interpretaciones, y, necesariamente, la razón ha caído en garras de la incertidumbre y de la duda. ¿Qué son la nada y el infinito? ¿Hasta dónde pueden llevarnos estas dos cosas?

La nada es una hipotética idea, vacía de contenido real, que jamás llegará a ser demostrada porque carece de límites y medidas. El infinito es otro tanto de lo mismo porque, también, consiste en un adjetivo calificativo que se utiliza para expresar que una cosa no tiene fin, por el mero hecho de no poder encontrarlo con la razón. ¿Son, pues, ambas cosas, dos quimeras que emanan de nuestra calenturienta y portentosa imaginación? Lo serían si, en cada momento, no tuviesen influencia sobre el porvenir de nuestras propias vidas; y, a eso quiero referirme, a proclamar que lo tienen, valiéndose de una estrategia similar a la que utiliza el número cero sobre las series matemáticas.

Al intentar refutar las aporías de Zenón de Elea, Aristóteles distinguió entre lo que él llamó “infinito potencial” (representado por la sucesión ininterrumpida de números) e “infinito actual” (de lo dado); pero, al mismo tiempo, negó la existencia de ese segundo infinito porque consideraba que el Cosmos era finito. Según se desprende del sentido común, el pensamiento aristotélico esgrimía un argumento muy válido: las series matemáticas parten del número cero y van aumentando en decenas, centenas, millares... etcétera para no acabarse nunca y tender al infinito; en cambio, sabemos con certeza que, aunque inaccesible, el Cosmos es finito, y en él se concentra una enorme masa, repleta de energía, capaz de albergar toda la diversidad de formas existentes, provenientes de una sola cosa que es la materia. El Cosmos, en constante movimiento, se expande y se contrae a capricho en la nada, sin que por ello la nada se haga más pequeña o más grande; es decir, la nada, por sí misma, es infinita, mientras el Cosmos es finito porque solamente puede tender hacia ella o hacia el infinito.

El Cosmos tiende al infinito, como lo hacen las series ma-

temáticas, porque Algo desconocido le abre paso desde la nada; y, al contrario, cuando debido a su libre albedrío se contrae, significa que se ha equivocado y que Algo que existe en la nada le impide que sobrepase la barrera de su propia creación para que continúe por siempre siendo materia, y no pase a ser nada. Por ende, debemos considerar que, si el Cosmos es finito, todo aquello que percibimos mediante nuestros sentidos corporales no podemos interpretarlo como TODO, sin antes haber incluido ALGO en la nada que nos permita designarla como NADA. Necesariamente, ese ALGO, inescrutable e infinito, fue quien creó la materia y, desde su origen, la empujó hacia delante para que fuese libre y nunca se sintiese reprimida en su constante movimiento expansivo-contractivo. Si nuestra genuina manera de pensar en abstracto no pudiese transformar la nada en NADA, nada podría devenir de la nada porque, si así fuera, estaríamos afirmando que no existe la causalidad; y, desde el punto de vista deductivo del pensamiento científico, esa última clase de afirmación nunca puede ser admisible. ALGO, TODO y NADA son tres conceptos que, a pesar de su naturaleza etérea, adquieren la categoría de ser básicos para la vida porque se hacen imprescindibles en el momento que nuestra razón pretende desactivar la angustia creada por los sentimientos de caos y sinsentido que emanan de las teorías marxista y existencialista.

El cero es un signo matemático, con el cual simbolizamos la nada. Esencialmente, por tal motivo, es un número vacío que, cuando se pone a la izquierda de otro número entero, no modifica su valor; sin embargo, si hacemos que se sitúe a la derecha, multiplica por diez su cuantía, tantas veces como hagamos que se incorpore a ella. De esa guisa, una de las funciones del cero es hacer que los números enteros, multiplicados sucesivamente por diez, tiendan al infinito; pero, además, existe otra función que se manifiesta cuando actúa sobre ellos como exponente porque, entonces, los transforma en una potencia cuyo valor es siempre uno ($A^0 = 1$). Es obvio, el cero, además de ser un número vacío, que por sí solo no significa nada, también tiene un gran poder multiplicador y unificador, en sí mismo, cuando se sitúa a la derecha o por encima de cualquier entidad matemática. Pero ahí no termina todo porque, cuando al cero le hacemos seguir de una coma y se queda totalmente aislado, separado a la izquierda de una determinada cantidad numérica, obtenemos un número decimal que jamás podrá tender al infinito, y tendrá que consolarse con tender a la unidad, sin que tampoco esa finalidad pueda ser alguna vez posible.

