



MÉDICOS

DE ALBACETE

Los médicos de Primaria
en Albacete y provincia
se "paran" por una AP digna





DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

Hasta un

60%*
bonificación
en su seguro de Automóvil

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV , GESTORÍA Y "MANITAS AUTO"
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com

902 30 30 10 / 967 21 83 01

Síganos en



y en nuestra APP

A.M.A. ALBACETE

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

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación.

No acumulable a otras ofertas. Consulte fechas de la promoción y condiciones en su oficina provincial A.M.A.

sumario

REVISTA N.º 59 / AÑO 2019

Editorial

La mala gestión sanitaria en Albacete provincia

Actualidad

Los médicos de Primaria se “paran” por una AP digna

Formación

El Colegio ofrece cursos para formar en DEA con acreditación oficial

Investigación

La investigación sobre el tratamiento de úlceras crónicas con trasplante de folículos pilosos se alzó con el segundo premio

Información del Colegio

Presupuesto del Colegio para el ejercicio 2019

Noticias del Colegio

Éxito de las tertulias clínicas pediátricas organizadas por la SPMYCM

Médicos Solidarios

Carmen Muñoz Conde

Marta Pareja León

Noticias Colegiales

Póliza de seguros de protección jurídica por agresión

Entrevista

Ángel Alois Osorio Manyari

Historia

LOS LIBERTOS Y LOS ESCLAVOS en la Hispania Romana ⁽²⁾

Noticias Colegiales

La OMC conmemora el “Día Nacional contra las Agresiones en el Ambito Sanitario” el 14 de marzo

Artículo

Ciento cincuenta aniversario de la muerte del médico local Octaviano Griñán Serna

Colegiados

Eutanasia

Información PAIME

El PAIME cumple 20 años

Fotonoticias

El presidente del Colegio participa en el CIPO

Convenios de colaboración



Los médicos de Primaria se “paran”

5



Cursos para formar en DEA

8



Tertulias clínicas pediátricas

12



El PAIME cumple 20 años

28

JUNTA DE GOBIERNO 2017/2021

PRESIDENTE

MIGUEL FERNANDO GÓMEZ BERMEJO

VICEPRESIDENTE 1.º

MARÍA ANTONIA FAGÚNDEZ

VICEPRESIDENTE 2.º

PATRICIA PRIETO MONTAÑO

SECRETARIO GENERAL

SANTOS JULIÁN GONZÁLEZ MARTÍNEZ

VICESECRETARIA GENERAL

CARMEN DE LA CUADRA VILA

TESORERO

JESÚS JIMÉNEZ

V. DE ATENCIÓN PRIMARIA

CARMEN SOMOZA

VOCALÍA DE HOSPITALARIA

BLAS GONZÁLEZ MONTERO

VOCALÍA FORMACIÓN/EMPLEO

ANTONIO CEPILLO BOLUDA

VOCALÍA EJERCICIO PRIVADO

TOMÁS FERNÁNDEZ SEVILLA

VOCALÍA DE JUBILADOS

MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ROMERO



Edita:

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

Redacción: Mercedes Martínez Rubio

Imprime: **GRAFICUAL**

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. En cumplimiento de lo establecido en el RGPD, le informamos que sus datos proceden de los ficheros responsabilidad de **Colegio Oficial de Médicos de Albacete**, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación entidad-colegiado y prestación de servicios derivada de la misma, incluyendo el envío de comunicaciones informativas, comerciales y de cortesía en el marco de la citada relación. Así mismo, sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación entidad-cliente y prestación de servicios derivada de la misma o en los supuestos en que lo autorice una norma con rango de ley. En cumplimiento del RGPD puede ejercitar sus derechos ante **Colegio Oficial de Médicos de Albacete**, con dirección en **Plaza Altozano, 11, 2001 - ALBACETE**, adjuntando fotocopia de su DNI.

La mala gestión sanitaria en Albacete provincia

POR MIGUEL F. GÓMEZ BERMEJO

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Albacete



Desde hace más de dos décadas, la gestión sanitaria en la provincia de Albacete ha dejado mucho que desear, nos ha llevado a una situación actual irreversible y de muy difícil solución.

Cuando se inauguró en el primer trimestre del noventa el hospital de Hellín, se hizo por medidas políticas a prisa y corriendo, cometiendo el mismo error que con los hospitales de Almansa y Villarrobledo, se inauguraron con falta de médicos y con servicios deficitarios, que todavía lo están después de tanto tiempo, prestando un mal servicio asistencial y castigando a sus profesionales de la medicina a estar allí, sin posibilidades de traslado. Que se lo digan a los compañeros de Hellín, que aún esperan un traslado de su especialidad y a los compañeros que por resolución judicial, han podido venir al CHUA a través de AFESALBA.

A mediados de los noventa, el hospital Virgen de los Llanos, antiguo antituberculoso, es remozado o renovado por una cantidad aproximada de 230 millones de pesetas, para ser cerrado cuatro años después trasladando a todo su personal y servicios al hospital Virgen del Perpetuo Socorro, antigua Residencia. Cerrado y ya no reutilizado para nada, muestra de la buena gestión de nuestros políticos de entonces, de haberse utilizado por los servicios de Geriátrica, Paliativos, Psiquiatría y Medicina Interna, el hospital Virgen del Perpetuo Socorro hubiera quedado como un hospital quirúrgico de 250 camas, que solucionarían el problema de camas que ahora sufre el CHUA y sobre todo los ciudadanos, que esperan más de dos años para ser intervenidos de traumatología, cirugía general, neurocirugía, etc., etc., etc. Pero la mala gestión ya entonces, empezó a dar sus malos frutos.

