



médicos

de albacete

REVISTA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

*Os deseamos.....
¡Feliz Navidad!*



Seguro de Automóvil



SI TIENE ENTRE
25 Y 30 AÑOS Y
**ESTÁ O
ACABA DE
COLEGIARSE**
COMO PROFESIONAL
SANITARIO

50% bonificación
para **NUEVOS COLEGIADOS**
en su Seguro de Automóvil

EN A.M.A. QUEREMOS ESTAR CON USTED
DESDE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. ALBACETE

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

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

Síguenos en     



REVISTA N.º 49 • AÑO 2015

SUMARIO



5

4 EDITORIAL
Carta a los reyes magos

5 ACTUALIDAD
La nueva dirección de Primaria y Especializada del Área Integrada de Albacete
El Plan Director del CHUA se iniciará en 2016

9 ENTREVISTA
Jesús Martino Sánchez Martínez,
gerente del Hospital Perpetuo Socorro

10 NOTICIAS
Blanca Hernández Domínguez,
nueva Directora Provincial de Sanidad

11 NOTICIAS COLEGIALES
Ángel Losa era facultativo de Radiología del Hospital hellinero
La nueva gerente de Villarrobledo apuesta por el cuidado de los pacientes
El nuevo gerente de Almansa quiere "reorientar los recursos sanitarios"

16 ENTREVISTA
Amsterdam y Oxford, siguientes destinos en la formación de nuestros médicos

20 INFORMACIÓN
Conclusiones del II Congreso Nacional de Comunicación con el paciente Oncológico y su familia

22 HISTORIA
Los Juegos Públicos en la Roma de la Antigüedad. "LUDI CIRCENSES" (2)

26 COLEGIADOS
La quinta seña de identidad

28 INFORMACIÓN PAIME
"EL PAIME SOMOS TODOS"

30 ALTAS Y BAJAS COLEGIALES DE ALBACETE



11



12



13

JUNTA DE GOBIERNO 2013/2017

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

SECRETARÍA
MARÍA ANGELES LÓPEZ SÁNCHEZ

VICESECRETARÍA
PATRICIA PRIETO MONTAÑO

TESORERA
MARÍA PILAR SÁNCHEZ VALENCIA

VOCALÍA DE PRIMARIA
MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ROMERO

V. HOSPITAL / ESPECIALIZADA
PEDRO FERRERAS FERNÁNDEZ

V. FORMACIÓN / EMPLEO
FERNANDO GÓMEZ PÉREZ

V. EJERCICIO PRIVADO/COLECTIVA
JUAN GABRIEL LORENZO ROMERO

VOCALÍA DE JUBILADOS
JOSÉ LEGIDO GÓMEZ



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

REDACCIÓN: Mercedes Martínez Rubio

IMPRESIÓN: **graficual?** impresión rápida graficual@telefonica.net
Dep. Legal AB-521-2001

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

MIGUEL F. GÓMEZ BERMEJO

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete



Carta a los reyes magos

Como todos los años, nos acercamos a esas fechas tan entrañables e ilusionantes como es la navidad y los reyes, donde nos convertimos en seres mas nostálgicos y generosos, añorando nuestros días de niñez. Por eso me he tomado la libertad de escribir esta carta a los magos de oriente. Se la daré a ese paje, que no siendo mágico, tiene un apellido que suena igual, se escribe con (g) y ostenta el cargo de presidente autonómico.

Queridos reyes magos:

Durante los últimos cuatro años, nos hemos portado muy bien, creo que mas que bien y solo hemos recibido carbón y mucho, por eso esta carta, para pedirnos, que es hora de que os portéis bien con nosotros.

Tras años de estudio, esfuerzo y dedicación, pienso que no nos merecemos que no nos respete y valore, entre once o doce años de sacrificio, al terminar carrera y especialidad, hemos recibido contratos eventuales (basura), de acumulos que duran años, medias jornadas o contratos solo de guardias, otros ni eso, repitiendo especialidad por no estar en el paro. Es hora de que los contratos eventuales se conviertan en contratos estables y de fijsa.

Os pedimos, que en vez de nuevas obras faraónicas, sepáis optimizar los recursos que disponemos, mejorando las plantillas en primaria y hospitalaria. No permitáis que nuestros compañeros formados en nuestra provincia y autonomía, se vean obligados a emigrar a otras, incluso fuera de nuestras fronteras. No es posible tener plantillas de dos o tres personas en hospitales periféricos, que se ven imposibilitadas de realizar su labor asisten-

cial de manera adecuada o centros de salud mal dotados de personal, obligando a sus trabajadores a no librar las guardias y a doblar en vacaciones. Espero que pongáis remedio a esta situacion ilógica.

Por favor, acabar con los agravios comparativos, que sufrimos respecto a otras instituciones y administraciones, os recordamos que somos empleados públicos y tenemos los mismos derechos y deberes que los demás, funcionarios o estatutarios. Desbloquear la carrera profesional, pues es un ejemplo de agravio autonómico.

Por último, no cometer los errores de vuestros antecesores del mismo signo político, recordar el despilfarro desmedido que nos dejó en quiebra técnica. Continuamos esperando la terminación del aparcamiento interminado del chua, después de seis o más años, al igual que el hospital de Toledo, obras sin sentido como el aeropuerto de Ciudad Real. Tampoco obréis como vuestros antecesores de distinto signo político, que durante cuatro años, han mantenido una actitud de racioneria, negándonos el pan y la sal. El término medio es la virtud, para eso está el sentido común, algo que escasea en el mundo de la política.

Resumiendo, os pido para los profesionales de la medicina, respeto y confianza. Tampoco pido tanto, queridos reyes magos.

El colegio de médicos de albacete, sus trabajadores y junta directiva, os deseamos feliz navidad y todo lo mejor para el año 2016.

Un fuerte abrazo para todos, os lo merecéis.

La nueva dirección de Primaria y Especializada del Área Integrada de Albacete

Apuesta por recuperar la dignidad y la ilusión de los profesionales y pacientes, la gestión por procesos o la integración plena de ambos niveles asistenciales

La llegada de un nuevo gobierno a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, tras las elecciones autonómicas del pasado mes de mayo, ha supuesto el cambio en las direcciones de las administraciones sanitarias de Albacete y provincia.

En la capital, el nuevo director gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Ibrahim Hernández, no es ajeno al sistema sanitario albaceteño, ni tampoco a la gestión hospitalaria. Especialista en Urología y vinculado al CHUA desde 1991, durante los años 2006-2008 ocupó la Dirección Médica del Área Quirúrgica, y fue subgerente del Complejo Hospitalario desde 2008 a 2011, con Jesús Martino Sánchez Martínez a la cabeza de la dirección. Un anestesiólogo, por cierto, que vuelve a la gestión tras unos años en la práctica clínica aunque la tarea de estos próximos años será conducir el Hospital Perpetuo Socorro. Después de 13 años dirigiendo, primero el Hospital General y posteriormente todo el Complejo Hospitalario y Universitario, gestionará los próximos años el Perpetuo que, también necesita ser re-
flotado, según sus propias palabras.

Acompañan en esta apasionante y a la vez responsable tarea de gestionar el CHUA, los también conocidos en la profesión médica, el Jefe de Servicio de Cirugía Estética, Plástica y Reparadora, Gregorio Gómez Bajo, a quien recordamos con enorme cariño por su implicación activa en el Colegio de Médicos de Albacete cuando ocupó la Vocalía de Hospital/Especializada durante los años 2009-2013 y como secretario del Consejo Autonómico cuando Albacete ocupaba la presidencia, y el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Julio Montoya Fernández. El nuevo equipo de trabajo de la consejería de Sanidad ha tenido a bien integrar a la Especializada y la Primaria en una misma dirección. Para el puesto de director de Primaria del Área Integrada de Albacete se ha elegido a un consolidado médico del primer nivel asistencial: Julio Montoya Fernández, para quien este nuevo compromiso con la profesión médica supone un cambio importante en su actividad diaria. Tras 26 años trabajando en centros de salud, pasa a dirigir todo el bloque de primaria sin dejar de lado a sus compañeros. De hecho ha empezado con reuniones periódicas con los coordinadores médicos de los centros para conocer sus necesidades, problemáticas e inquietudes e introducir, valorando sus propuestas, las mejoras posibles y necesarias

que redunden en beneficio de los profesionales y los pacientes. Un objetivo compartido por todos los directivos con los que hemos tenido el placer de dialogar estos días. Tienen claro que la primera fase será optimizar los recursos disponibles y a partir de ahí detectar las deficiencias y en función de la disponibilidad de recursos dar prioridad a las necesidades más perentorias.

Ideas que surgen en unas conversaciones mantenidas días atrás que ahora plasmamos en las siguientes páginas de nuestra revista, esperando que los conozcan más y mejor y, sobre todo, compartan con nosotros la conclusión final de que la dirección de todo el Área Integrada de Albacete está en buenas manos.

Hablamos con **Ibrahim Hernández, Julio Montoya Fernández y Gregorio Gómez Bajo.**

¿Que ha supuesto para ustedes los nombramientos?

Ibrahim Hernández Milán: Supone un compromiso con esta casa, con la sanidad, los compañeros y los pacientes. Es una responsabilidad para intentar hacer algo desde otra perspectiva distinta a la que estás habituado, que es la clínica.

Yo estaba en el Servicio de Urología, como Jefe de Sección, trabajando en esta especialidad y la llamada ha supuesto un cambio. Abro una nueva etapa de gestión que me da cierto miedo, cierto reparo y cierto vértigo porque piensas que te vas a desprofesionalizar de lo que es lo tuyo, que es la asistencia, pero con mucha ilusión y ganas de trabajar.

Julio Montoya Fernández: Ha supuesto un cambio importante en mi actividad profesional. Llevo 26 años trabajando como médico de atención primaria –el último sitio en el Zona 4 de Albacete– y esto es un cambio importante en mi actividad. Creo que se pueden hacer cosas desde la primaria. Se pueden promover cambios que fortalezcan la atención primaria y en definitiva mejoren la calidad de la asistencia tanto para los pacientes como para los profesionales. Es un reto importante.

Gregorio Gómez Bajo: La vida son trenes que pasan y los coges o no. El tema de gestión es algo que todo médico que estudia debe intentar al menos una vez en su vida. No se volverían a dar to-

das las circunstancias favorables en mi vida para aceptar un cargo de estas características si no era ahora. Y, lo que ha supuesto es aprovechar una oportunidad y ver hasta donde conduce la situación.

Ha mencionado el doctor Montoya que le gustaría promover pequeños cambios, ¿cuáles serían algunas de las primeras medidas que consideran necesarias en la línea de ir introduciendo cambios hasta llegar a un fortalecimiento del sistema sanitario?

I.H.M.: Mis primeros retos van en la línea de recuperar la ilusión de los profesionales en el sentido de que la gente vea gestos de que se pueden desarrollar profesionalmente, que van a tener más capacidad de autogestión y que hacen las cosas bien, que tienen recursos y posibilidades de tecnología. Y, que los pacientes recuperen la confianza de que el sistema va a poner todo sobre la mesa para que tengan un acceso fácil, rápido para curar su patología, que se desarrollen más las prestaciones dentro de la propia provincia y ciudad, y no seamos dependientes de los recursos de fuera. Los dos grandes pilares son estos, recuperar la ilusión de los profesionales y la confianza de los pacientes.

J.M.F.: Lo primero que he hecho es pedir la participación de los coordinadores médicos de los centros de salud, solicitando un informe con aquellas propuestas y necesidades que tienen en el momento actual en los centros de salud. Yo creo que es importante conocer desde el interior de cada centro de salud sus particularidades y empezar a trabajar conjuntamente, contando con la gente que lleva mucho tiempo trabajando en la AP. Hemos empezado con reuniones periódicas con los coordinadores de los centros de salud para una vez que concluyan todas la reuniones desplazarnos hasta los centros y hablar con los profesionales, con todo el grupo.

Pero, desde su experiencia en esos 26 años de médico de primaria, ¿qué considera que se debe empezar a cambiar?

J.M.F.: Es muy importante plantear el funcionamiento, la estructura, la organización de los centros de salud en cuanto a las consultas. Asimismo, las funciones del coordinador; reestructurar las urgencias; hacer que las consultas sean más ágiles; cómo podemos dedicar más tiempo a los pacientes, y esto pasa por quitarle al médico tareas burocráticas que consumen gran parte del tiempo en las consultas de AP, o al menos que tenga un apoyo para agilizar esas



Los nuevos responsables posan con el presidente del Colegio de Médicos

tareas. Esto es una cosa muy importante. Al paciente hay que escucharle, hay que comprenderle, pero si no tenemos tiempo... no podemos tener un paciente citados cada 4 o 5 minutos. Esto es lo que tenemos que cambiar; hay que ver la manera de cómo hacerlo.

¿Y, desde la especializada, doctor Gómez?