Todas las funciones que ejerce el cero son demostrables por-

que ese número fue diseñado por nuestro pensamiento científico para que, con exactitud, podamos organizar y contabilizar las cosas reales e irreales... y así lo hacemos; no obstante, si nos fijamos bien en la manera de hacerlo, nos daremos cuenta que es la misma que utilizamos ante la nada para que se transforme en NADA y pueda tener un ALGO que, puesto a la derecha y sobre la cabeza de nuestra vida, nos reporte grandeza de espíritu para que los tres conocidos lemas de la Revolución Francesa puedan ser una realidad que tienda al infinito. A partir de ahí, todos seremos justos, iguales y fraternos; pero, sin esa premisa, la humanidad se valdrá de muchas artimañas para aparentar que es una unidad espiritual solidaria, sin que de verdad lo seamos del todo. Si no sabemos encontrar ALGO en la nada, apartaremos la nada a nuestra izquierda y, separándola con la coma de la indiferencia, nuestro espíritu se hará más pequeño, no podrá soñar ni comprender al infinito y tenderá, sin conseguirlo, a ser esa unidad de pensamiento que, desde sus umbrales, define al principal deseo del Hombre: abrir un agujero en su tumba y escaparse de ella.

Muchos dirán que en la nada no hay nada porque lo dictamina la razón, apoyándose en el pensamiento científico; otros opinarán que hay ALGO porque se apoyan en la imaginación, que es una manera de pensar en abstracto. Pero, al fin y a la postre, por mucho que avance la ciencia, los primeros nunca podrán explicar de dónde procede la materia ni habrán experimentado el efecto multiplicador y exponencial de la NADA; sin embargo, los segundos se habrán sentido como se sintieron aquellos clásicos griegos que, buscando la primera causa de todo, descubrieron que en ellos existía sipjé (alma), a la vez que nous y pneuma, que fueron los términos utilizados para señalar su trascendencia. Pensando que la nada puede ser NADA, el Hombre se inmortaliza porque sabe que tiende al infinito; y, al mismo tiempo, adquiere el compromiso de hacerse siempre justo, igual y fraterno. Cuando cae, de nuevo se levanta.

El pensamiento es la modalidad de energía más poderosa, avanzada y sofisticada que se conoce en el Cosmos; proviene de la materia, y, por tanto, es materia; pero, en sí mismo, su existencia parece ser una paradoja porque fue diseñado por la Evolución para que la materia se controlase a sí misma. Tímidamente, comenzó a esbozarse en los animales y, mediante una gran avidez evolutiva, creció de grado y se consolidó racionalmente en nuestro actual pensamiento. Cuando adquirió su mayoría de edad, pudo controlar algunas de las fuerzas caprichosas y salvajes de la naturaleza para que, a través de la progresiva innovación científica y tecnológica, pudiésemos continuar reiterándonos en ello. Actualmente, ese tipo de energía está viva y se muestra activa mediante la asociación de tres componentes fundamentales que, paso a paso, han adquirido un rango superior al de los animales: la observación, la imaginación y la deducción. Lo que ahora imaginamos es una cosa que antes hemos observado, aunque solamente haya sido en sueños; también, las cosas que deducimos tienen como primera causa otra cosa que antes imaginamos; y, así, construimos ciencia y progresamos tecnológicamente, sin haber creado nada porque todo está creado de antemano (solamente descubrimos).

Pero de la misma manera que la materia encontró en el pensamiento un medio para controlarse a sí misma, el pensamiento humano tiene necesariamente que ampararse en la responsabilidad para ser controlado; sin ese novedoso requisito psíquico, cundiría el caos en el comportamiento humano y serían imposibles la justicia, la fraternidad y la caridad en este mundo. Nosotros utilizamos la deducción para desarrollar tesis y descubrir con ellas una tecnología cada vez más moderna; además, trabajamos con la imaginación para que nuestro pensamiento cree un espíritu propio y con él nos podamos sentir mucho más grandes de lo que somos; y, por último, observamos al número cero y a la nada para fijarnos en sus respectivas maneras de operar y tender al infinito. ¿Dónde ponemos todas estas cosas? ¿Qué hacemos con ellas? Mi respuesta es que no es cuestión de creer o no creer en fantasías, sino de saber que el amor es un arduo sacrificio que nos hace tender a la felicidad cuando hemos tolerado, sin límites, la enorme presión controladora que la responsabilidad ejerce sobre nuestro pensamiento; y, también, que la realidad palpable es que, por medio de la ciencia, la razón se abre paso hacia la verdad demostrada. Mientras tanto, por medio de la imaginación, el alma, con la fe y la esperanza de no sentirse nunca finita, camina hacia el infinito. La ciencia y los descubrimientos se parecen a los posos del vino, que se sedimentan en el claro vaso transparente del alma y, al final de la vida, no se beben porque notamos su aspereza y no nos sirven para nada. Hemos de tener sentido común para no dudar que el pensamiento científico, cuando quiere negar la trascendencia del alma, es tan irracional como las especulaciones imaginativas que solamente vislumbran en la tecnología un mundo lleno de amenazas.