Años después se vuelve a cometer el mismo error, construyendo los hospitales de Almansa y Villarrobledo, e inaugurados a prisa y corriendo, con falta de médicos, por medidas electoralistas, tanto que ocasiona una huelga médica, que se termina ganando por los médicos. Pero el planteamiento que nos hicimos por entonces y nos hacemos ahora: qué era más prioritario, visto lo visto, haber hecho un nuevo hospital en Albacete capital, con el dinero invertido en los hospitales comarcales o haber hecho lo que se hizo. Ahora el CHUA está en una situación irreversible, con tres pacientes por habitación, algo indigno e inhumano, donde la intimidad y confidencialidad del paciente no existe, donde se obliga a los profesionales de la medicina a trabajar en condiciones no deseadas y donde las listas de espera superan los dos años y medio, más de una semana de ingreso para ser intervenido de una fractura de cadera, más de dos meses para ser intervenido de un proceso oncológico digestivo y más de un año para ser intervenido de cataratas, un panorama muy alentador. Al final qué han solucionado los hospitales comarcales con plantas cerradas, cuando en Albacete capital no tenemos ni una sola cama, con servicios todavía carentes de personal, radiología, pediatría, otorrinolaringología, urgencias, etc., etc., etc.

Qué podemos decir de nuestros hermanos pobres de Atención Primaria, que empezaron siendo los ricos, cuando

los ambulatorios pasaron a ser llamados Centros de Salud, de aspecto faraónico, con veintitantos cuartos de baño-Chinchilla, El Bonillo, Alcaraz y otros desde hace quince años en barracones; Hellín, Elche de la Sierra, o como ocurre en Albacete capital, unos tan grandes y tan vacíos y otros grises y lúgubres, no voy a dar números ni nombre, porque todos sabemos de qué hablo. Médicos con cupos por encima de las 2.000 cartillas, con la sobrecarga de trabajo, por la ausencia o enfermedad del compañero y con el futuro muy negro por las cercanas jubilaciones de primaria y no previstas. Que por falta de médicos y sobrecarga de trabajo, nos lleva a tener lista de espera en primaria, ocasionando masificaciones diarias en los servicios de urgencias PAC, que por no disponer de medios diagnósticos, radiología, ni laboratorio, llevan al paciente a bloquear las urgencias del CHUA, con una media de 500 pacientes al día, algo insostenible, donde la intimidad en la sala de preobservación deja mucho que desear, ahora que se habla tanto del Plan Dignifica, espero que alguien me lo explique. Cuando por derecho a la intimidad, no se puede llamar al paciente por su nombre, para que pase a una consulta y hay que hacerlo a través de una pantalla de televisión, a ese mismo paciente se le ingresa en una habitación con tres camas, se le pasea en su cama, por todo el hospital por pasillos y ascensores, donde es visto por pacientes y acompañantes de toda la casa y donde la intimidad y confidencialidad no importa, algo puramente vergonzoso.

Por último qué decir de los esclavos de fin de semana, los llamados PEAC, personal médico no propietario, que no tiene el mismo salario, ni los mismos derechos que el resto de los compañeros de primaria o de una urgencias hospitalarias. Me encantaría que alguien me explique por qué su situación es ésta y que ellos decidan de una vez, si quieren continuar así toda la vida o desean ser como el resto de sus compañeros de primaria, creo que ya es hora de que se definan, ¿a qué esperan?.

Por último hago una reflexión, ¿es preferible desarrollar el Plan Director o Plan Funcional, sometiendo a unas obras que durarán mínimo cuatro años y cuyo coste es de 104 millones de euros, afectando a vecinos, pacientes y trabajadores del CHUA, para conseguir 15 quirófanos más y 200 camas más, o es preferible hacer un nuevo hospital, reutilizando también el que tenemos y no cometiendo el error del Hospital Virgen de los Llanos, hacerlo en un máximo de dos años, trabajando a turnos, de mañana, tarde y noche, todos los días de la semana incluidos sábados y domingos, y en un lugar donde no se moleste a nadie, así se hizo El Corte Inglés de Murcia, en año y medio o estar cuatro años, sin poder trabajar noches, ni fines de semana por no molestar a pacientes, y vecinos?

Porque mientras tanto, durante estos cuatro años, ¿qué hacemos con los tres pacientes por habitación, un hospital colapsado con falta de camas, unas urgencias bloqueadas y con unas listas de espera de más de dos años y medio?.

Ahí deja la pregunta.