G.G.B.: Se trata de recuperar la dignidad de los pacientes y los profesionales. Es decir, los pacientes son algo más que una lista, los profesionales son algo más que un concepto retributivo en una lista de nóminas. Yo creo que la sensación de los últimos años es que siempre hemos reclamado que somos algo más que número y que un capítulo de retribuciones variables. Somos mucho más que eso y yo creo que la esencia del famoso Plan Dignifica, lo que trae detrás es eso: recuperar el diálogo con los agentes sociales, con las instituciones, escuchar a los pacientes. Nadie está prometiendo nada irrealizable, pero dentro de lo realizable hay que dar prioridad y un nuevo impulso a lo que creemos que es trascendente y se había olvidado un pelín.

¿Qué se persigue con la integración de primaria y especializada en una misma dirección?

I.H.M.: En este punto, tenemos mucho trabajo por hacer. Se empezó una gran idea, la gestión por procesos. La primaria es fundamental, es la puerta de entrada al sistema y una primaria fuerte, capaz y resolutive hace que llegue la especializada a lo que tiene que llegar, que los procesos se atiendan mejor y en plazos de tiempo mucho más cortos.

Es una facilidad en la continuación del proceso. Pero, hasta ahora ha sido muy teórica, y ahora hay que integrarlos, hay que ponerlos juntos, integrarlos realmente.

Y, preguntará, cómo se consigue en la práctica. Porque en gerencias tan grandes como ésta es difícil. Necesitas recursos, contar con coordinadores, equipos directivos, mandos intermedios...y sobre todo, sentarte y diseñar los procesos, con circuitos que funcionen a la perfección con cada proceso; no tiene sentido que primaria tenga una cuota de solicitudes a especializada, tiene que ser lo que haga falta y lo que se necesite. La integración a veces se facilita con tener un teléfono, como el que se ha puesto en marcha hace unos meses: un teléfono de comunicación de determinados servicios con AP. El médico de primaria nos llama y nos consulta dudas y es un paciente que no hace falta que venga; ya el mismo de primaria lo está atendiendo. Esto ocurre en medicina interna y en otras especialidades, y tenemos que seguir en esa línea.

J.M.F.: Bueno, pues como dice la palabra, integrar es que no vaya cada uno por su lado, por ejemplo compartir espacios y tener reuniones comunes para resolver problemas es ya un gran paso. Desde la primaria y la especializada tenemos que tener claro que los pacientes no son ni de uno ni de otro sino del conjunto de la gerencia. Si conseguimos llegar a acuerdos favorables, será un paso importante.

G.G.B.: Cualquier buró de la asistencia sanitaria no habla de esas divisiones artificiales ni aquí ni en cualquier otro lugar del mundo. Todo va por la gestión por procesos: un paciente empieza en la primaria y acaba en un quirófano sofisticado. Es un proceso. Los reinos de taifa en sanidad no funcionan y solo ocasionan desajustes y desarreglos para el paciente. Lo que ocurre es que dos estructuras tradicional-

mente tan separadas y que han interactuado con un encaje tan complicado, cuesta trabajo la integración como tal. Pero hay que buscar una integración a todos los niveles, pensar que el paciente es un proceso.

Que haya una buena coordinación entre unos y otros. Urgencias es el reflejo de una mala integración, que sistemáticamente sea una vía de escape de una mala integración...esa es la labor que nos toca a Julio y a mí, una buena integración.

¿Creen que existe desilusión en el colectivo médico por algunas de las medidas que se han adoptado desde el anterior Gobierno Regional como la jubilación forzosa a los 65 años, las popularmente llamadas “Cospetardes”...?

I.H.M.: Sí, como ya he dicho antes, hay que recuperar la ilusión y el entusiasmo de los profesionales porque en estos cuatros años nos ha costado mantener la dignidad; que se reconozcan los méritos de los trabajadores sanitarios; restablecer el orgullo de pertenencia a la organización y el prestigio del hospital.

J.M.F.: Evidentemente sí, porque ha sido un sobreesfuerzo lo que ha supuesto para los profesionales de AP., que han tenido que trabajar mucho más en condiciones muy duras. Decíamos que la calidad de la asistencia se ha resentido, pero no tanto como era de esperar por la limitación o la disminución de los recursos gracias al esfuerzo de los profesionales. A pesar de que hemos tenido una sobrecarga de trabajo, no ha empeorado la calidad asistencial. Ahora parece que hay una nueva ilusión por parte de los profesionales de que se pueden hacer cosas. Se han tenido que hacer consultas dobles durante el verano; tenemos una bolsa de médicos para sustituciones bajas y eso ha repercutido en el resto de los compañeros. Ahora queremos recuperar a esa bolsa de compañeros que se han ido fuera, a otras comunidades u otros países, porque los necesitamos.

G.G.B.: Yo creo que la desilusión ha venido motivada en parte por la situación de crisis pero también por una falta de sensibilidad, una unilateralidad, una ausencia de consenso y poco respeto de los anteriores directivos, no ya para sus profesionales sino también para sus organismos representantes, y eso genera una irritación y un punto de fricción. A diferencia de lo que se nos ha acusado anteriormente de que hinchábamos las listas de espera, que operábamos sin tener que hacerlo, hemos pasado consultas muy por encima de lo recomendable, se ha operado fuera de nuestro horario, y se han obtenido niveles de rendimiento por el compromiso de los profesionales con sus pacientes, pero no por el acuerdo con las medidas instauradas y mucho menos por el respeto mostrado.

Por tanto, por lo que dicen, ¿habrá incorporación de nuevos profesionales?

I.H.M.: Hay que reforzar prácticamente todas las plantillas. El hecho de pasar de 37 horas semanales laborales a 35, implica aumentar la plantilla para mantener la misma actividad. Hay que volver a dimensionar las plantillas necesarias para este hospital. Tengo la sensación de que las plantillas están muy justas, esa es la visión desde dentro, pero es algo que tenemos que negociar con el Sescam. Tienen que aumentar seguro, pero también enfermería...hay que dar un repaso a todo.

G.G.B.: Lo que pretende parte de esa dignificación del profesional y con el paso de las 37 horas laborales a las 35, es compensarlo con las contrataciones de nuevos profesionales. De hecho ya se ha elaborado un plan diciendo qué necesidades profesionales existen - médicos, enfermería, celadores, auxiliares, técnicos -, cuáles serían los que se deberían contratar para cuando se elimine esa actividad profesional extraordinaria, popularmente conocida como “Cospetardes”, y lógicamente tener un efecto de captación de nuevos profesionales para trabajar en el área sanitaria de Albacete. Hemos empezado reuniones con los servicios quirúrgicos pero vamos a reunirnos con todos. A veces las necesidades son puntuales, en unidades puntuales, ver las reales. No un simple cálculo horario sino detectar necesidades reales, llevar al profesional que es necesario a esa área concreta. Tratamos de individualizar.

J.M.F.: Lo que ha supuesto el exceso de horas, esa sobrecarga de horas, se va a cubrir con personal. Se han cubierto las vacaciones, las bajas, en la mayor parte con los mismos profesionales de AP que ya estaban trabajando y lo que queremos es que esas vacaciones o bajas sean cubiertas con nuevas contrataciones. Es una manera de crear empleo. Es cierto que en determinados momentos sí se va a necesitar también el apoyo de los profesionales que ya están trabajando, los titulares, porque en algunos momentos no vamos a poder cubrirlo. Pero, la idea sería cubrirlo casi todo.

¿Están de acuerdo en premiar a los médicos en función de su eficiencia?

I.H.M.: Darle capacidad a los médicos y profesionales en general para que se autogestionen, es fundamental. Es la gestión clínica que tanto queremos; sería un gran avance, porque se autoresponsabilizan más. Para el paciente siempre es una mejora y para los profesionales también porque se ven las cosas con mejor intención y más responsabilidad. Te comprometes a hacer las cosas con unos determinados niveles de prestaciones, en un determinado tiempo y con unos determinados estándares, y eso siempre es bueno.

G.G.B.: Ya lo dijo el consejero y es un anhelo, el modelo al que se quiere ir es al de la gestión clínica, un modelo que busca que la gestión sea más clínica pero que la clínica a la vez haga gestión. Se trata de que el grupo de profesionales que trabajan en un área concreta sean capaces, mediante acuerdos con la gerencia, de gestionar sus recursos y conseguir su excelencia. Esa eficiencia se traduce en un beneficio para todos los profesionales y los pacientes. El modelo gerencial tiene las horas contadas; hay que ir a una gestión clínica que es el futuro. El médico debe ser consciente de que mientras está haciendo clínica está haciendo gestión.

J.M.F.: La crisis tiene que servir para algo; tenemos que darnos cuenta de lo que teníamos y de lo que podemos mejorar. O se mejora o hay una ruptura. Nosotros estamos por la mejora.



Ibrahim Hernández

El Plan Director del CHUA se iniciará en 2016

Mención aparte para el Plan Director del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. “Durmiendo en el sueño de los justos” desde hace varios años, la llegada de un nuevo Gobierno Regional ha supuesto un empuje a un plan ambicioso de ampliación y remodelación, que persigue mejorar instalaciones y recursos hospitalarios, con la reposición de equipos, actualización de las tecnologías. Un plan ambicioso que el consejero de Sanidad, Julio Fernández, ya ha anunciado que se va a incluir en el Plan de Inversión Sanitaria de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha con el fin de que las obras, esto es, las primeras fases del proyecto, se inicien en 2016. Tanto el gerente del CHUA como el director médico coinciden en que el Plan Director del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete es fundamental y necesario. Para el doctor Hernández, además es acuciante. “El Hospital General tiene muchos años, tiene muchas zonas que serían necesarias arreglarlas para dar la mejor atención”.

El Plan Director duplica los espacios que actualmente tiene el hospital y se puede abordar. Y con él viene el cambio tecnológico y el “actualizarnos tecnológicamente hablando en muchas cosas que estamos pendientes”, afirma el gerente.

El desarrollo del plan sería en cuatro o cinco años. A veces se estará actuando en varios sitios a la vez. Para el gerente, lo más impor-

tante y lo primero que se debería acometer es terminar el aparcamiento, “quitar la valla” que afea el entorno y dejar otro aspecto en toda la entrada principal del hospital; además, tiene que crecer la zona de críticos a expensas de construir una zona materno-infantil en un nuevo edificio; hacer una hemiplanta cada seis meses, cambiándolas, y es importante tener zonas para reubicar a los pacientes.

Los grandes puntos son el bloque quirúrgico –“no tenemos capacidad para operar todo lo que entra en lista de espera, porque tenemos un bloque pequeño”-; el área de críticos tiene que crecer y la zona materno-infantil tiene que cambiar.

Es un plan de reforma integral. Cambian también los espacios de consultas externas; habrá zonas de exploraciones que va a hacer que muchas de las cosas que se hacen en áreas quirúrgicas puedan ser zonas de corta estancia.

La zona de urgencias será de las que menos cambian; cambian también los laboratorios. Realmente casi todo está sometido a reforma.

Se duplica la superficie. Se hace un edificio en L, que va por Hermanos Falcó y Francisco Javier de Moya. Prácticamente es un edificio nuevo.

Para el doctor Gómez Bajo, el proyecto pretende hacer más habitable, más eficiente y más confortable el hospital.” Integra nuevas instalaciones dentro del recinto actual; remozca la parte más antigua y obsoleta y acaba algunas obras que se empezaron. Construirlo nuevo pero sobre la base de lo que se tiene. Es un anhelo que cualquier profesional que trabaje en este Complejo tiene. Hemos visto cómo se han ido envejeciendo todas las infraestructuras. Los edificios envejecen como las personas, a veces incluso de forma más cruel. Y eso es lo que vamos a intentar ahora, remozarlo y renovarlo. El impulso por parte del Gobierno Regional para que el Plan Director se incluya en la partida de inversión sanitaria de este año es loable y hace ilusión”, concluye el nuevo director médico.



Instante del encuentro que mantuvieron en el despacho de la Gerencia

Jesús Martino Sánchez Martínez, gerente del Hospital Perpetuo Socorro

“NO HAY HOSPITAL PEQUEÑO; HAY QUE REFLOTAR EL PERPETUO, TRABAJAR POR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y ESTAR EN COORDINACIÓN CON LAS RESIDENCIAS ASISTIDAS”.

¿Cuál fue su reacción cuando le propusieron gerente de este hospital albaceteño?

Yo le tengo mucho cariño al CHUA en su conjunto. Que después de tantos años de haber estado al frente de la gerencia, cuando se renuevan los puestos y los cargos, Ibrahim Hernández me quiera incluir en su equipo de trabajo, sencillamente fue muy gratificante. No tengo ninguna ambición de pensar que he perdido ningún terreno sino que he vuelto a ganar un espacio con una gente que conozco, con la que me llevo muy bien y con un objetivo que es francamente bueno, volver a reflotar el Perpetuo y trabajar porque va a jugar un papel fundamental como complemento a todo el proyecto del Plan Director de Obras.

¿Cuántos años ha estado al frente de la gestión hospitalaria?