*Quiero poner la nada a mi derecha
y ascenderla a exponente de mi vida;
con mi unidad me haré un millar eterno
cuando regrese al punto de partida.*

*Quiero morir borracho de la NADA,
probando cómo sabe esa bebida
que fluye con sabor a miel y amargo,
vertida sobre un vaso sin medida.*

*Quiero apurar hasta el final mi cáliz,
sin suprimir los ceros de la fila,
saltando entre decenas y centenas,
contando los millares por rutina.*

*Quiero sentir a mi derecha el cero,
esa NADA que a nadie discrimina,
el pulso a la razón que no se acaba,
lo que vence a la muerte y no termina.*

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 **paim.e.clm@gmail.com**



MEMORIA PAIME 2013 DEL CONSEJO AUTONÓMICO DE COLEGIO DE MÉDICOS

Estimados Compañeros/as:

En números anteriores de nuestra revista os mostré los datos más relevantes del PAIME de Ciudad Real. Hoy os traigo los del Programa de Atención al Médico Enfermo de Castilla-La Mancha.

El 1 de Abril de 2004 se firma un Convenio de colaboración entre Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el Servicio Castellano Manchego de Salud (SESCAM) con el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha, para el desarrollo de un Programa de Atención al Médico Enfermo en ejercicio en Castilla-La Mancha.

Podrán beneficiarse del programa los médicos que presenten trastornos de conducta por

problemas psíquicos y/o conductas adictivas, que los pueden incapacitar temporalmente para el correcto ejercicio de su práctica profesional. Señalar también, teniendo en cuenta las características propias del ejercicio de la profesión médica, que estos médicos enfermos requieren una atención médica especializada y bajo condiciones de absoluta confidencialidad, para permitir la detección de casos y la instauración de una asistencia integral con tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitador específicos, garantizando el proceso de atención a los problemas de salud así como su inserción laboral en las mejores condiciones cuando el mismo fuera posible y promoviendo, asimismo, mediante el seguimiento específico, que de su ejercicio profesional no se deriven situaciones que pongan en peligro la salud de la población.

El PAIME está orientado a la asistencia sanitaria de cali-

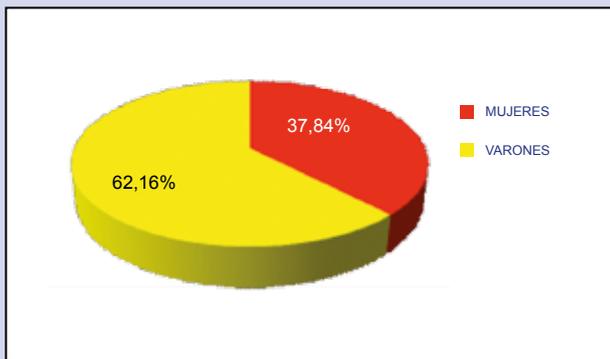
dad así como a la recuperación de estos médicos para que puedan volver a ejercer la medicina en óptimas condiciones para con sus pacientes.

Del 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2013 se han beneficiado del programa 37 médicos, de los cuales solo un caso ha tenido que ingresar en la Clínica Galatea de Barcelona, realizándose el resto de los tratamientos de forma ambulatoria. El 51,39% ha demandado tratamiento por consumo de alcohol y/o otras sustancias, un 37,83% por trastorno mental y un 10,81% por Patología Dual.