ACTUALIDAD

Los médicos de Primaria se “paran” por una AP digna

Los médicos de Atención Primaria de la provincia de Albacete protagonizaron el pasado 7 de febrero un paro de 10 minutos, a las puertas de sus centros de salud, “ante la situación de crisis que atraviesa la Atención Primaria”



11:00 horas, 7 de febrero de 2019, a las puertas de cualquier centro de salud de la provincia de Albacete se podían ver batas blancas. Son los médicos de Atención Primaria que, acompañados de pacientes, ciudadanos y otros profesionales de la salud, reivindicaron durante 10 minutos el mismo tiempo que piden para atender a sus pacientes, además de estabilidad laboral o inversión en

tecnología, seguridad y personal.

La Atención Primaria soporta una gran presión asistencial. La falta de inversión en los últimos años, cupos desbordados, consultas con más de 50 pacientes al día, repartos de pacientes por compañeros ausentes (por salientes de guardia, enfermedad...), médicos que terminaron el MIR y ahora como especialistas de Atención Primaria sienten el desánimo de trabajar días sueltos, la pérdida de días por formación, la falta de dotación tecnológica en los centros, la no compensación ni reconocimiento del trabajo realizado... ha favorecido el “burnout” del colectivo médico por lo que desde la plataforma se pide una solución “de inmediato a esta fatiga”.

La vocal de Atención Primaria Urbana y Rural del Colegio, Dra. Carmen Somoza Castillo, leyó públicamente un manifiesto ante los medios de comunicación en el que se pone de relieve el deterioro al que ha llegado la Atención Primaria después de una década de recortes.



MANIFIESTO POR LA DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CASTILLA-LA MANCHA



Hemos decidido concentrarnos hoy en la puerta de nuestro Centro de Salud para expresar ante la opinión pública las malas condiciones en las que realizamos nuestro trabajo.

La Atención Primaria siempre ha sido considerada por los políticos y por los gestores como la puerta de entrada al sistema sanitario, el primer escalón asistencial, la responsable del seguimiento integral del paciente y de su entorno familiar, a lo largo de toda su vida.

El médico de Familia es el que atiende inicialmente, resuelve más del 90% de problemas de salud y en casos

de gravedad o de especial complicación, enfoca y deriva al paciente al Hospital.

Durante los últimos años la Atención Primaria viene sufriendo un claro proceso de deterioro que alcanzó su máxima evidencia durante los recortes de la última crisis y que no se ha solucionado por la actual Administración, a pesar de las promesas electorales y de la mejora de la economía general.

En Castilla-La Mancha son muchos los problemas actuales de la Atención Primaria y de los profesionales médicos que la desarrollan por todo ello,



EXIGIMOS:

1-Exigimos el 25% del presupuesto en Sanidad para la Atención Primaria, necesario para solventar los problemas de los usuarios.

2-Exigimos un mínimo de 10 minutos por paciente en nuestras consultas. Para atender a nuestros pacientes como se merecen.

3-Exigimos inversión en tecnología sanitaria en los Centros de Salud y el acceso a todas las pruebas diagnósticas complementarias.

4-Exigimos planes de desarrollo profesional con formación continuada y actualización periódica durante nuestro periodo laboral.

5-Exigimos que se cubran el 100% de las ausencias, para evitar las listas de espera en Atención Primaria y evitar saturar más las consultas médicas que se encuentran ya sobreesaturadas.

6-Exigimos contratos dignos y de larga duración para los compañeros que se encuentran en la Bolsa de Trabajo, convocatoria de concursos de traslados y oposiciones como mínimo cada 2 años.

7-Exigimos la desburocratización de nuestras consultas que ha aumentado los 2 últimos años y dedicar más tiempo a nuestros pacientes.

8-Exigimos mayor seguridad en nuestros centros de trabajo en donde cada vez son más frecuentes las agresiones durante la jornada laboral.

9-Exigimos la mejora de las condiciones laborales de los Médicos PEAC.

10-Exigimos el reinicio de la carrera profesional.

Exigimos todo esto para mejorar la atención que damos a nuestros pacientes ante la falta de inversión en la Atención Primaria que sólo sale adelante por el sacrificio de los profesionales que trabajamos en ella.

Le pedimos, pues, al Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha que atienda nuestras reivindicaciones para sa-

car a la Atención Primaria del ostracismo al que la han llevado las diferentes administraciones.

Fue el primer movimiento de la Plataforma por la Dignidad de la Atención Primaria, y no será el único pues desde este movimiento se anunció que seguirán con las movilizaciones, si no se atienden sus peticiones.

“POR UNA ATENCIÓN PRIMARIA DIGNA”



FORMACIÓN

El Colegio ofrece cursos para formar en DEA con acreditación oficial al ser centro homologado



El Colegio de Médicos de Albacete se ha puesto en contacto con instituciones, organizaciones y entidades públicas y/o privadas para ofrecerles la realización de cursos formativos en reanimación cardiopulmonar y manejo de desfibriladores automáticos (DEA).

Uno de los primeros colectivos en querer recibir dicha formación es la Guardia Civil. El teniente coronel Jefe de la Comandancia de la Guardia Civil de Albacete, Jesús Manuel Rodrigo Sánchez, acompañado del comandante Antonio Banegas, han mantenido una reunión con el presidente del Colegio, Fernando Gómez Bermejo, en la que les ha manifestado el interés de este cuerpo en recibir la formación en RCP y DEA. El doctor Bermejo ha transmitido la importancia de que la Guardia Civil reciba estos cursos al ser "los primeros en llegar a un accidente o a una intervención de emergencia".