En total 13 años en la gestión, primero como gerente del Hospital general de Albacete. Luego nos integraron el Hospital Los Llanos y pasamos a ser Complejo Hospitalario de Albacete. Posteriormente se integró el Perpetuo Socorro con el General y posteriormente, ya en la última etapa, se convirtió en Universitario.

Desde su amplia experiencia en dirección de hospitales, ¿es diferente la forma de gestionar un Complejo Hospitalario que un Hospital como el Perpetuo Socorro?

La gestión en gran medida es contacto con la gente, relaciones con los profesionales, con los usuarios y las necesidades son igualmente importantes porque tanto los pacientes como los profesionales tienen unas carencias que hay que atender de la misma manera. No hay hospital pequeño; todos son igual de grandes; unos tienen un tamaño más manejable y otro más desproporcionado.

¿Qué primeras medidas se plantea desarrollar en el Perpetuo Socorro?

Cuando se termine de consolidar el equipo de dirección de toda la gerencia del Área Integrada de Albacete, tenemos que hacer un análisis de la situación real de necesidades, situación, problemas, como los de formación de especialistas, atenciones y listas de espera; y desarrollo del Plan Director. Tenemos que trabajar por la continuidad de cuidados y estar perfectamente coordinados con las residencias asistidas, cuyos profesionales se integraron en la estructura del Sescam y por tanto, enfermeros y auxiliares de las residencias asistidas de Albacete son responsabilidad nuestra junto con bienestar social.

Hablaba de la necesidad de reflotar el Perpetuo, ¿en qué sentido?

Pues, en el sentido de que se han dejado de prestar servicios que antes teníamos en marcha; se han incumplido plazos de la Ley de Garantías; hay que darle un poco más de capacidad de resolución al Perpetuo Socorro en servicios diagnósticos, exploraciones y cirugías... Tenemos que recuperar a los pacientes



que se desplazan a otras provincias, que para mí es un atentado contra los derechos de los usuarios y la dignidad de los profesionales que han perdido contacto con esos pacientes.

¿En qué va a afectar el Plan Director al Perpetuo Socorro?

El Plan es una necesidad imperiosa, tanto para la comodidad y seguridad de los usuarios como para las condiciones de trabajo de los profesionales. El Hospital Perpetuo Socorro es un favorecido; es un centro que no tiene necesidades estructurales tan importantes como tiene el CHUA. Hay especialidades que no hay en el General y son complementarios uno del otro. En la fase final del Plan, que abarcará entre cinco y siete años, se trabajará en el Perpetuo Socorro para que gane en Unidades. La ubicación de los recursos de salud mental en un edificio nuevo supondrá que se gane en superficie, en número de camas. A fecha de ahora mismo, está en proyecto que se acometan reformas internas en las Unidades de Hospitalización y Ambulatorias.

Concluimos las entrevistas con una petición por parte del gerente del CHUA a sus compañeros:

“Que nos entiendan, que nos ayuden. Esto es una cosa de todos. El que está en la dirección es capaz de establecer las grandes líneas, intentar alinearse estratégicamente con el Sescam pero también hay que ver los problemas locales que son importantes. La ilusión es la ilusión de todos. Hay que escuchar a los profesionales porque son los que nos están dando la clave de las cosas, nos dicen lo que están pasando, lo que necesitan. Otra cosa es lo que puedes hacer, en mayor o menor medida, y la gente tiene que entender que no todo es posible porque no todo se podrá hacer, habrá que priorizar... pero bajo la premisa fundamental de escuchar a los servicios, a los médicos, a las enfermeras.. porque esa información siempre nos ayudará a mejorar”.

Una nueva etapa que comienza con ilusión, con ideas claras y un manifiesto objetivo, mejorar la situación laboral de los profesionales, recuperando los niveles de excelencia en la práctica clínica; hacer de la Sanidad albaceteña una Sanidad excelente, eficaz y eficiente, que redunde en mejorar la atención sanitaria al ciudadano.

Nuevo nombramiento de la estructura de la Delegación de la Junta en Albacete

Blanca Hernández Domínguez, nueva Directora Provincial de Sanidad



*ES LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA POR LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA
Y DIPLOMADA EN SANIDAD POR LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD*

Blanca Hernández Domínguez es la nueva Directora Provincial de Sanidad en Albacete. Es Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Murcia desde el año 1983. Además, tiene el título de Curso Superior de Educación para la Salud por la Escuela Nacional de Sanidad, desde 1989.

También es diplomada en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad.

Desarrolló su labor profesional como médico programador de Salud Pública en la Delegación

Provincial de Sanidad de Cuenca, entre enero de 1986 y mayo de 1987, y fue técnico superior de Salud Pública en la Delegación Provincial de Sanidad de Albacete, entre mayo de 1987 y junio de 2004.

Además, ejerció de médico en el Centro Base de Albacete, perteneciente a la Delegación Provincial de Bienestar Social y Sanidad entre junio de 2004, hasta la fecha.

Por último, fue médico perteneciente al Equipo Técnico de Valoración de la Discapacidad.



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha

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 **11689**, número que podéis adquirir en la administración de lotería de la calle Rosario, 3 (frente al edificio Toscana).



El nuevo gerente de Hellín quiere “alimentar en el área sanitaria el interés por la actividad científica”

Ángel Losa era facultativo de Radiología del Hospital hellinero

Los Hospitales Generales de Hellín, Almansa y Villarrobledo también tienen nuevos gerentes. El nuevo del Área Integrada de Hellín, es el joven facultativo Ángel Losa. “Un profesional de nuestra tierra, que conoce nuestro sistema sanitario y que conoce perfectamente este hospital y su área de referencia, y los problemas que se deben afrontar”, afirmó en su presentación pública el pasado 8 de octubre la directora gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Sescam, Regina Leal. No en vano el nuevo gerente ejercía como facultativo especialista en Radiología en el Hospital de Hellín.

El nuevo gerente del Área Integrada de Hellín verbalizó su compromiso con los pacientes, trasladándoles su deseo de que se sientan satisfechos y tranquilos “de que esta sea su área sanitaria” y de que cuentan con un gran equipo de profesionales trabajando por y para ellos, desde la proximidad de los centros de salud y desde el Hospital.

“Queremos recuperar el tiempo perdido y la confianza de los ciudadanos, apostando por una sanidad pública que se ha ido deteriorando progresivamente desde 2011”, afirmó Losa, quien aseguró que no cree que el desarrollo de un modelo sanitario basado en la sanidad privada sea lo mejor para los pacientes.

A sus compañeros, los profesionales sanitarios, les pidió que vuelvan a sentir “la emoción de empezar un proyecto donde sí nos apetece invertir nuestro tiempo, nuestras energías y nuestras ilusiones”.

En este sentido, avanzó su apuesta por alimentar en el área sanitaria el interés por la activi-



El delegado de la Junta en Albacete, Pedro Antonio Ruiz Santos y la gerente del Sescam, Regina Leal asistieron a la presentación oficial

dad científica y que los profesionales tengan la posibilidad de desarrollarse más allá de la actividad asistencial, hacia la investigación y publicaciones científicas. Otro de sus objetivos será emprender renovaciones tecnológicas, así como ajustar la cartera de servicios a las necesidades de la población.

Losa se mostró partidario de fomentar la fluidez de las relaciones entre los centros de salud y el Hospital “ya que la Atención Primaria es la base de nuestro sistema sanitario, y médicos de Primaria y de Especializada deben apoyarse y enriquecerse mutuamente”.

El nuevo gerente es Licenciado en Medicina por la Facultad de Medicina de Valencia. En catorce años de experiencia profesional, ha pasado por siete hospitales, trabajando en diferentes servicios como internista, urgenciólogo, radiólogo y cirujano.

“Quiero que este bagaje me sea útil para ser capaz de comprender las necesidades de los diferentes servicios y centros de salud con el propósito de mantener una relación más fluida”, afirmó el nuevo gerente.



Caridad Ballesteros gestiona, desde el pasado 22 de octubre, el Centro Hospitalario de su localidad natal

La nueva gerente de Villarrobledo apuesta por el cuidado de los pacientes

Para el Hospital de Villarrobledo, el Gobierno Regional ha apostado por alguien de su tierra. Caridad Ballesteros, natural y vecina de la localidad donde va a gestionar el centro sanitario.

En la presentación oficial de su cargo, el pasado 22 de octubre, la nueva gerente mostró su interés en el cuidado de los pacientes, una convicción que le ha llevado a aceptar el puesto “con fuerza y entusiasmo”.

La doctora Ballesteros precisó que la curiosidad por atender y entender bien a los pacientes, unida a un gran sentido de la responsabilidad y de la justicia, le ha permitido aprender en ámbitos tan variados como la Cirugía general, Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Geriátrica y Neumología, Urgencias y finalmente Medicina de Familia, tanto en el Reino Unido como en España.

En este sentido, subrayó que a lo largo de su carrera profesional ha apren-

dido a desarrollar un alto grado de empatía con sus compañeros de trabajo en general y con sus pacientes en particular, pero ha sido su experiencia en Atención Primaria, la que le ha hecho comprender el verdadero viaje del paciente, sus necesidades psicosociales y la visión global que conlleva la atención sanitaria.

Ballesteros destacó el gran privilegio que supone para ella desempeñar este nuevo cargo “porque soy de este pueblo, nací aquí; mi familia vive aquí; muchos de mis amigos viven aquí y he crecido con ellos”.

Su mayor interés en esta Gerencia será “crear un ambiente de trabajo entorno a la excelencia clínica donde los profesionales de Atención Primaria, de Atención Especializada y de todos los estamentos, se sientan satisfechos y valorados por su trabajo, y orgullosos de la diferencia y del impacto que tiene su labor”.

Por su parte, el consejero de Sanidad, Julio Fernández, que presidió el acto, se comprometió a “estabilizar plantillas y poner la planta que cerraron a disposición de las necesidades de los pacientes de Villarrobledo y del plan Dignifica, cuyo objetivo final es priorizar la humanización en el trato a los pacientes y sus familiares.

Recordó que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha está elaborando un plan para paliar las listas de espera. Entre las medidas a adoptar, volverán las operaciones por la tarde en los hospitales públicos de la región, “pero dentro de la jornada ordinaria, lo que evitará tener que hacer un gasto extraordinario”, concluyó Fernández Sanz.



Acompañan a la gerente de Villarrobledo, Ruiz Santos; el consejero de Sanidad, Jesús Fernández y el alcalde de Villarrobledo, Alberto González

El nuevo gerente de Almansa quiere “reorientar los recursos sanitarios”

ANTONIO SÁNCHEZ HA ESTADO MUY IMPLICADO EN LA PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA, DESDE 2005 HASTA SU APERTURA EN 2007 Y COMO JEFE DE ADMISIÓN HASTA 2012

El nuevo gerente del Área Integrada de Almansa es Antonio Sánchez. Presentado oficialmente el pasado 30 de octubre en un acto que contó con la presencia del consejero de Sanidad, Jesús Fernández Sanz, el flamante director apostó por reorientar los recursos sanitarios al nuevo escenario en el que unos pacientes cada vez más informados piden solución a sus problemas actuales.

En su primera alocución pública como nuevo gerente, Sánchez indicó que la gestión sanitaria no es una actividad individualizada, sino de procesos en los que se necesita la aportación de muy distintos agentes: facultativos, sanitarios y no sanitarios, por lo que es imprescindible una coordinación y revisión continua de los procesos. “En esta Gerencia estamos 520 personas que cada día debemos poner lo mejor de nosotros mismos para atender a nuestros ciudadanos y deberíamos hacerlo desde la perspectiva del paciente que todos somos, con respeto a la persona, con un sentido de humanidad o más sencillamente como nos gustaría que nos trataran a nosotros”, apuntó.

En este sentido, aseguró que está convencido de que para llevar a cabo esta tarea cuenta con un gran equipo “en todos los sentidos”, muchos de ellos, desde la apertura del Hospital General de Almansa y otros integrados en la Gerencia de Área Integrada desde Atención Primaria, con muchos años de experiencia en sus respectivos cometidos.

Sánchez se comprometió a hacer de la

Gerencia un espacio de trabajo atractivo y cómodo para los trabajadores “y no un sitio de paso como en otros muchos sitios”.

El nuevo gerente recordó su implicación en la puesta en marcha del Hospital General de Almansa, desde el año 2005 hasta su apertura en 2007 y como jefe de la Unidad de Admisión hasta 2012. “Vuelvo a esta Gerencia para intentar asentarla definitivamente como hospital de proximidad, de alta resolución y con orientación al paciente, y con una Atención Primaria cada vez más implicada en su papel de gestor de pacientes”, afirmó.

Antonio Sánchez es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, y Facultativo especialista en Admisión y Documentación Clínica. Ha desarrollado la mayor parte de su trayectoria profesional en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.