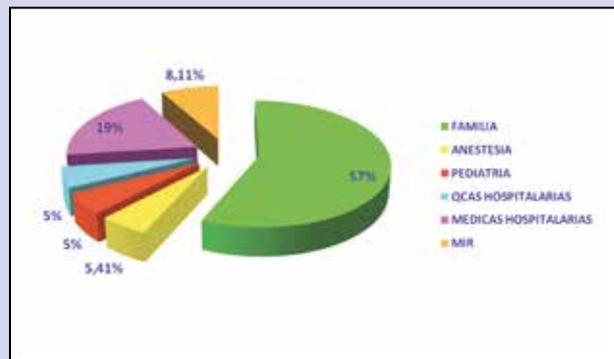
Tipo de relación laboral

Tipo de relación laboral	Número
Contrato fijo	22 (59,46%)
Contrato temporal	14 (37,84%)
Desconocido	1 (2,70%)
TOTAL	37

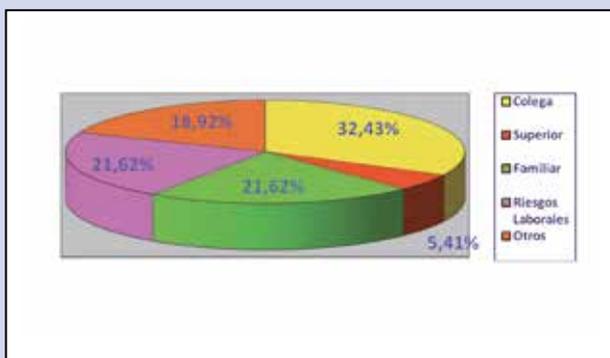
Género



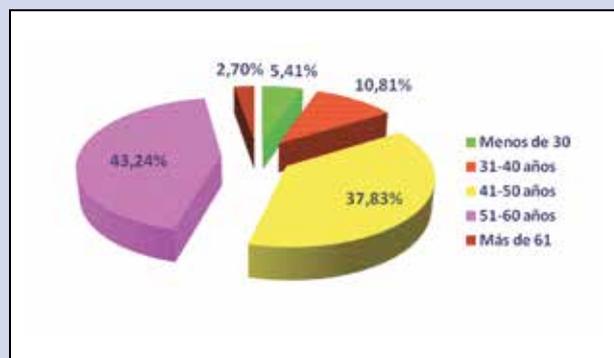
Especialidades médicas



Quién deriva los casos



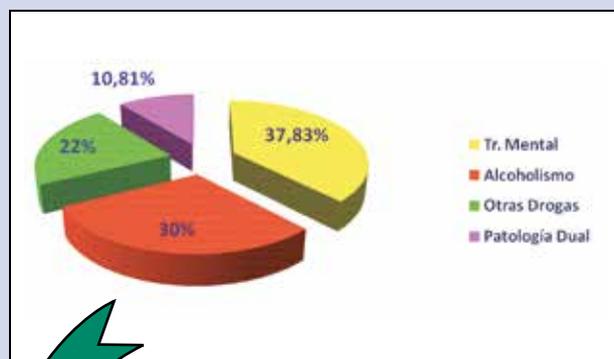
Edad



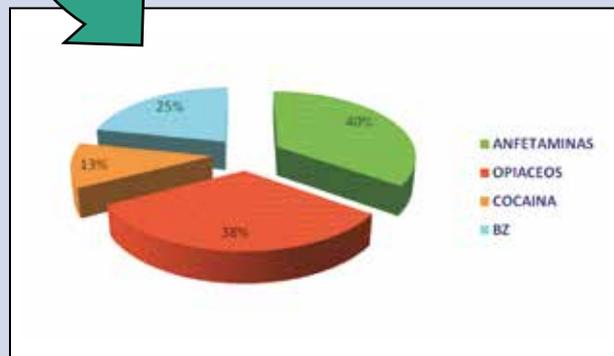
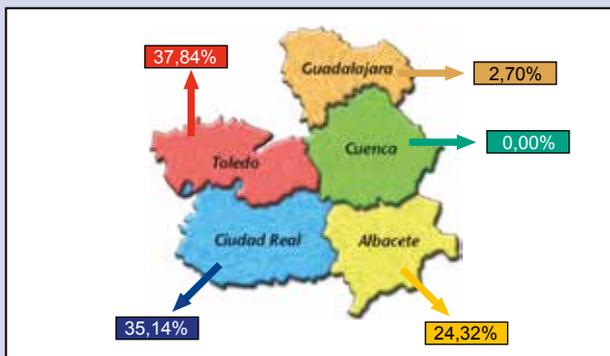
Vías de acceso



Motivos de la demanda



Procedencia geográfica



IDCSALUD Hospital Albacete anuncia los últimos avances que la unidad de medicina deportiva pone a disposición de los profesionales de la medicina

EL DOCTOR LUIS MARTÍNEZ RIAZA RESPONSABLE DE ESTE SERVICIO EXPONE CON DETALLE LAS NOVEDADES MÁS DESTACADAS QUE SE OFRECEN EN ESTE SERVICIO

1.- Información facilitada de las ergoespirometrías, o pruebas de esfuerzo cardiopulmonar (CPET).