Desde hace pocos meses, el Colegio ha sido homologado como centro oficial de formación de estos cursos cuyo objetivo es enseñar a los participantes a manejar un DEA, aparatos "sencillos y fiables" que "salvan vidas". Su correcto manejo "exige una mínima y sencilla formación que es lo que este Colegio Oficial de Médicos está dispuesto a

proporcionar", ha afirmado el coordinador docente, el Dr. Jesús Ángel Sánchez García.

Tanto el Dr. Sánchez García, como el resto de componentes del equipo docente – médicos, enfermeros y técnicos de ambulancia – han podido conocer el material que el Colegio ha adquirido para la realización de estos cursos: cuatro torsos de adulto con mediación de calidad de lamR-CP (QCPR); un maniquí adulto completo con QCPR; cuatro maniqués bebé para RCP básica, uno de ellos con QCPR; tres desfibriladores de docencia; y mascarillas face mask a instrumental para ventilación pulmonar, que son dispositivos "barrera", una inversión de más de 9.000 euros.

Los cursos, que se comenzarán a impartir en la sede colegial conforme los vayan solicitando las instituciones y organizaciones demandantes, serán de ocho horas, de carácter práctico, y se realizarán en una sola jornada.

Quienes los superen tendrán una acreditación oficial de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para poder manejar con seguridad y fiabilidad dichos DEA. Las acreditaciones habilitarán individualmente durante dos años y se podrán renovar cada dos años mediante otro curso, más



La Guardia Civil se interesa por recibir la formación



breve, de actualización.

El doctor Sánchez lleva tres años recorriendo los centros educativos de la provincia con el objetivo de que la RCP entre en las aulas. Su meta ahora es que ayuntamientos, centros comerciales, cuerpos policiales, bomberos y cualquier particular o profesional interesado en responder ante una parada cardiaca se pueda formar en el Colegio de Médicos.

En enero de 2018 el Gobierno de Castilla-La Mancha reguló por decreto los requisitos para tener un desfibrilador externo semiautomático (DESA) o automático (DEA). La normativa establecía las características del curso con el que se debía formar a las personas que utilizaran los aparatos de reanimación. Así, el Dr. Jesús Sánchez diseñó los contenidos, el material y el equipo con el que el Colegio de Médicos ha conseguido la acreditación.

Sólo en Albacete se producen más de cien muertes súbitas al año. En España, más de 30.000 personas fallecen todos los años debido a una parada cardiaca.

El 20% de esos fallecidos por una parada podrían salvar la vida sin secuelas si tuviesen a su lado a una persona capaz de “moverle” el corazón con un masaje mientras llega el personal sanitario. El porcentaje aumenta hasta el 60% si se dispone de un desfibrilador durante los primeros minutos.

Las personas o entidades interesadas en formarse sólo tienen que dirigirse al doctor Sánchez a través del correo rcp_desa_colmed@yahoo.com



La investigación sobre el tratamiento de úlceras crónicas con trasplante de folículos pilosos se alzó con el segundo premio del Colegio de Médicos y la Sociedad de Medicina y Cirugía

La doctora María Luisa Martínez, dermatóloga del CHUA, defendió el estudio en la entrega de los XXII Premios de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada.

El Colegio de Médicos y la Sociedad de Medicina y Cirugía de Albacete han entregado el segundo galardón de los Premios de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete 2018. XXII Edición, dotado con 1.300 euros a la Dra. María Luisa Martínez Martínez, del Servicio de Dermatología del CHUA, por su trabajo titulado "Tratamiento de úlceras crónicas con trasplante de folículos pilosos mediante biopsias punch de cuero cabelludo. Estudio comparativo con el trasplante tradicional de injertos de piel sin pelo terminal".

El trabajo, publicado en noviembre de 2016, en la revista de la Academia Americana de Dermatología, ha contado con la participación de Eduardo Escario, Enrique Poblet, David Sánchez, Fernando Buchón, Ander Izeta y Francisco Jiménez.

La primera autora resumió, en la entrega de los premios celebrada en el salón de actos del Hospital Perpetuo Socorro, que eligieron folículos pilosos "por su capacidad como inductores en la cicatrización de las heridas y su curación gracias a la gran cantidad de células madre que poseen".

El estudio se centró en la realización de un ensayo clínico, de 18 semanas, con 12 pacientes con úlceras crónicas de 23 centímetros cuadrados y 6 años de evolución de media. Una sola úlcera en el miembro inferior fue dividida



en dos partes, área experimental que recibiría los injertos punch con folículos pilosos y área de control, sin folículos pilosos.

A modo de ejemplo, los injertos punch con folículos pilosos redujeron en un 93% las úlceras en uno de los casos, frente al 11% del caso control que no los recibió. En otro paciente, se consiguió el 100% frente al 59'4% de piel sin pelo.

El porcentaje de reducción media se sitúa en un 75% frente a un 33% en el grupo control y las úlceras en su conjunto también se redujeron en un 55'69%.

La conclusión a la que llegan estos investigadores es que existe un **nuevo concepto de injerto**.

Una terapia prometedora para estudiar la curación de úlceras crónicas que no responde a tratamientos convencionales.