Los nuevos cargos en la Provincia

Completado el mapa sanitario



CARIDAD BALLESTEROS
GERENTE HOSPITAL
VILLARROBLEDO



JESÚS MARTINO
GERENTE
PERPETUO SOCORRO



IBRAHÍM HERNÁNDEZ
GERENTE
CHUA



BLANCA HERNÁNDEZ
DIRECTORA
PROVINCIAL DE SANIDAD



ANTONIO SÁNCHEZ
GERENTE HOSPITAL
ALMANSA



ÁNGEL LOSA
GERENTE HOSPITAL
HELLÍN



Para combatir el tumor triple negativo

Facultativos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete estudian un nuevo fármaco contra el cáncer de mama

COMBINADO CON QUIMIOTERAPIA SE CONSIGUE QUE LAS CÉLULAS CANCERÍGENAS MUERAN Y QUE SE REDUZCA EL TAMAÑO DEL TUMOR

Investigadores del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, centro perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), están estudiando dos nuevos tratamientos para combatir el cáncer de mama triple negativo.

El triple negativo es uno de los tumores más agresivos que afecta al 15 por ciento de las pacientes oncológicas. Actualmente, este tipo de cáncer solo se puede tratar con quimioterapia, por lo que la identificación de nuevas dianas terapéuticas está siendo una prioridad.

Por este motivo, los investigadores de la Unidad de Investigación Traslacional de Cáncer del Hospital de Albacete están realizando, en colaboración con las universidades de Toronto y de Salamanca, un estudio que ha reflejado la efectividad del fármaco EC-70124 y EC-8042 al combinarlo con quimioterapia para matar las células cancerígenas y reducir, por tanto, el tamaño del tumor. Ambos trabajos acaban de ser publicados en la revista *Oncotarget*, publicación de prestigio internacional.

Así lo ha manifestado el doctor Alberto Ocaña, responsable de la Unidad y director de esta investigación, quien ha asegurado que “el fármaco EC-70124 se comporta favorablemente llegando a los tumores, deteniendo su crecimiento; y al añadirlo a la quimioterapia hace que su efecto sobre los mismos sea mayor”. Por otro lado, “el EC-8024 es un análogo de mitramicina con una potente acción antitumoral y un perfil menos tóxico”, ha señalado.

En este sentido, el doctor Ocaña ha destacado que “por el momento ambos se han probado en animales con un buen resultado, y esperamos comenzar con los estudios en personas a finales del año que viene”.

Por otro lado, ha señalado que “gracias al banco de tumores del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete hemos podido comprobar el patrón de proteínas oncogénicas que están activadas utilizando directamente muestras de pacientes”. “Hemos realizado un cribado farmacológico basándonos en qué proteínas estaban más presentes y el resultado es que el fármaco EC-70124 es uno de los más activos”.

En este proyecto de investigación están colaborando diversas asociaciones de afectados por el cáncer así como la Diputación de Albacete y otras entidades públicas y privadas.



Gracias a las becas que concede el Colegio de Médicos de Albacete

Amsterdam y Oxford, siguientes destinos en la formación de nuestros médicos

Los doctores Ponciano Martínez Ródenas y César Gonzalvo Díaz disfrutaron unos meses de un período formativo en hospitales de referencia en lo que respecta a sus especialidades respectivas, Aparato Digestivo y Endocrino, gracias en parte a las becas que cada año ofrece el Colegio Oficial de Médicos de Albacete.

Ponciano Martínez Ródenas, trabaja actualmente como Facultativo Especialista de Aparato Digestivo a tiempo parcial en el Hospital de Almansa y también hace guardias en el Hospital General de Albacete. Su estancia en el Hospital Academi Medical Center de Amsterdam le ha servido, según sus propias palabras, para profundizar en técnicas de endoscopia digestiva.

Por su parte, **César Gonzalvo Díaz**, trabaja en el Servicio de Endocrinología y Nutrición de Albacete y el pasado año se marchó dos meses a la ciudad inglesa de Oxford al Churchill Hospital para trabajar con “uno de los grupos más importantes a nivel mundial en el campo de investigación en neuroendocrinología”.

Experiencias muy gratificantes y satisfactorias a nivel personal y profesional que la institución colegial albaceteña seguirá promocionando, consciente de que la formación del médico es fundamental para una atención sanitaria de calidad.

¿Qué hospital eligieron para profundizar su formación?

Ponciano Martínez Ródenas: Elegí el Hospital Academic Medical Center (AMC) de Amsterdam. Este centro es considerado referencia en la endoscopia digestiva a nivel europeo. Tenía la experiencia de otros compañeros que había sido muy satisfactoria.

César Gonzalvo Díaz: Escogí realizar mi rotación externa en OCDEM (Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism) situado dentro del Churchill Hospital en Oxford (Reino Unido). Elegí este centro porque tenía muy buenas referencias sobre él por compañeros que habían estado allí previamente y porque además son uno de los grupos más importantes a nivel mundial en el campo de investigación en neuroendocrinología.

¿Cuánto tiempo estuvieron en dicho centro sanitario?

P.M.R.: Estuve durante 2 meses, concretamente desde el 15 de Octubre hasta el 15 de Diciembre de 2014.

C.G.D.: Estuve en OCDEM durante los meses de Noviembre y Diciembre del año pasado.

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

P.M.R.: Desde el primer día había una dinámica muy bien establecida. Todos los días a primera hora había sesiones clínicas donde participaba todo el Servicio de Gastroenterología y Hepatología; principalmente en estas sesiones se discutían casos complejos, se comentaban las complicaciones que surgían en cada procedimiento endoscópico y se revisaban algunos temas de interés. Después empezaba la actividad asistencial donde había varias salas de procedimientos (CPRE, ecoendoscopia, gastroscopia avanzada, etc) y de forma libre asistía como observador en la sala que fuera de mi interés. Finalmente, el día en el hospital terminaba con una sesión clínica donde se comentaban los pacientes ingresados en el Servicio y su evolución. También tuve la oportunidad de participar en diferentes cursos



Ponciano Martínez Ródenas

y jornadas donde se proyectaban procedimientos endoscópicos en directo que se desarrollaron durante mi estancia en este hospital.

C.G.D.: Estuve bastante a gusto, había endocrinólogos de muchos países que habían ido a rotar por ese centro, como yo, y eso hizo más fácil adaptarse al idioma. Normalmente asistíamos a varias reuniones de trabajo y sesiones clínicas cada mañana especializadas en algún tema en concreto, y posteriormente acompañábamos a los médicos en la actividad asistencial.

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

P.M.R.: La primera diferencia que encontré fue que el Sistema de Salud no es público, es privado a través de compañías aseguradoras. En cuanto al horario de trabajo, era de forma continua desde las 8 hasta aproximadamente las 18 horas, con un descanso de 30-45 minutos para comer. Cuentan con una gran cantidad de recursos a todos los niveles principalmente tecnológico y logístico. Como principal semejanza fue la organización del Servicio de Gastroenterología y Hepatología que es muy similar a la que encontramos en nuestro hospital.

C.G.D.: Lo que más me llamó la atención fue la gran cantidad de sesiones clínicas que tenían y la mayor presencia de consultas monográficas, probablemente debido a que acogían pacientes procedentes de gran parte del Reino Unido. Por otro lado, la actividad asistencial también era diferente, delegando muchas funciones en el GP (médico de atención primaria).

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

P.M.R.: Este centro es pionero en cuanto al manejo endoscópico del esófago de Barrett, realizando técnicas como la radiofrecuencia y la resección mucosa. Otra técnica que realizan es la miotomía endoscópica perioral (POEM) para

el tratamiento de la achalasia. Tuve la oportunidad de asistir a técnicas avanzadas tanto diagnósticas como terapéuticas mediante CPRE y/o ecoendoscopia. Considero que algunas de ellas en el futuro se podrían aplicar, pero el principal inconveniente es que requieren de una gran cantidad de recursos económicos y tienen una curva de aprendizaje muy larga.

C.G.D.: La gran cantidad de médicos expertos en distintos temas de la neuroendocrinología, como la patología hipofisaria, los tumores neuroendocrinos o la patología de la glándula suprarrenal, así como el gran volumen de pacientes con estas enfermedades y la asistencia a sesiones clínicas de estos temas con gran calidad científica ha hecho que mejore mi conocimiento sobre estas enfermedades que se pueden presentar en el día a día de una consulta de endocrinología.

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

P.M.R.: En mi opinión estas ayudas son muy importantes, ya que permiten hacer frente a una gran cantidad de gastos que te encuentras cuando decides realizar una estancia en el extranjero. De esta forma se nos da la oportunidad de mejorar nuestra formación y conocer de primera mano otra forma de trabajar en otros centros y en otros países.

C.G.D.: Creo que hacen que sea más fácil perfeccionar nuestra formación y permiten paliar económicamente el desembolso que hay que realizar para viajar al extranjero.

Con estas dos entrevistas terminamos el repaso a las experiencias que han vivido nuestros médicos en otros centros de España y el mundo para profundizar sus conocimientos y aprender nuevas técnicas que posteriormente puedan desarrollar en su entorno de trabajo. Agradecemos el esfuerzo y el tiempo que nos han dedicado, colaborando con la revista y haciendo, de esta forma, que "Médicos de Albacete" sea cada vez mejor.



César Gonzalvo Díaz

“Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”

El Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha hecho pública la Declaración “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”.

Con este documento se trata “de asignar a las palabras un significado preciso para ayudar a comprender y entender mejor dichos conceptos”.

Dicha uniformidad del lenguaje es, a juicio de este Grupo de Trabajo, “imprescindible, ya que la sociedad recibirá ideas y definiciones con las mismas palabras lo que facilitará la comprensión de los términos asociados al proceso de morir”.

MORIR CON DIGNIDAD

Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial.

Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento. También hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable.

CUIDADOS PALIATIVOS. “BUENA PRÁCTICA” MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

Proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital.

Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.

La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida.

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los trata-

mientos a la situación clínica del paciente.

El término “limitación del esfuerzo terapéutico” debe evitarse ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos sino de una adecuación de los mismos.

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica.

Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia.

Es preferible evitar el término “encarnizamiento” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa.

ABANDONO

Consiste en la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia.

Entre sus motivos destacan la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso profesional.

En medicina paliativa, son claros ejemplos de abandono, entre otros, no atender bien los síntomas del paciente, no utilizar la sedación cuando ésta está indicada o no informarle adecuadamente.

Abandono y obstinación son los dos extremos de la mala praxis médica en la atención al final de vida que constituyen una grave vulneración del Código de Deontología Médica.

EUTANASIA

Es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico. (1)

SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO

Es la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la conformidad libre de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Se fundamenta en la autonomía, que es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa.

La obligación del médico de dar al paciente una información clara y comprensible tiene dos excepciones: la voluntad del enfermo de no ser informado y la necesidad terapéutica (cuando el médico dispone de razones objetivas de que la información puede perjudicar al paciente gravemente en su salud).

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LOS CUIDADOS

Es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente.

Esta planificación puede incluir: la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante. Todo ello deberá constar en la historia clínica.

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Es el documento por el cual una persona mayor

de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y los tratamientos y, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con el objeto de que ésta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente. (2)

Conviene precisar que este documento no sustituye la comunicación continua y adecuada del médico con su paciente, cuando éste conserva la capacidad para tomar decisiones.

ENFERMEDAD INCURABLE AVANZADA

Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo asistencial.

Cuando se prevé que ocurra la muerte a corto plazo (días, semanas) suele emplearse también el término de enfermedad o situación terminal.

SITUACIÓN DE AGONÍA

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.

SÍNTOMA REFRACTARIO

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa.

SEDACIÓN PALIATIVA

Es la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionados con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía.

(1) Actualmente no procede utilizar los términos "Eutanasia involuntaria", "Eutanasia pasiva" ni "Eutanasia Indirecta", porque son situaciones ajenas a esta definición de eutanasia.

(2) Esta Ley ha sido desarrollada en todas las Comunidades Autónomas con distintas denominaciones como, por ejemplo, voluntad vital anticipada o manifestación anticipada de voluntad, aunque popularmente se conoce con el nombre de "testamento vital". Este término es especialmente inadecuado ya que la palabra "testamento" hace referencia expresa a los deseos de la persona para después de su muerte, que no es el caso que analizamos aquí.

CIPO 2015, celebrado en Albacete



Conclusiones del II Congreso Nacional de Comunicación con el paciente Oncológico y su familia

1. Se reconoce la **comunicación con el paciente Oncológico y su familia** como una **parte fundamental de la existencia sanitaria**, tan importante como la actuación farmacológica y la técnica-quirúrgica.

Para ser un buen profesional sanitario es indispensable ser competente en comunicación.

2. **La Formación del personal sanitario en comunicación es insuficiente** tanto en el grado, como en el postgrado y durante la vida profesional en general.

Ello conlleva a que se realice un aprendizaje fundamentalmente por asimilación de conductas y actitudes de otros profesionales, que suele llevar con frecuencia a la perpetuación de pautas de comunicación no siempre correctas.

Es indispensable un incremento sustancial tanto en formación teórica como práctica en Comunicación, concretado en un número mucho mayor de horas a ello dedicado, actualmente prácticamente anecdóticas. Es necesario potenciar la empatía y hacia el futuro la formación en comunicación a través de las nuevas tecnologías.