Además de los datos facilitados hasta hoy (ECG de esfuerzo, VO₂, VCO₂, ventilación, umbrales, frecuencia cardiaca recomendada para el ejercicio, etc.), gracias a la actualización de nuestro equipamiento, ofrecemos a partir de ahora una serie de parámetros que estimamos de gran importancia para el control cardiorespiratorio, metabólico y muscular de nuestros pacientes.

Éstos son facilitados siguiendo los protocolos de la Dra. Katharina Meyer, experta en los campos de fisiología del esfuerzo y rehabilitación cardiaca. Los datos que facilitamos ahora, se suman a los facilitados hasta hoy, y son los siguientes:

- Capacidad aeróbica muscular, con lo que podemos orientar el entrenamiento de nuestros pacientes más a nivel central o muscular.

- Parámetros ventilatorios, como la ventilación de reserva, ventilación adecuada a la carga de trabajo (existencia o no de hiperventilación) ó el patrón respiratorio de esfuerzo (normal, obstructivo ó restrictivo).

- Eficiencia ventilatoria, valorada no sólo por los valores de los equivalentes ventilatorios, sino también por el estudio de la pendiente VE/VCO₂.

- Estudio de difusión e intercambio de gases pulmonares.

Con esta información (sólo al alcance de algunos equipos actuales de ergoespirometría), pretendemos, no sólo facilitar herramientas para orientar mejor el entrenamiento de los deportistas de competición, sino también ofrecer más información para que en aquellos pacientes diagnosticados de patologías crónicas (hiper-

tensión, cardiopatías, neumopatías, diabetes, obesidad, etc.), el ejercicio físico pueda ser pautado de forma más individualizada y pueda ser más beneficioso para ellos, cuando el clínico considere este ejercicio físico como parte de su tratamiento. También ofrecemos la posibilidad de objetivar casos de fatiga crónica, facilitar datos sobre el pronóstico de los pacientes, y poder mantener una comunicación más fluida con su médico. Por último, facilitamos los parámetros a mejorar con el entrenamiento físico, para valorar si se cumplen o no los objetivos en revisiones posteriores.



2. Incorporación de la Unidad del Pie dentro de la Unidad de Medicina Deportiva

Tras el acuerdo alcanzado recientemente con Podoactiva. Se trata de una prestigiosa empresa de Biomecánica y Podología, de ámbito nacional, con gran experiencia en la podología deportiva. Actualmente es Proveedor Oficial de Sanitas-Real Madrid, At. Madrid y de las Reales Federaciones Españolas de Fútbol, Atletismo y Golf. Atiende a más de 20.000 pacientes al año y a partir de ahora prestará sus servicios en nuestra Unidad en Plaza del Madroño, 11 en Albacete.

Doctor Luis Martínez Riaza

Especialista en Medicina Deportiva. IDCsalud Hospital Albacete.

Miembro de la Comisión Médica de la Real Federación Española de Fútbol.

Responsable Médico de las Selecciones Nacionales de Fútbol Sala Absoluta y Sub-21.

• ALTAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	PROCEDENCIA	FECHA DE ALTA
0309953	BLEDA MARTINEZ JOSE MANUEL	ALICANTE	07/07/2014
0309884	BLANQUEZ ARJONA LOURDES	ALICANTE	08/07/2014
0308945	EZSOL LENDVAI ZSOFIA	ALICANTE	10/07/2014
0203443	LOPEZ RINCON ROSA MARIA	ALBACETE	14/07/2014
0204092	GONZALEZ BLANC FRANCISCO		16/07/2014
1003696	LORENZO ARROYO FIDEL	CACERES	11/08/2014
2864999	DIAZ CONTRERA RAFAELINA DE LOS MILAGROS	MADRID	27/08/2014
0204093	MOSCOSO EID MARIA ELIZABETH		03/09/2014
0202212	MARTINEZ GARCIA ANA MARIA	CASTELLON	24/09/2014
0202264	GOMEZ GABALDON NICETO	VALENCIA	24/09/2014
4901530	GOMEZ GARRIDO CARLOS	ZARAGOZA	01/10/2014
0203853	SANCHEZ GARCIA M.ª DOLORES	CIUDAD REAL	02/10/2014
0203880	MARTINEZ PEGUERO JOHANNA	ALBACETE	09/10/2014
5009034	GARCIA MUÑOZ M.ª ANGELES	SEGOVIA	09/10/2014
2866103	MORETA LORA FELIX VLADIMIR	MADRID	21/10/2014

• BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE •

NUM. COLEGIADO	NOMBRE	CAUSA/DESTINO	FECHA DE BAJA
0203443	LOPEZ RINCON ROSA MARIA	BAJA	30/06/2014
2867182	GUTIERREZ ALIAGA DALILA	CESE EJERCICIO	30/06/2014
0203880	MARTINEZ PEGUERO JOHANNA	TRASLADO / EXTRANJERO	30/06/2014
0203858	GARCIA CARRASCO EMELY	BAJA	30/06/2014
0203781	THOMPSON ZARZA OSCAR EDUARDO	TRASLADO / EXTRANJERO	04/07/2014
0203878	ROSSI VIETSKY MARIA LORENA	TRASLADO / EXTRANJERO	04/07/2014
0203847	MARTOS CASADO ANA	TRASLADO / ASTURIAS	17/07/2014
0203743	SORIANO RODRIGUEZ M.ª DEL CARMEN	TRASLADO / CUENCA	30/07/2014
1407710	LOUHIBI RUBIO LYNDIA	TRASLADO / ALICANTE	05/08/2014
0204057	PARDO UTIEL MARIA	TRASLADO / CUENCA	26/08/2014
0203691	CARDO MAZA ANA	TRASLADO / VALENCIA	02/09/2014
4620782	PRAT CALERO ANTONIO	TRASLADO / VALENCIA	22/09/2014
2859603	UROZ MARTINEZ M.ª VICTORIA	TRASLADO / GRANADA	29/09/2014
0204015	MOHAMED ALITALEB HAMMA LAMIN	BAJA	30/09/2014
0203403	RUIZ GONZALEZ CRISTINA	BAJA	30/09/2014
0203430	MOLINA PACHECO ELENA	TRASLADO / EXTRANJERO	30/09/2014
0203443	LOPEZ RINCON ROSA MARIA	TRASLADO / EXTRANJERO	30/09/2014
0203489	MARTINEZ LEIÑO CARLOS ALBERTO	TRASLADO / EXTRANJERO	30/09/2014
1204948	DE LOS SANTOS BERRIDO EUNICE JOSEFA JEAN	TRASLADO / EXTRANJERO	30/09/2014
0203758	NAVARRO SANCHEZ M.ª LOURDES	BAJA	30/09/2014
0203784	MENDOZA GARCIA SERVANDO	TRASLADO / EXTRANJERO	30/09/2014
0202022	DE MIGUEL CLAVE JAIME ANTONIO	TRASLADO / MURCIA	01/10/2014
0203340	PORRAS RUIZ JOSE GABRIEL	TRASLADO / BARCELONA	13/10/2014

NUEVO TOYOTA RAV4

PRÓXIMA APERTURA
DE EXPOSICIÓN
en Parque Empresarial
Campollano Norte
Avda. 6 n.º 1



TOYOTA

SIEMPRE
MEJOR

PARA DEJAR HUELLA HAY QUE SER EL MEJOR 4X4



CON SISTEMA INTEGRADO DE CONDUCCIÓN DINÁMICA AWD

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



PORTÓN TRASERO
ELÉCTRICO



FAROS DELANTEROS
XENÓN



AVISADOR CAMBIO
DE CARRIL



DETECTOR DE
ÁNGULOS MUERTOS
Y RCTA



CÁMERA
TRASERA



TOYOTA TOUCH 2



LLANTAS
DE ALEACIÓN 18"



EURO NCAP
TEST 2013



Y MUCHO
MÁS

Descubre precios y condiciones financieras en toyota.es

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

TOYOTA
Por familia. Por todos. Por siempre.
Estás en familia

TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

P. Empresarial Campollano Norte, Avda. 6 n.º 1
02007 - ALBACETE
☎ 967 218 381

Avda. Cronista Mateos y Soto, 14
02005 ALBACETE
☎ 967 191 436