Los resultados demuestran la capacidad de los trasplantes con injertos punch de folículos pilosos para reparar úlceras venosas crónicas, así como su superioridad frente al trasplante de injertos punch de piel sin folículos pilosos.

Se trata de un método seguro, poco invasivo, de manejo ambulatorio y de fácil realización con un entrenamiento específico.

Se necesitan más estudios en un futuro para poder aplicarlo a una mayor variedad de úlceras.



PRESUPUESTO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

EJERCICIO 2019

INGRESOS

EUROS

CUOTAS COLEGALES	340.000'00
CUOTAS ENTRADAS NUEVOS COLEGIADOS	5.400'00
VENTA DE CERTIFICADOS (1.ª y 3.ª clase) y RECETAS	18.000'00
INGRESOS DIVERSOS	30.000'00
INGRESOS FINANCIEROS	600'00
TOTAL INGRESOS PREVISTOS	394.000'00

GASTOS

EUROS

COMPRAS DE CERTIFICADOS (1.ª y 3.ª clase)	6.500'00
COMPRAS DE OTROS APROVISIONAMIENTOS	6.000'00
ARRENDAMIENTOS	3.560'00
REPARACIONES Y CONSERVACION	7.500'00
SERVICIO PROFESIONALES INDEPENDIENTES	52.900'00
ASESORIA EXTERNA	19.200'00
PERIODISTA EXTERNA	13.200'00
RENTAS	20.500'00
PRIMAS DE SEGUROS	2.400'00
SERVICIOS BANCARIOS	200'00
SUMINISTROS	6.000'00
FORMACION Y PROYECTOS DE ESTUDIO	50.000'00
PARTICIPACION CONSEJO GENERAL EN CUOTAS	34.000'00
PARTICIPACION CONSEJO AUTONOMICO EN CUOTAS	8.500'00
GASTOS VARIOS NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	14.000'00
IMPUESTOS Y OTROS TRIBUTOS	22.000'00
GASTOS DE DESPLAZAMIENTO y REPRESENTACION	12.000'00
SUELDOS y SALARIOS	69.700'00
SEGURIDAD SOCIAL	18.763'65
AMORTIZACIONES	52.000'00
TOTAL GASTOS PREVISTOS	366.023'65

TOTAL SUPERAVIT PREVISTO 27.976'35



Un momento de la asamblea en la que se aprobaron los presupuestos.

NOTICIAS DEL COLEGIO

Éxito de las tertulias clínicas pediátricas organizadas por la SPMYCM en Albacete

La Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha, SPMYCM, en Albacete, está celebrando todos los meses unas tertulias clínicas pediátricas en el Colegio de Médicos de Albacete.

Desde que en abril de 2018, la Junta Directiva de la Sociedad renovara todos sus cargos, los representantes por Albacete, el Vicepresidente 2.º Juan Ríos Laorden y el vocal, Antonio J. Cepillo Boluda, se plantearon organizar unas reuniones en donde se hablara de la profesión y su abordaje tanto desde el ámbito hospitalario como de la atención primaria.

El primer acto tuvo lugar el 21 de noviembre de 2018 y, desde esa fecha y hasta el 14 de diciembre de 2019, los pediatras de Albacete se reúnen una vez al mes en la sede colegial para analizar temas que interesan a los especialistas en ejercicio del área de salud de la provincia de Albacete, incluyendo los hospitales de Villarrobledo, Hellín y Almansa.

“En Madrid, se celebran muchas actividades pero en las provincias de Castilla-La Mancha, al ser una región dispersa, con poca pediatría rural, con pocas actividades, hemos querido darle un impulso”.

De ahí surgieron estas tertulias con un triple objetivo que explica uno de sus organizadores, el Dr. Ríos: “que

los pediatras tengamos un día de reunión para hablar de nuestra profesión, a pesar de trabajar en ámbitos distintos; la divulgación de temas que nos interesen y un tercer objetivo, y es que la jornada aborde dos tipos de temas, unos que afectan a la pediatría hospitalaria y otros a la pediatría de atención primaria. Muchas veces estamos en nuestro ámbito y no vemos patologías pero que en nuestro currículo de pediatría tenemos que manejar, y a los del hospital pasa lo mismo. Con lo cual, hemos querido que se refresquen esas patologías y en eventos comunes”.

TEMAS

En la primera, el doctor Miguel Lillo habló de cáncer infantil, evolución desde que se puso en funcionamiento la Unidad de Oncohematología Pediátrica en el Hospital de Albacete hasta nuestros días, y Carlos Castillo de los métodos de diagnóstico que se utilizan en AP. En diciembre, se habló de técnicas para el abordaje de procedimientos dolorosos en niños, por la especialista Elia López ballesteros, y Juan Ríos Laorden abordó el uso de antibióticos de amplio espectro en AP. La tercera charla ya celebrada fue un protocolo de actuación ante las taquicardias supraventriculares en urgencias por la doctora Melody Sánchez Tierraseca y la pediatra Petuka Hoyos, por AP, habló de la nutrición infantil, con los excesos, tipos de alimentos y necesidades reales del consumo de azúcar.

En febrero se habló de “Atención Temprana”, con Cristina Díaz Sánchez, coordinadora provincial del Área de Atención Temprana de Asprona, que expuso la situación actual, su abordaje y los medios con los que cuenta el Área de Salud de Albacete.