3. Se reconoce la presencia de **iniciativas de Formación** tanto en el grado como en el postgrado. Se anima a las instituciones Educativas y Sanitarias a intensificarlas hasta alcanzar el nivel que corresponde a su importancia, equiparable a los otros aspectos de la asistencia sanitaria.

A su vez es necesario vincular esta formación al desarrollo ético de las profesiones sanitarias y al objetivo de las mismas de establecer relaciones de ayuda con las personas y familias (pacientes o no). La comunicación se da en un marco ético determinado que viene definido por los códigos de ética profesional y las normativas éticas y legales actuales.

4. **Se considera fundamental la evaluación** de la formación teórica en Comunicación y también de su correcta realización práctica, como condición indispensable para ceder a las titulaciones sanitarias y al desempeño de la atención sanitaria.

5. Se insta a las instituciones Educativas y Sanitarias a la **instauración de los sistemas de evaluación adecuados**, tanto en el Grado, como en el acceso a la Formación especializada e incluso a lo largo de la vida profesional, con el fin de garantizar la competencia profesional adecuada en comunicación para dar respuesta a las necesidades de la población.

6. **Se considera la importancia del trabajo en equipo para una comunicación realmente eficaz y conlleva un importante beneficio** tanto para el paciente y su familia como para los propios profesionales, a los que permite una mejor formación y desempeño de su trabajo.

7. Se entiende por comunicación en equipo no sólo la interdisciplinaria sino también y fundamentalmente la transversal y permanente interestamental, **incluyendo al personal médico, de enfermería, psicología y asistencia social.**

8. Dicho trabajo en equipo, **facilita también un apoyo humano y psicológico muy beneficioso para todo el personal**, especialmente en las situaciones más difíciles.

9. **Se ha de evitar, por inoperativa y poco realista la pretensión de un exceso de reuniones en equipo.** Se plantea como alternativa más aplicable en general la realización de un encuentro programado de evaluación, con la periodicidad que se considere adecuada en cada caso, y especialmente las reuniones ocasionales para la atención de los casos en que sea necesario.

10. Se reconoce en general que la dirección de la comunicación sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico corresponde al médico responsable del paciente.

Se reconoce también la figura de otros responsables en sus respectivas materias.

En cualquier caso, **la información que se proporcione al paciente y la familia ha de ser coordinada en el equipo y no debe haber contradicciones.**

11. Una vez más se reconoce la conveniencia y el **derecho del paciente a conocer toda la verdad** sobre su proceso, así como **también su derecho a no saber** si ese es su deseo.

12. En cualquier caso es **necesario aplicar el concepto de verdad tolerable** respetando también los tiempos que cada paciente necesite; entendiéndose por verdad tolerable aquella que el paciente puede tolerar o soportar en un momento dado sin provocarle muy graves problemas psicológicos e incluso somáticos, que pueden ser irreversibles. La comunicación debe ser veraz aunque no se dé toda la verdad.

13. Es indispensable por tanto, **valorar cada caso individualmente**, atendiendo y transmitiendo la información que cada persona desee, necesite y tolere en cada momento de su proceso. Ello es parte fundamental de la buena praxis profesional e implica una aptitud de valoración continua, por parte de los profesionales, de las necesidades de comunicación y de sus efectos.

14. El cálculo de una **esperanza de vida está sometido a mucha variabilidad** y se acompaña de un gran margen de error, por lo que tanto la comunicación como las actuaciones médicas por ello condicionadas han de venir moduladas para un período de tiempo suficientemente amplio.

15. Ha quedado en evidencia una aparente **distinta interpretación del concepto del derecho a la confidencialidad, en relación a la habitación individual**, de la sociedad en general frente a los sectores específicos de la gestión sanitaria y el jurídico.

16. La interpretación de la sociedad en general, a nivel individual y asociativo, se basaría en una evidencia directa de la realidad y apoyada en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (*capítulo III, art. 7, punto 1*: “*Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley*”), entendiéndolo por tanto directamente vulnerado cuando una información o dato sanitario confidencial de un paciente se le proporciona en la presencia de otra persona que comparte su habitación. (De hecho, todos los datos del paciente y las informaciones que le podamos dar son confidenciales).

17. Se considera que la **habitación compartida daña directa y gravemente la imprescindible adecuada comunicación entre el paciente y el personal sanitario**, que está basada en la confianza y confidencialidad, no respetada en dicha situación.

18. Los sectores jurídico y de gestión sanitaria interpretan la **habitación individual como un principio deseable, pero no reconocido como derecho por nuestra legislación** sino como algo graciable y que queda a la voluntad del gestor y posibilidades de cada Centro.

Se entiende que para que fuera reconocido como un derecho es necesaria una legislación específica al respecto seguida de la correspondiente reglamentación, algo sólo realizado en algunas Comunidades y para situaciones muy específicas, como el paciente en situación de fin de vida y la obstetricia.

Por otro lado, dicho supuesto derecho quedaría en cualquier caso subordinado a que ello no conllevara el perjuicio en la asistencia sanitaria básica a los otros pacientes, entendiéndolo ésta como un bien superior a proteger.

19. Se constata en ello una **fuerza de conflictividad interpretativa** en la aplicación de dichos principios, ante la posible subjetividad en su valoración y de una determinada distribución de los recursos económicos disponibles.

20. Se resalta también el hecho de que el **sector privado sí proporciona la habitación individual en general y el público no, la discriminación que supone el que dentro del mismo sector sanitario público** unas personas tengan acceso a la habitación individual y otras no, dependiendo de su área sanitaria e incluso dentro de la misma ciudad.

21. Se plantea la **conveniencia de que los hospitales dispongan de algunas habitaciones compartidas** para determinados pacientes, en los que por sus condiciones clínicas o sociales puedan ser preferibles a la individual.

22. De una u otra forma se evidencia el **“deber” del gestor y del profesional de procurar la mayor confidencialidad posible** en la comunicación entre el

paciente y el personal sanitario, bien facilitando la habitación individual, cuando ésta sea posible y deseable, o bien mediante la utilización de otros espacios cercanos disponibles.

23. Se constata la **con frecuencia incorrecta comunicación y vulneración del derecho a la confidencialidad e intimidad en diversos espacios y momentos** de la asistencia sanitaria especialmente sensibles, como por ejemplo los servicios de Urgencias y de aplicación de tratamiento oncológico.

24. Se considera **fundamental la coordinación** en la comunicación con el paciente oncológico y su familia **entre los diversos sectores implicados en su asistencia**.

Ello redundaría en un claro beneficio para todos los agentes implicados, incluidos los profesionales, a los que se facilita también el desempeño de su labor. Sin embargo cabe recordar el compromiso de confidencialidad de todos los profesionales que intervienen en la atención y seguimiento.

25. Se reconoce la existencia de iniciativas al respecto, tanto en la **coordinación** entre la atención especializada y la atención primaria, como entre los sistemas sanitarios y las organizaciones no gubernamentales, pero es evidente que queda mucho por hacer al respecto, tanto en el desarrollo práctico de dichas iniciativas, como en su extensión sectorial y geográfica.

26. Se constata el **distanciamiento en general entre el personal de los sistemas sanitarios con los de otras organizaciones**, basado fundamentalmente en una distinta valoración subjetiva de su formación y capacitación profesional. Probablemente el superar esta discriminación sea un aspecto clave a la hora de facilitar una coordinación en sus actuaciones.

27. Se reconoce una dificultad para dicha coordinación en el **necesario acceso para ello a información confidencial**, reconocida y protegida en cada institución sanitaria. Es necesario arbitrar los sistemas necesarios para la transmisión adecuada de dicha información, partiendo del imprescindible consentimiento del paciente.

28. Para la realización práctica efectiva de esta colaboración y coordinación es **necesario disponer de la infraestructura adecuada**, evidenciada con frecuencia por ejemplo en la necesidad de espacios para ello dentro de los centros sanitarios.

29. Se reconoce la **importante labor que la acción social voluntaria** ha realizado en la comunicación y atención al paciente oncológico y su familia, especialmente en atención psicológica y cuidados paliativos cuando la prestada por las instituciones oficiales era o es insuficiente en alguno de estos aspectos.

30. Se considera positiva y deseable dicha colaboración y coordinación, **evitándose el solapamiento innecesario** de actuaciones y planteándose no obstante que hay que **evitar que las instituciones oficiales, ante dicha posibilidad, incumplan sus obligaciones básicas** de aportar los recursos materiales y de personal necesarios para prestar la adecuada atención integral al paciente oncológico y su familia.

Los Juegos Públicos en la Roma de la Antigüedad. “LUDI CIRCENSES” (2)

JOSÉ MARÍA MANUEL GARCÍA-OSUNA Y RODRÍGUEZ

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



En el Alto Imperio algunos caballeros y senadores van a renunciar a su rango para poder luchar en el circo, por lo que se instruían leyes con la finalidad de evitar este comportamiento tan degradante. “Se prohibió severamente que los caballeros se deshonraran en los combates de la arena; cosa que impulsaron los primeros príncipes, ya con dinero, ya sobre todo a la fuerza. Y la mayor parte de los municipios y colonias competían en contratar a sueldo a los jóvenes más corrompidos”¹⁰. Y, para acabar con lo explicitado se puede indicar que existían hombres libres, que se entregaban a los lanistas por el placer del peligro extremo y el de matar hombres. Los emperadores Calígula y Claudio (41-54 d.C.) obligaban a cualquier espectador de los juegos a bajar a la arena a combatir. Los premios que se obtenían, que eran el triunfo, la fama y la popularidad incrementaban el ego de los gladiadores, que servía para enaltecer su temeridad por el deliquio de las damas. Los poetas glosaban sus hazañas, sus retratos se exhibían en las tiendas y se grababan en joyas y vasijas. Existía una “trata” prolongada y sórdida de gladiadores para tenerlos dispuestos para cada fiesta, y existían diversas categorías y especies de gladiadores. En Roma existían tres palestras y fuera de la urbe capitolina eran muy reputadas las de Capua, Preneste, Alejandría y Pérgamo. El número de gladiadores cesarianos era muy elevado. Nerón dejaría al morir a 2.000; en el desfile de Galieno (253-268 d.C.) iban 1.200 y en el de Aureliano (270-275 d.C.) 1.660. Su adiestramiento comenzaba con figuras de paja y armas embotadas, luego con armas mucho más pesadas que las reales. Practicaban una esgrima de defensa, réplica-contrarréplica, ataque, réplica doble y contraataque. Su organización era militar. Llevaban apodos de lo más sonoro, tales como: Furor, Pavor, Destructor, etc.; cuando vencían, subían de categoría y cuando eran veteranos amaestraban a los tirones (soldados bisoños o reclutas). “No es fácil que un gladiador consiga seis palmas”¹¹, ya que morían antes. Los torneos de gladiadores se anunciaban en las paredes de las casas romanas. El programa tenía seis partes: 1ª) Ocasión de la conmemoración del munus, 2ª) nombre del editor o promotor, 3ª) número de parejas a reñir, 4ª) nombre de la ciudad donde se iban a celebrar los juegos, 5ª) número de días en que iba a transcurrir el munus, 6ª) se añadían las otras diversiones o particularidades acompañantes, tales como: uenatio (caza como espectáculo circense), sparsio (aspersión de perfumes en el circo), uela erunt (toldos para el sol), sine ulla dilatione (a la hora en punto), qua dies permittat (si el tiempo lo permite).

En la víspera se les ofrecía una cena libera llena de manjares exquisitos y bebidas en abundancia, este banquete pantagruélico era público, algunos de los luchadores enco-

mendaban el cuidado de sus hijos y mujeres a sus amigos, y si eran hombres libres aprovechaban la ocasión para liberar a sus esclavos. En el circo comenzaba la sesión con un brillante desfile en que comparecían, en la arena, ataviados con armas y emblemas y saludaban al emperador con aquella frase de: Aue, Caesar, morituri te salutant, y presentaban las armas al promotor para que las examinase. El precalentamiento o caleferi se realizaba con un combate simulado o prolusio, que se realizaba con armas inofensivas o arma luseria. Este era el momento en el que los emperadores Tito y Cómodo (180-192 d.C.) saltaban al ruedo y vencían a todos sus adversarios. Domiciano exigía que las armas estuviesen afiladas, pero Marco Aurelio (161-180 d.C.) las exigía embotadas. No se sabe cuánto tiempo duraba el compromiso de la inscripción al servicio de un determinado lanista. Si en el anfiteatro se le entregaba el rudis o espada de madera quedaba dispensado de jugarse la vida, y debían pasar dos años hasta que era liberado de participar en los ludi; el gladiador esclavo era liberado, cuando la voluntad libérrima de su amo lo juzgaba pertinente. La manumissio exclamatione populi (la libertad por aclamación popular circense) se consideraba siempre como un abuso. El auctoratus podía redimirse antes del combate, pagando al lanista o editor o promotor su gladiatorium y los gastos ocasionados en el ludus, pero todo dependía de las cláusulas existentes en el contrato, entre él y el lanista, ante el tribuno de la plebe; una minoría renunciaban al rudis y se reenganchaban. Algunos sólo se alquilaban para un único combate. “Gayo nos conserva un contrato de este tipo. Se estipuló que el que daba el munus pagaría 20 denarios (unas 20 pesetas) por cada hombre que saliera vivo y sin heridas graves del anfiteatro como una remuneración pro sudore. Por cada hombre muerto o malherido pagaba el alquilante mil denarios (unas 1.000 pesetas). Esto sería, advierte Gayo, lo que hubiera tenido que pagar si los hubiera comprado y no alquilado. De esta forma se ve que tenía sentido la ley de Marco Aurelio, a la que antes hemos aludido. Así, con muy poco dinero, se podía ofrecer un munus. Es verdad que estos gladiadores, sestertiarrii (de poco valor), no solían apasionar mucho; más bien daban pena”¹².



¹⁰ C. C. Tácito, “Hist.”, 2.

¹¹ M. Tulio Cicerón, “Phil.”; 11.

“Presentó unos gladiadores de alquiler ya decrepitos, que si les soplaras caerían por tierra; los bestiarios (luchadores con animales salvajes en el circo) no fueron mejores, verdaderas gallinas, el uno bobo, el otro con los pies torcidos y el tercero más muerto que vivo, como si tuviera cortados los nervios. Al fin todos fueron sacrificados... todos del montón. No obstante luego me dijo: «te he ofrecido un munus», «y yo te aplaudo», le respondí”¹³. Los gladiadores luchaban entre sí en diferentes categorías, por lo que su vestimenta y sus armas eran diferentes. 1º) LOS RETIARII. Iban semidesnudos y armados sólo con una red, un tridente y un puñal, y luchaban uno a uno o en grupo, el arma defensiva del retiario era el subligaculum que le protegía el vientre, en el brazo izquierdo llevaba un brazalete hasta el hombro, donde presentaba un protector metálico llamado galerus, que le protegía parcialmente la cabeza, la cual llevaba descubierta. Su adversario primigenio era, 2º) EL GALLUS o MIRMILÓN, el primer calificativo por su tipo de armadura y el segundo por determinado tipo de pez, iba armado de un escudo, una hoz y un casco, en cuya extremidad lucía ese pez; también se le denominaba como SECUTOR, ya que su forma de luchar era huyendo de los acosos del retiario, aunque en realidad el secutor era un samnita (los antiguos enemigos montañeses de los romanos) con un casco grande con alas, espada corta, escudo amplio y rectangular y ocrea en la espinilla izquierda. “Secutor ab insequendo retiarius dictus”¹⁴, aunque en realidad perseguía al retiario. El retiario le lanzaba la red y si conseguía enredarlo lo remataba con el puñal o el tridente, pero si fallaba en el envite, el samnita lo perseguía para matarlo con su hoz o su espada. El retiario cantaba aquello de: “Non te peto, piscem peto, quid me fugis, Galle?”. El público solía ser muy despectivo con los retiarios. «Cuando el príncipe se convierte en citarista, un noble puede hacer de histrión... ¿Queda alguna vergüenza mayor? Sí, que el senador Graco baje a la arena con su tridente, que lance mal la red y tenga que huir por el circo con la cara descubierta, perseguido por un secutor...»¹⁵. Tras la muerte de Augusto, la calificación de samnitas desaparece del anfiteatro y son nombrados como secutor u homoplachus. El homoplaco utilizaba armas pesadas, casco cerrado, jarreteras hasta las rodillas, si no llevaban los hombros y las piernas protegidas se llamaban con armadura ligera o uelites, sus enemigos suelen ser los denominados, 3º) TRACIOS, que nacieron como gladiadores en la época de Sila (138-78 a.C.) llevaban un escudo pequeño llamado parma, redondo o cuadrado, iban armados de la sica o sable curvado, en el brazo derecho se protegían por la manica o manga larga, con ocreas en ambas piernas y los muslos fajados, 4º) ESEDARIOS, que comenzaban a pelear sobre un carro dirigido por un auriga; su pretensión era traspasar con sus armas a los enemigos, destrozando el carro enemigo y descuartizarlo entre las tablas desvencijadas. 5º) ECUESTRES, eran como dos soldados a caballo, armados de lanza y de rodela, casco con visera y clámide en los hombros, se lanzaban al galope tendido uno contra otro. 6º) MERIDIANI, luchaban para servir de relleno en los intermedios de los espectáculos y en el tiempo de descanso al mediodía.

Cuando uno de los luchadores caía al suelo o quedaba desarmado, el presidente de los juegos dejaba al arbitrio de los espectadores el resultado, entonces el derrotado abandonaba su escudo y levantaba un dedo de la mano izquierda, manum tollere, y si se agitaban los pañuelos al aire (Missum!) obtenía la gracia de la vida, si se invertía el dedo pulgar (hacia arriba, uertere pollicem) y gritaban: iugula!, el vencedor

lo remataba, aunque procuraba caer con dignidad y demostrando desprecio por la vida, lo que generaba aplausos. Si los gladiadores rehuían el combate se les azuzaba con látigos e hierros candentes; «¡Matadlo, azotadlo, quemadlo! ¿Por qué tiene tanto miedo a la espada? ¿Por qué el otro no lo mata? ¿Por qué se resiste a morir el cobarde?»¹⁶. Si ambos luchaban con valentía, el populacho les concedía la vida: stantes missi. El premio era una palma y de esta guisa daban la vuelta al anfiteatro (discurrere); pero a veces recibían dinero y propiedades inmobiliarias. “Antes de Augusto se celebraban torneos en que todos los que salían tenían que morir. Al vencedor de un combate se le echaba otro gladiador, y así hasta el final, en que se degollaba a los últimos supervivientes. Augusto prohibió esta atrocidad, dando opción a la concesión de la vida”¹⁷. La degradación moral de los romanos era de tal calibre que en el mes de diciembre del año 88 d.C., el emperador Domiciano sacó a luchar a la arena a varias parejas de pigmeos y de mujeres, e inclusive en determinadas ocasiones obligó a luchar a mujeres pertenecientes al patriciado y a los propios senadores. Calígula y Cómodo lucharon como gladiadores, este último hasta en 735 ocasiones, en función de su avidez por los espectáculos sangrientos y por el histrionismo acompañante. En el año 200 d.C. se prohibieron a las mujeres luchar como gladiadores. “Crudele gladiatorum spectaculum et inhumanum”¹⁸. Todos estos juegos fueron prohibidos por el emperador Constantino I el Grande (306-337 d.C.) en el año 325 d.C., y en el año 399 fueron clausurados, definitivamente, todos los ludi imperiales de gladiadores, y, por fin, en el año 404 d.C. el emperador Honorio (395-423 d.C.) acabó, de una vez por todas, con la cuestión.



7. LAS UENATIONES

Son los munera que persisten hasta el siglo VI d.C. Su aparición se produce en el año 186 a.C., cuando el general M. Fulvio Nobilior (cónsul en el año 189 a.C.) celebró su incuestionable victoria sobre los etolios, que era un pueblo griego acreditado como de grandes soldados, aunque Tucídides declarararía no comprender su dialecto, los consideraba semibárbaros y atestiguaría que vivían del bandolerismo y de la piratería. Los romanos incluyeron estos juegos tras la batalla de Zama, que finalizó la Segunda guerra entre Roma y Cartago y en la que contendieron Publio Cornelio Escipión Africano y Aníbal Barca el Grande, al poder los romanos capturar animales salvajes africanos específicos para el evento, por ejemplo en el año 169 a.C. los ediles P. Cornelio Escipión Násica (cónsul en el año 162 a.C.) y P. Léntulo presentaron en el circo de Roma a 63 leopardos, 40 leones y varios elefantes.

¹² Gaius (120-178 d. C.), “Inst.” 3 apud J. Guillén. Op. cit.

¹³ M. Petronio, “Satiricón”; 45.

¹⁴ San Isidoro de Sevilla, “Orig”; 18.

Los Juegos Públicos en la Roma de la Antigüedad. "LUDI CIRCENSES" (2)

Existían tres modalidades en su práctica: 1ª) Presentación de los susodichos animales, caracterizados por lo exótico que eran; 2ª) Hacerlos luchar entre sí; 3ª) Lanzar al circo a hombres y a animales salvajes para que se peleasen. Las uenationes solían acompañar a los combates de gladiadores, por ejemplo Julio César las celebró en los funerales de su hija Julia. Se organizaban cacerías en todo el Imperio, con miles de hombres dedicados a ellas, estos cazadores acechaban, por ejemplo, a los hipopótamos del río Nilo cuando salían a pastar por la noche, o a los elefantes de Libia, o a los leones de la Tesalia, o a las cabras hispánicas en Hispania y, por fin, a los tigres en Hircania. En la región del río Rin se atrapaban jabalíes, en el Danubio osos, en Mauritania avestruces y en la cordillera del Atlas, leones. Era necesario cogerlos vivos y transportarlos por tierra y mar hasta Roma, muchos animales morían en el trayecto por causa del propio viaje o de los cambios de temperatura. Los fosos y los zoológicos de Roma poseían una gran cantidad de estos exóticos animales, los que podían ser amansados o amaestrados se reservaban para ser mostrados al populacho de la urbe capitolina.

Según escribe L. Anneo Séneca (4 a.C.-65 d.C.), los osos, leones y tigres amaestrados andaban con toda libertad por las casas de sus amos y hasta eran acariciados por la dueña de la casa. Como esto conllevaba un cierto peligro, los ediles prohibieron tener perros, verracos, jabalíes, panteras, leones o lobos sueltos por las calles de Roma o en lugares de paso. Marco Antonio se paseaba en Roma sentado, con la hetaira Citheris, en un carro tirado por leones, tras la victoria contra los asesinos de Julio César en la batalla de Farsalia. Augusto poseía un tigre domesticado; Domiciano un león como perrito faldero; Caracalla (211-217 d.C.) era dueño de varios leones entre los cuales destacaba uno llamado Acinaces, que comía en la mesa del emperador y dormía en su cama. Heliogábalo (218-222 d.C.) se paseaba por el palacio imperial en un carro conducido por cuatro perros mastines y, en público, llevaba uncidos a su carro, según la ocasión, a 4 ciervos, o 4 leones (entonces se denominaba como "la Gran Madre"), o 4 tigres y entonces representaba el rol de Baco; en su mesa comían con él leones y leopardos, lo que en alguna ocasión produjo la muerte por paro cardíaco a algunos invitados, a causa del pavor que les producía la presencia de aquellos animales, aunque todos ellos tenían limados sus colmillos y cortadas las uñas; los ciervos caseros eran el juguete preferido de los niños romanos imperiales. Detrás de todo ello estaba la manía romana de otorgar vida real a las ficciones de sus poetas y literatos. En los juegos circenses del año 58 a.C. el edil M. Emilio Escauro hijo, cónsul en el año 54 a.C., hizo aparecer por vez primera a un hipopótamo y a cinco cocodrilos en un estanque especial. En los juegos del año 44 a.C. Gayo Julio César trajo una jirafa por primera vez a Roma, estas uenationes de Julio César duraron cinco días. La importación de animales exóticos se autorizó según una ley propuesta por Cn. Aufidio en el año 104 a.C.; en

el año 103 a.C. aparecieron los primeros leones en el circo de Roma; en el 99 a.C. varios elefantes. En el año 93 a.C. el pretor L. Cornelio Sila presentó a un centenar de leones en público y Gneo Pompeyo Magno a más de seiscientos. Augusto se vanagloriaba de que había presentado ante el pueblo romano unas 26 uenationes bestiarum africanarum, en las que murieron unas 3.500 fieras. A Cómodo le agradaban sobremanera, pero en cambio al emperador Marco Aurelio, su padre, estos espectáculos le repugnaban y asistía a ellos, cuando estaba obligado, con evidente asco.