Ya en marzo se pondrá en conocimiento el manejo de las bombas de infusión de insulina en los niños diagnosticados de diabetes tipo I. “Es necesario que todos sepamos manejarlas, además de los endocrinos pediátricos”.



EL COLEGIO CEDE SUS INSTALACIONES

El doctor Ríos Laorden se ha mostrado satisfecho por la buena acogida que están teniendo estas reuniones, "cada día más gente y con más éxito", y ha agradecido la buena disposición de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos para ceder sus instalaciones y ser punto de reunión de las charlas. "Cuando se lo conté al presidente, al doctor Gómez Bermejo le gustó mucho la iniciativa y se brindó para que el Colegio fuera el punto de encuentro. Yo le estoy muy agradecido porque el colegio está en un lugar céntrico, tiene los medios necesarios, una sala estupenda, con las proyecciones para realizar las charlas y estamos en nuestra casa y nos sentimos muy a gusto en ella. Nos trata la gente fenomenalmente. Le damos gracias al colegio por estar abiertos y brindarnos sus instalaciones".

Juan Ríos ha invitado a cualquier colegiado interesado en los temas, a asistir a las tertulias. "Las puertas están abiertas y pueden venir a escuchar estas charlas".

En su opinión, los compañeros tenían ganas de reunirse. "La pediatría, históricamente, siempre ha tenido muchas reuniones. Hace muchos años había reuniones periódicas, entre ambos niveles y ahora estaba más parado. Se echaba de menos y a la gente le gusta. Oye cosas que habitualmente no y se reúne con gente a la que no la ve".

Y, aunque existe formación online y esto han frenado las reuniones, "el aspecto humano y la cercanía y el calor de reunirte con tus compañeros no lo sustituye la soledad de un ordenador". "El aspecto humano de la profesión hay que motivarlo". Asegura el Dr. Ríos.

Después de cada tertulia, se abre el turno de palabra y suele ser gente muy participativa. "Los temas son muy específicos, de contenido científico, y están siendo muy interesantes. También se habla de experiencias personales".

MODELO A SEGUIR

Otras provincias están viendo el éxito y la actividad se va a exportar a Ciudad Real, Guadalajara o Cuenca, lugares donde tienen pocas oportunidades de reunirse fuera del ámbito de trabajo.

Las tertulias clínicas pediátricas se están celebrando gracias a la buena voluntad de los pediatras, que vienen y expone su experiencia profesional al resto de compañeros. "Esto se puede hacer en cualquier provincia. A coste cero y teniéndolo a un metro, no tiene precio".

La provincia de Albacete cuenta con cerca de 110 pediatras entre atención primaria y hospitalaria.

MÉTODO Y OBJETIVOS

El examen ecográfico debe entenderse como prolongación del examen clínico y puede realizarse en medio extrahospitalario, en el lugar de un accidente, durante el traslado del paciente en ambulancia, o en ámbito intrahospitalario (box de urgencia, UCI, a pié de cama). Y mejora la capacidad diagnóstica, optimizando el manejo de las situaciones críticas y argumentan criterios de derivación a servicios de referencia.

Este Curso de Ecografía Músculo-Esquelética de Iniciación aproxima e introduce al alumno en los conceptos básicos de la ecografía, actualiza la anatomía y su correlación ecográfica en hombro-rodilla-tobillo y trata de responder a preguntas frecuentes como:

¿Hay rotura muscular o tendinosa?

¿Hay bursitis, derrame articular o signos de sinovitis?

¿Hay calcificación tendinosa o datos de tendinopatía?

¿Hay Hematoma? ¿es subcutáneo o intramuscular?

La ecografía en Centros de Salud, Urgencias, Pediatría... se justifica en base a que el médico puede encontrar respuesta a cuestiones claves que le permitan orientar y derivar mejor a su paciente.

-En tiempos de crisis, invertir en técnicas baratas y resolutivas como la Ecografía, es mucho más rentable.

INSCRIPCIÓN

Médicos

- Socio SEMERGEN-SEMES 235€
- No socios 260€

Residentes

- Socio SEMERGEN-SEMES 210€
- No socios 235€

CURSO DE INICIACIÓN ECOGRAFÍA MÚSCULO ESQUELÉTICA

INFORMACIÓN

- ✉ Mail: info@ecografia.eu
- ☎ Sede: 988 601 221
- ☎ Logística: 686 177 177 / 606 174 572

- 🌐 WEB: www.ecografia.eu
- 🖥 Campus: www.ecografia.eu/campusvirtual
- 📘 Facebook: www.facebook.com/GTEcografia
- 🐦 Twitter: @GTEcografia



05 Y 06 de Marzo de 2019

09:00h a 14:00h - 16:00h a 20:00h

SEDE: Colegio de médicos Albacete

Calle Plaza de Altozano, N-11-Albacete

Nº máximo de alumnos 25

MÁS CURSOS Y FORMACIÓN EN
WWW.ECOGRAFIA.EU

VALIDADO



ACREDITADO



COLABORA

50h Totales: 9h Presenciales 86h no Presenciales
CRÉDITOS
FORMACIÓN CONTINUADA PARA MÉDICOS

MÉDICOS SOLIDARIOS

De Bogarra a Senegal, pasando por El Chad y Níger: las experiencias cooperantes de la doctora Carmen Múñoz Conde

“A nivel personal, es muy gratificante y a nivel profesional te enseña a tirar para adelante con cuatro cosas”



CARMEN MÚÑOZ CONDE es una médica de pueblo, “de los pies a la cabeza”, que se identifica con la medicina rural. Desde que finalizó sus estudios, en 1983, en Valladolid, siempre ha estado ejerciendo y desde hace 19 años es la médica de Bogarra.

En un momento de su vida se planteó hacer cooperación, “echar una mano en países donde hace falta”. Realizó un master en Cooperación, en Barcelona, y empezó a trabajar como voluntaria en diferentes países, “cada vez en un sitio”.

El lugar en donde más tiempo ha estado es en el Chad, con una fundación ‘EnganCHADos’ que tiene el Hospital Universitario de Fuenlabrada. La doctora Muñoz Conde explica que hace unos meses, concretamente en noviembre, se publicó un libro, “Crónicas de Bébédjia”, con las experiencias que han redactado las mujeres y hombres que han viajado al Hospital Saint Joseph de Bébédjia, en el sur de Chad, el país más pobre del mundo.

Bébédjia, relata Carmen, tiene una pobreza extrema,

Fuenlabrada hizo un hermanamiento entre el Hospital St. Joseph de Bebedjia en el Chad y su Hospital Universitario para abordar la salud de 250.000 personas, distintos medios pero con “un mismo espíritu”. Por casualidad “dí con ello y me invitaron a colaborar. Pedí un permiso sin sueldo y me fui seis meses allí, entre 2015-2016.

Anteriormente, la médico de Bogarra, había estado en Níger y la última incursión ha sido en Senegal, concretamente en Bassari y en Casamance, que ha sido su último destino como cooperante, los pasados meses de septiembre y octubre.

“El pueblo se llama Marandán, un pueblecito de interior al que llegué la primera vez hace un año, con la Asociación “Marandán” de Albacete. Tiene 4.000 habitantes, pero con multitud de aldeas y una población total de 20.000 habitantes. Es muy pobre, sin luz ni agua. Más de la mitad de los niños, están malnutridos”.

Las causas, son múltiples. En su opinión, hay mucha pobreza cultural, con matrimonios muy precoces; niñas que son madres y sufren una alta mortalidad tanto las madres como sus hijos; sin formación para cuidarlos; falta de alimentos.

Una de las actuaciones de la Dra. Carmen Muñoz en el lugar es abordar los problemas de una forma integral. Gracias a su labor, han conseguido “que todos los niños y niñas vayan a la escuela”, pero faltan instalaciones y medios. “Hay 710 niños y 12 aulas, están hacinados. Buscamos dinero para construir más aulas y que haya pupitres y sillas donde sentarse y un mínimo de material escolar”.

Otra de sus actuaciones se ha enfocado en la alimentación. “Estamos detrás de que tengan una deshidratadora de frutas y verduras para que puedan aprovechar su recolección de mangos, y así tengan mango disponible todo el año”.

Hacer huertos regidos por mujeres es otro de los proyectos en marcha pero los tiempos, en África, son otros. “Todo va muy despacio. Yo les hago ver que si ellos no empujan, no se involucran, todo esfuerzo no sirve para



siempre está. En precario y el municipio madrileño de

nada". Por ejemplo, tienen instalaciones de placas solares pero están sin funcionar, "no saben hacerlo ni hay quien las ponga en marcha o las arreglen".

El problema del agua "se solucionó en mi primer viaje. Tienen una perforación y un depósito y de éste llevan el agua a fuentes que hay instaladas en los distintos barrios. Llevaban cuatro años con el motor de la perforación estropeado. Cuando llegué estaban así, y habían vuelto a los pozos. Se buscó un técnico, al que pagué el desplazamiento, y se arregló. Ahora quiero buscar a alguien que me diga los filtros que hacen falta para que el agua sea totalmente potable".

En el ámbito de la salud, en Marandán hay una Cas de Santé, que es el eslabón más bajo en el sistema sanitario, un centro con auxiliar de enfermería y una partera. "Queremos una Post de Santé, mejor dotado, con una matrona y enfermero pagados por el estado, con una maternidad y a su disposición tendría más medicamentos y más medios"

CONSULTAS LARGAS

Carmen pasa consulta todos los días. "Consultas largas, con 60 pacientes diarios, con malaria en épocas de lluvias, que es cuando voy más tiempo; malnutriciones en niños y adultos; cegueras en gente mayor. Hay hipertensiones difíciles de tratar porque no tienen medicamentos siempre, ni tienen conciencia. Me empeño en que comprendan que no tienen que equiparar tomar muchos medicamentos con tener mucha salud. No hace falta mucho sino lo justo pero bien".

El tema de tener medicamentos también es difícil en Senegal. "Hay un escalafón en la compra de medicamentos, la Cas de Santé los compra a la Pos, la Pos al centro de salud, el centro al hospital. Cuando hay que comprar en las farmacias, no es sostenible: la gente no tiene para pagarlos. Yo he podido comprar del depósito regional medicamentos, y con lo que he dejado ahora habrá suficiente hasta la mitad de la época de lluvias".