Los animales que eran difíciles de domesticar, tales como el tigre, eran utilizados para la lucha cruenta, por ejemplo formando parte de diversos enfrentamientos: tigre contra león; oso contra uro; elefante contra rinoceronte; oso contra tigre o pantera, se les azuzaba con aguijones, fuego o muñecos de tela roja; las luchas eran encarnizadas y llenas de sangre. En Grecia les apasionaba las peleas de gallos, de esta forma pretendían educar a los jóvenes para que luchasen sin rendirse y hasta la extenuación en las batallas; estos animales eran traídos desde la isla de Rodas, desde Tanagros (Beocia), desde la isla de Melos y desde la isla de Calcis (Eubea), se les adiestraba para la lucha hasta la muerte y se les excitaba con una dieta a base de ajos y cebollas, armándose sus espolones con ganchos de bronce, al dueño del gallo vencedor se le concedía una palma de la victoria y una corona, las apuestas de los asistentes eran muy elevadas. Otro de los espectáculos consistía en que un tropel de cazadores bien armados y con perros de caza salían a la arena para cazar a las fieras, los perros acosaban al animal, que era muerto de un flechazo o de una lanzada. El emperador Claudio envió a varios jinetes pretorianos a luchar contra panteras y el emperador Nerón hizo lo mismo contra 400 osos y 300 leones a un tiempo. "El pueblo aclamaba al cazador que de un puñetazo bien asentado en la cabeza derribaba a un oso; o cuando cegaba a un león, sujetándole un trapo en la cabeza, con el que ya lo tenía a su merced. El poeta Marcial (40-104 d.C.) recuerda al cazador Carpóforo, que llegó a matar veinte fieras en un solo día" ¹⁹. En la mayor parte de las ocasiones estos bestiarios eran gladiadores o condenados a morir por medio de fieras (ad feras), aunque algunos se presentaban para realizar el espectáculo gratis et amore, con la finalidad de demostrar su valentía frente a aquellos animales tan feroces. "Gente tan necia que, sin que nadie les haya condenado a ello, salen a luchar con las fieras, luciendo una talla varonil y ostentando unas ropas valiosísimas, cuando se hallan en la plenitud de su vida; y tan irreflexivos que se exponen a la muerte tan sólo porque ellos son más feroces que las propias fieras" ²⁰.

Como ejemplo paradigmático se puede citar a Aulo Gelio (5, 14) que recoge el relato proveniente de Apión, que fue el testigo presencial del hecho relatado a continuación y denominado como "Androcles y el león": «En el Circo Máximo –dice– se ofrecía una uenatio copiosísima al pueblo. Encontrándome casualmente en Roma, fui a contemplar el acoso de fieras. Allí se veían numerosas y enconadas fieras, de una grandeza extraordinaria, y todas ellas hermosas y feroces como nunca había visto. Pero entre todas las fieras llamaban la atención los leones, y entre los leones uno que descollaba por su agresividad y su fiereza.

¹⁵ Juvenal, op. cit., 8.

¹⁶ L. Anneo Séneca. "De Ira", 1.

¹⁷ C. C. Tácito, "Ann." 15 apud J. Guillén, op. cit.

¹⁸ M. Tulio Cicerón. "Tusc.", 2.

¹⁹ M. Valerio Marcial. "Epigrm." 15 apud J. Guillén op. cit.

²⁰ J. Guillén op. cit.

(continuará en número siguiente)

Ambas instituciones se mostraron de acuerdo en demandar la universalidad, equidad, calidad y solidaridad del Sistema Nacional de Salud

Sanidad y la Organización Médica Colegial analizan en profundidad el Real Decreto 16/2012

La Consejería de Sanidad y la Organización Médica Colegial han mantenido en este mes de octubre una reunión de trabajo donde han tratado diversos temas de plena actualidad en el mundo sanitario.

La reunión estuvo presidida por el consejero de Sanidad, Jesús Fernández Sanz y por el presidente de la Organización Médica Colegial a nivel nacional, Juan José Rodríguez Sendín. En la reunión, además, estuvieron presentes la directora gerente del SESCO, Regina Leal, los presidentes de los Colegios de Médicos de cada una de las provincias de Castilla-La Mancha, Miguel Fernando Gómez por Albacete, José Molina por Ciudad Real, Carlos Molina por Cuenca, Luis Rodríguez por Toledo y Mariano Paniagua por Guadalajara.

En la reunión se analizó en profundidad el Real Decreto 16/2012 que liga la prestación sanitaria al aseguramiento. Conocida ya la postura del Gobierno de Castilla-La Mancha, que ha pedido reiteradamente la derogación del mismo, la Organización Médica Colegial mostró su acuerdo en seguir demandando la universalidad, equidad, calidad y solidaridad del Sistema Nacional de Salud.

En otro orden de cosas, la Organización Médica Colegial puso sobre la mesa la importancia de la validación periódica de la colegiación, que es un tipo de certificación

donde los colegios de médicos evalúan y reconocen la buena praxis profesional y el adecuado estado psicofísico y el desarrollo profesional continuo para el ejercicio de la profesión.

En este sentido la Organización Médica Colegial en la región, realizó una propuesta para la potenciación del programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Este es un programa para atender a médicos que sufren adicciones (drogas, alcohol, ludopatías).

Dados los buenos resultados que ya existen, tanto en Castilla-La Mancha como en España, se acordó la revisión del plan mediante grupos de trabajo donde estarán presentes miembros de todos los colegios de médicos de la Comunidad, así como la propia consejería de Sanidad.

También se trató la importancia de unificar los sistemas de información como la historia clínica electrónica y se debatió sobre la importancia de la existencia de una única tarjeta sanitaria en todo el territorio nacional.

Además, se revisaron los detalles sobre el gasto farmacéutico y la importancia que tiene en nuestro Sistema Nacional de Salud, valorando modelos alternativos de financiación.

Asimismo se trató en profundidad la optimización de los puestos directivos.

La gestión clínica, como herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación, partiendo de la capacidad que tienen los profesionales de organizarse con autonomía y responsabilidad, se trató como un punto aparte.

Así, se acordó la realización de un taller monográfico entre la organización médica colegial y los profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, cuyo objetivo sea aunar criterios y que servirá como base para la creación del decreto de gestión clínica que quiere poner en marcha el Gobierno de Emiliano García-Page en esta legislación.



La quinta seña de identidad



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.

Pediatra. Colegiado 020201038

Los dos anteriores artículos estuvieron destinados a describir las cuatro primeras señas de identidad que tiene la materia:

- 1) Permanece en continuo movimiento.
- 2) Se perpetúa en constante transformación.
- 3) Se distribuye uniformemente en el espacio, respecto a todas escalas y niveles.
- 4) Está obligada a optimizarse en el transcurso de un proceso evolutivo violento, y, después, a especializarse en una determinada función, de manera que, si así no lo hiciera o lo dejase de hacer, su forma se desvanecería, dando al traste con un específico “modo de ser” en una circunstancia evolutiva concreta.

Pero, además, nos queda por acometer la quinta y última seña de identidad que, por ser la más inquietante de todas, hemos dejado para el final con el fin de que ocupe un mayor espacio reflexivo.

Su enunciado podría ser este:

- 5) La materia siempre se muestra en permanente estado de frustración porque, por mucho que evolutivamente se esfuerza, nunca puede obtener la finalidad de constituir una forma material que coincida con el concepto que tenemos de perfección y belleza absoluta.

Siempre, lo que se ha optimizado y especializado en algo concreto, termina perdiendo su optimización y haciéndose imperfecto porque degenera con el paso del tiempo, a medida que se expone a un movimiento evolutivo continuado; es decir, a nivel global, tanto las formas orgánicas como inorgánicas, desde la más simple partícula hasta la más grande de las galaxias, nacen, tratan de estabilizarse en su forma por medio de un proceso de optimización y especialización, y, finalmente, se desestabilizan porque, sin excepción, a todas les llega la hora de reciclarse para abrir paso a otras nuevas formas de vida que continúan siendo intercambiables e interdependientes.

Los seres humanos y los animales aparecen en este mundo con un mínimo de estabilidad (indefensos, totalmente dependientes de sus progenitores o, en el peor de los casos, supeditados al capricho de la suerte) para prolongarse por medio de un periodo de juventud y madurez, donde poco a poco se van estabilizando. Cuando parecen estar estabilizados en su específica función, pasan por una fase de deterioro que termina en la muerte. La muerte será el sustrato de nuevas vidas o, como decía Ortega, de otros particulares “modos de ser” que se conducen por el mismo camino, mediante el movimiento de una rueda circular que no acaba nunca.

Apoyados en la pura fuerza lógica de la razón, percibimos que las formas materiales, en su totalidad, solamente pueden mantenerse en estado de optimización muy relativo porque, debido a los problemas que plantean el movimiento y la transformación, van consiguiendo y perdiendo su específica función, a medida que pasa el tiempo. A su vez, la vida y muerte de las cosas también abren camino al tiempo para que éste adquiera una dimensión más dilatada e importante que vaya favoreciendo la robustez evolutiva. Por ende, la vida de las cosas materiales podrá irse perfeccionando, pero nunca conseguirá alcanzar el estado de perfección absoluta; siempre, se mantendrá en un grado de optimización relativo, donde adquirirá un rango variable de perfección natural. Es decir, a pesar de que las cosas pertenezcan al mismo orden natural, o a la misma especie orgánica, ninguna es igual a otra porque todas ellas difieren en su grado de funcionalidad; y, esa misma funcionalidad, globalmente, es el motor que empuja a la Evolución en el sentido de un vector que siempre apunta hacia la perfección absoluta.

Las formas minerales, botánicas y zoológicas no entienden de perfección, como tampoco entienden los tres estados físicos de la materia (sólido, líquido y gaseoso); no, ninguna de esas cosas entiende de eso, porque, como es obvio, carecen de razón para entenderlo; no obstante, de uno u otro modo, cada una de ellas se resiste a perder el grado de perfección y funcionalidad que ha adquirido en la vida porque, para ello, están asistidas por los instintos de conservación y reproducción. También, como es obvio, su perfección específica, junto a la funcionalidad que deriva de la misma, se pierde totalmente a la hora de la muerte, sin ánimo de trascender con ella más allá de esa naturaleza propia de perfección y funcionalidad que previamente adquirieron. Sin embargo, a pesar de todo eso, y sin ser conscientes de ello, todas esas cosas están revestidas de una dignidad natural que, poco a poco, han ido consiguiendo a través de los méritos acumulados, cuando, para ser como son, han tenido que soportar la presión ejercida por el empuje evolutivo. ¡No olviden, nunca puede haber dignidad sin anteriores méritos que la avalen!

Pero si los seres humanos solamente nos valemos de la poderosa fuerza lógica que tiene la razón, ¿cómo analizamos ese mismo empuje evolutivo que actúa del mismo modo, sobre todas las formas físicas de la naturaleza? Sin duda alguna, lo contemplamos a tenor de una sentencia que, sin previa culpa alguna, nos condena a vivir en un medio hostil, lleno de crueldad y violencia: nacemos por medio de un parto doloroso, arriesgado y traumático; morimos con dolor, después de un prolongado deterioro o una lenta agonía; matamos para comer; estamos obligados a convivir con multitud de catástrofes naturales (volcanes, terremotos, maremotos, tornados,

ciclones, lluvias torrenciales, epidemias... etc.); y, para colmo de males, la vida depende de un astro caduco que vive explotando.

No obstante, porque intelectualmente podemos, nos debemos a la necesidad de elevarnos por encima de la lógica para reconocernos como verdaderamente somos: unos genuinos seres, caracterizados por disfrutar de un pensamiento que, además de producir ideas con sentido psíquico y lógico, puede también penetrar de alguna manera en la dimensión derivada del sentido metafísico de las mismas. Cuando superamos la lógica y contemplamos las cosas desde ese último sentido, que hemos atribuido a las ideas, nos percatamos de que todo aquello que interpretamos como mal natural no es más que nuestro particular mal relativo porque, en verdad, se trata de un tipo de bien universalizado que coincide por completo con ese mismo empuje evolutivo que estamos analizando.

No basta solamente con que la lógica nos diga que nuestra dignidad natural es la más grande del Cosmos - porque evolutivamente hemos sufrido y hecho muchos más méritos para conseguirla -, además, tenemos que pensar desde el punto de vista metafísico de nuestras ideas, para depurar el propio egoísmo y ser capaces de escapar, de alguna manera, de ese gran circuito de la vida, por donde se mueve la materia en un espacio finito. Esa misma manera de pensar, es la única que nos permite ser morales o entender la inmoralidad, superando la condición amoral de los animales; en fin, si no recurrimos a ella, no existe otro modo de trascender desde lo físico hasta lo espiritual, o, lo que es lo mismo, desde la perfección relativa hasta la absoluta.

La perfección absoluta es un estado supremo de estabilidad que solamente puede darse en un ámbito donde no existe la transformación ni el movimiento; es decir, es algo que no ocurre nunca en la materia, y que tampoco puede acariciarse, a no ser que echemos mano del sentido metafísico de las ideas.

Lo que llamamos práctico es aquello mismo que denominamos lógico; pero observamos que ni lo lógico ni lo práctico pueden dar sentido a entidades tales como la vida, la muerte, la dicha, el dolor, el esfuerzo, el sacrificio y el sufrimiento. Si queremos dar sentido a todas esas cosas, nos vemos obligados a depender de la vertiente metafísica de las ideas, superponiéndonos a la poderosa fuerza lógica que tiene la razón. Además, a través de esa misma vertiente, sabemos mucho más de la materia porque no nos conformamos con descubrir cómo es, sino con entender su esencia para poderla definir como creación. Tras obtener esa definición, quedaremos habilitados para atribuir un alma a cada cosa, siendo el alma humana la única que puede ser trascendente.

El movimiento y la transformación son el polo opuesto a la quietud absoluta; y, como lógicamente sabemos, la perfección absoluta nunca puede darse en la materia porque es una cosa que siempre se mueve. Pero el Hombre, con el sentido metafísico de sus ideas, se convierte en un catalizador que, a modo de un extraordinario enzima, hace reversible el paso entre ambas perfecciones (relativa y absoluta).

La quietud absoluta tiene el mismo carácter infinito que tiene la nada; y de ahí se deduce que, una infinitesimal parte de ella, se puso en movimiento para que se crease la materia.

Así, la materia, una vez creada, salió a rodar por un circuito muy similar a una gran montaña rusa; se diversificó en forma de distintas vagonetas, ninguna igual a otra; y, poco a poco, fue formando un enorme tren articulado que, por medio de los raíles de la vida, se desliza por inercia. Las vagonetas, por su propio peso, se aceleran por una rampa descendente, y, esa misma aceleración, las impulsa por otra ascendente, hasta llegar a una cima donde quieren quedarse quietas. Debido a su masa y peso, nunca pueden permanecer en la quietud, y, reiteradamente, la movilidad del ciclo se repite porque se trata de un circuito cerrado, lleno de altibajos. Las vagonetas nunca podrán salir de ese circuito, a no ser que alguna de ellas tenga una condición muy especial que se lo permita. Esa condición solamente la tiene una vagoneta que, evolutivamente, tomó forma humana.

Concluyo este tema con plena convicción de que el conocimiento y análisis de estas cinco señas de identidad expuestas - sobre todas, la última -, son la mejor fórmula magistral de nuestra extensa farmacopea, que permanecerá siempre vigente para que los médicos se la recetemos a los demás y a nosotros mismos, con el fin de practicar la más excelsa de todas las ancestrales y modernas terapéuticas: dar sentido a la salud y a la enfermedad, y, al mismo tiempo, prepararnos, en la plenitud de la vida, para que nos encaremos a la senectud y a la muerte, desde una óptica valiente y serena.

*Tranquilo duerme el hierro en las piritas
y descansa en el fondo de la mina;
golpes de pico y pala lo despiertan
y a una infernal colada le destinan.
Entre aristas, limadas por el agua,
su cauce lleva el río;
y entre ideas, labradas por el tiempo,
yo voy llevando el mío.
El calor de la fragua ablanda al hierro,
que el artesano forja con destreza;
después, lo temple el agua y se endurece,
en auténticas formas de belleza.
Entre aristas, limadas por el agua,
su cauce lleva el río;
y entre ideas, labradas por el tiempo,
yo voy llevando el mío.
Lo mismo que la muerte crea vidas,
la explosión de un volcán hace un paisaje;
de la lava se forma una montaña,
con la muerte se cambia de linaje.
Entre aristas, limadas por el agua,
su cauce lleva el río;
y entre ideas, labradas por el tiempo,
yo voy llevando el mío.
¡Impulso natural, que no es violencia,
que es puro amor, que todo lo domina;
con la lima del tiempo y la paciencia,
el cauce evolutivo se encamina!*

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



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

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

“EL PAIME SOMOS TODOS”

Hace unos días iba por la calle y me encontré con un compañero que me preguntó: Oye Mar, ¿quién sois los del PAIME? Me quedé unos segundos pensando y le respondí: perdona, querrás decir ¿quiénes somos los del PAIME?, porque el PAIME SOMOS TODOS. (“CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA. Art. 22.2: “Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.”; Art. 22.3: “Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.”).

PAIME somos el médico enfermo, el médico terapeuta, el médico compañero, el médico jefe, el médico director, el médico gerente, el médico Consejero,..., **TODOS SOMOS PAIME**. Entre todos contribuimos a que este programa “de médicos para médicos”, tenga éxito, cumpla sus objetivos, ayude al compañero que lo necesite y permita su reintegración al medio laboral en plenas facultades, con lo cual estamos conjuntamente beneficiando al facultativo enfermo, garantizando así una mejor calidad asistencial (“El PAIME está orientado a la asistencia sanitaria de calidad así como a la recuperación de estos médicos para que vuelvan a ejercer la medicina en óptimas condiciones para sus pacientes”).

“Es un Programa dedicado a atender a médicos que sufren trastornos mentales y/o conductas adictivas al alcohol y/o a otras drogas, incluidos psicofármacos”.

“El programa existe porque estos Médicos Enfermos ocultan su enfermedad y no acuden al Sistema Sanitario en busca de ayuda,



igual que el resto de la población, y puede poner en riesgo la salud de sus pacientes”.)

El PAIME no es solo tratamiento, también es prevención, por eso es tan importante nuestra actuación, la de todos los médicos y no solo con los compañeros en ejercicio, sino también con los MIR e incluso con los estudiantes de medicina. (“Un gran reto dentro del PAIME es la Salud del MIR”. “Saberse cuidar es fundamental y da garantía de Buena Praxis y Gozar de Buena Salud”).

“La salud de los profesionales sanitarios es esencial para la salud de los ciudadanos”.)

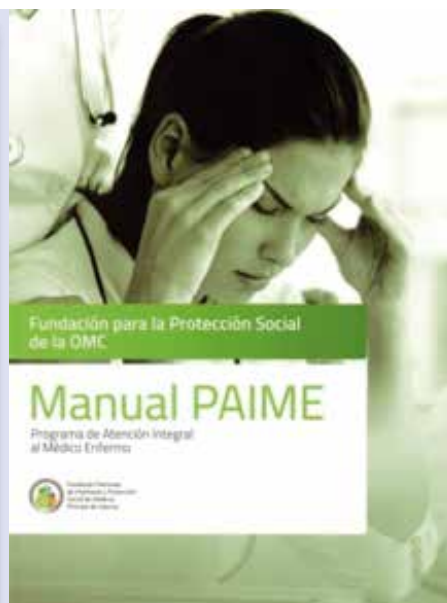
El PAIME es un trípode: Colegio, Instituciones Sanitarias y Médico Enfermo.

Del equilibrio y coordinación de estos tres soportes va a depender el resultado del Programa. (“Desde el 1 de Abril de 2004 se vienen firmando Convenios 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 Integral al Médico Enfermo en ejercicio en Castilla-La Mancha”).

“Es Gestionado por los Colegios Oficiales de Médicos”.

“Es Cofinanciado por las Comunidades Autónomas y los Colegios Oficiales de Médicos”.)

Oye Mar, ¿quién dices que sois los del PAIME?: Te vuelvo a responder, el PAIME SOMOS TODOS. Pero todos con un corporativismo activo de ayuda y no con un corporativismo pasivo de silencio.



• ALTAS COLEGIALES DE ÁLBACETE •

| NUM. COLEGIADO | NOMBRE | PROCEDENCIA | FECHA DE ALTA |
|----------------|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| 0203758 | NAVARRO SANCHEZ MARIA LOURDES | ALBACETE | 16/07/2015 |
| 0203350 | FERNANDEZ FERNANDEZ ERNESTO CESAR | EXTRANJERO | 20/07/2015 |
| 3008327 | ORTEGA HERNANDEZ CARLOS ALBERTO | MURCIA | 28/07/2015 |
| 0850632 | ANAYA ALAMINOS ROBERTO | BARCELONA | 29/07/2015 |
| 0204129 | SUAREZ JUSTINIANO RONALD | 1.ª COLEGIACIÓN | 26/08/2015 |
| 0203849 | MONTERO ACEBAL MARIA LLANOS | CACERES | 13/10/2015 |
| 4706729 | BARRIENTOS YUSTE ROSA MARIA | MADRID | 02/11/2015 |

• BAJAS COLEGIALES DE ÁLBACETE •

| NUM. COLEGIADO | NOMBRE | CAUSA/DESTINO | FECHA DE BAJA |
|----------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 0204089 | CASTRO OLIVARES OSCAR ALONSO | TRASLADO/MURCIA | 14/07/2015 |
| 0704819 | GARCIA BUENO JOSE MARIA | FALLECIMIENTO | 30/07/2015 |
| 0203753 | CULACIATI CLAUDIO ENRIQUE | CESE EJERCICIO | 04/08/2015 |
| 4621198 | ARCINIEGAS VILLANUEVA ANDREA VICTORIA | TRASLADO/VALENCIA | 20/08/2015 |
| 0200669 | JIMENEZ CANTOS MIGUEL | FALLECIMIENTO | 28/08/2015 |
| 2859953 | ABDELKADER ABU-SNEIMEH AFNAN | TRASLADO/MADRID | 04/09/2015 |
| 0202450 | CALVO MOYA JOSE | TRASLADO/SEVILLA | 15/09/2015 |
| 0204013 | CARDOZO DEL VASTO LEONARDO | TRASLADO/TERUEL | 25/09/2015 |
| 2864999 | DIAZ CONTRERA RAFAELINA | TRASLADO/VALENCIA | 28/09/2015 |
| 4706595 | BLANCO ALBERCA CARMEN | TRASLADO/SORIA | 16/10/2015 |
| 0203369 | GARCIA CONCEPCION ROLANDO ARTURO | TRASLADO/STA. CRUZ TENERIFE | 21/10/2015 |

El Colegio Oficial de Médicos de Albacete expresa su más sentido pésame a la familia y amigos de los
Drs. D. José María García Bueno y D. Miguel Jiménez Cantos,
ante tan sensibles pérdidas

Salidas desde Albacete



SALIDAS A LA NIEVE

*Celebra los Reyes en Sierra Nevada
6 de Enero – 10 de Enero 2016*

SERVICIOS INCLUIDOS:

Moderno autobús desde Albacete.
Estancia 5 días / 4 noches .
Hotel Nevasur 3*** (Pradollano)
Régimen de media pensión en hotel
4 comidas picnic en pistas .
4 días de forfait en Sierra Nevada.
4 días de alquiler de material de esquí o snow.
Seguro de viaje y asistencia de accidentes.

Precio por persona desde : **399 €**
(precios especiales para niños - consúltenos)

*Carnavales en Boi Taüll
5 de Febrero – 9 de Febrero 2016*

SERVICIOS INCLUIDOS:

Moderno autobús desde Albacete.
Estancia 5 días / 4 noches .
Hotel 3*** en Boi Taüll Resort.
Régimen de media pensión en hotel.
4 comidas buffet en pistas .
4 días de forfait en Boi Taüll.
Curso de esquí ó snow 8 horas (2 hrs x día).
4 días de alquiler de material de esquí o snow.
Seguro de viaje y asistencia de accidentes.

Precio por persona desde : **396 €**
(precios especiales para niños - consúltenos)

Puente de la Comunidad 28 al 31 de mayo 2016 **EURODISNEY**

SERVICIOS INCLUIDOS

- Traslado Albacete–Aeropuerto Madrid Barajas–Albacete en bus.
- Billetes de avión en línea regular, **vuelo directo** , clase turista:
28 mayo Madrid – Paris 08.50 hrs // 10.50 hrs.
31 mayo Paris – Madrid 20.15 hrs // 22.20 hrs.
- Traslados aeropuerto París – Disney – aeropuerto París.
- Alojamiento en hotel elegido en Disneyland , 4 días / 3 noches.
- Régimen de pensión completa PLUS.
- Entradas a Eurodisney todos los días de estancia.
- Asistencia de nuestro personal en aeropuerto de Madrid-Barajas.
- Seguro básico de viaje, tasas e impuestos.



Precios por persona: * Precio de niños compartiendo habitación con dos adultos(

| HOTEL | SANTA FE | NEWPORT BAY CLUB |
|------------------------|----------|------------------|
| Doble (02 adultos) | 828 € | 980 € |
| Triple (03 adultos) | 748 € | 872 € |
| Cuádruple (04 adultos) | 708 € | 802 € |
| Niños (hasta 11 años) | 472 € | 472 € |



TOYOTA

SIEMPRE
MEJOR

se anticipa a todo



Nuevo Toyota AVENSIS por 380 €/mes* con ToyotaRentingPlus

Llévatelo ahora sin entrada, con **Toyota Safety Sense** y todo este equipamiento **de serie**:



CENTRO OFICIAL
TOYOTA AUTOALBA
autoalba.toyota.es

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

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

*Avensis 1500 Touring Sports Advance + Pack Intelligenty 380€ al mes. Cuota mensual sin IVA para alquilar a 48 meses y 20.000 kilómetros anuales. Incluye gastos de entrega, impuesto de circulación, mantenimiento preventivo, correctivo, cambio de neumáticos por desgaste, seguro a todo riesgo y asistencia en carretera 24 horas, según contrato de Toyota Renting Plus. Pintura metálica y equipamiento opcional no incluido. Oferta financiera de Toyota Credit Bank GmbH, sucursal en España, válida hasta el 31/12/2015 en Península y Baleares, aplicable a personas físicas y jurídicas. Sujeto al estado de salutación crediticia del Cliente por parte de Toyota Financial Services. El modelo visualizado puede no coincidir con el modelo ofertado. Oferta ofrecida por Toyota España, S.L.U. Pavia de Bracostas, 22. 28108 - Madrid y su red de concesionarios. Para más información consulta en tu concesionario habitual.

Consumo medio (l/100 km): 4,5. Emisiones CO₂ (g/km): 119.