El plano de la formación también lo aborda Carmen cuando está allí. "Estamos formando a los relés, a los agentes de salud local que colaboran en los asuntos de salud de la población. Conseguimos formarles, aunque con un nivel muy bajo, y les enseñamos cosas muy básicas".

BOGARRA SE VUELCA

El dinero de los medicamentos lo obtiene de vender artículos. El pueblo de Bogarra se vuelca con su causa y con telas que la facultativa trae de Senegal, las bogarreñas hacen mochilas, bolsos, vestidos, pareos, coleteros... que después se venden. "Con el dinero de la venta compro medicamentos". Los beneficios son todos. "Yo pago las telas, ellas ponen el trabajo y luego lo vendemos entre todo el mundo. Bogarra se vuelca y van a la consulta y me dan dinero "para tus niños", me dicen". El año pasado, recaudó 1.300 euros para medicamentos y ahora 1.100 euros, "dinero que me dan los amigos y gente de Bogarra". Ahora, quiere conseguir subvención para construir

una Pos de Santé.

Cuando está en Albacete, el contacto con la población de Marandán sigue vivo. "La Cas de Santé me llama y me pasa casos, me preguntan por medicamentos, por cómo utilizarlos, medicamentos muy simples, analgésicos muy básicos".

A pesar de sus años de cooperación la vida allí se le hace difícil. "Suelo irme también unos días a otra zona, a la de la costa, que es diferente, a Oussouye, para descansar, porque la vida allí es difícil sobre todo porque me empeño en vivir como ellos, para comprender la problemática".

En Semana Santa quiere volver. "Allí no ha pasado nadie. Una técnico de Médicos del Mundo de Albacete se vino dos semanas en septiembre conmigo. Trabajo hay para lo que se quiera hacer".

A la Dra. Muñoz Conde, la cooperación humanitaria le ha cambiado la vida, "Ves otros modos de vida con carencias y cosas buenas que aquí hemos perdido. Vives de otra manera después. Es muy gratificante. Ahora soy menos materialista".

Profesionalmente, "te enseña a tirar para adelante con cuatro cosas; a hacer de una puerta una camilla. A emplear técnicas Macgyver, porque donde no hay, no hay, y tienes que hacer cosas porque intuyes que deben hacerse así, porque si no hay otra cosa....

COOPERACIÓN LOCAL

Aquí también en Albacete la doctora Muñoz trabaja en focos de pobreza. Es vocal y socia de Médicos del Mundo, y coopera con esta ONG con inmigrantes; con niños impartiendo talleres sobre derechos humanos y el respeto al diferente, y con los asentamientos. "Les ofrecemos acceso a la salud; asesoramiento con los papeles.

Hay mucho trabajo que hacer, asegura esta médica para quien el mundo tiene que cambiar. "Si una parte del mundo está enferma, la otra también. El mundo es todo uno. Hay desequilibrios y eso nos produce enfermedad a todos. Debería haber mayor armonía entre todos. Tanta materia no hace feliz, en absoluto".



MARTA PAREJA LEÓN

De residente de Pediatría en el CHUA a trabajar con los niños de karatu, en Tanzania



“Estas experiencias te aportan más humanidad”

Marta Pareja León es una médico que está realizando la residencia de Tercero de Pediatría en el CHUA. Natural de Iniesta (Cuenca), estudió en la Universidad de Reus, Tarragona, y tras un año en Pamplona, se vino a Albacete, donde vive y trabaja hoy en día.

Desde “siempre” se había planteado cooperar humanitariamente en otro lugar, en otro país, “cooperar, no hacer un voluntariado” porque a esta joven pediatra cooperar es cosa de dos. “Tu cooperas y ellos contigo. Hay muchas cosas que te traes del país al que vas, que son más importantes que las que llevas. Derechos, valores como cariño, amistad, cien por cien más fuertes, más naturales en esos lugares”.

Las vacaciones de verano de 2018 fueron, para la doctora Pareja León, un viaje a Tanzania. Tras hablar con compañeros como la Dra. Marisa Buedo, oncóloga; Dra. Elia López y el Dr. Antonio Cepillo, éste le “abrió las puertas a

cooperar por los derechos de los niños”, con la ONG Matumaini, en un centro de acogida de niños de la calle con exclusión social, de edades comprendidas entre los 8 y los 17 años, donde además de tener un hogar pueden asistir a la escuela que tiene el propio centro. “Los captan en la calle, viven en el centro y van a la escuela donde reciben una educación básica”.

Karatu está situada al noroeste de la región de Arusha, en Tanzania, cerca de los parques nacionales, Ngorongoro y del Tarangire. “Los niños van a karatu, el pueblo antes del parque nacional para vender cosas a los turistas, a buscarse la vida porque los echan de su casa. En Karatu, duermen en la calle, por la mañana se levantan, buscan comida, venden plástico, ven la tele, esnifan pegamento. Matumaini rescata a esos niños, con el permiso de los padres, que lo consigue la trabajadora social”.

El trabajo de Marta Pareja se centró en realizar charlas de prevención, tanto al “staff”, el equipo de profesores del centro, como a los niños. Charlas sobre el VIH, muy común allí, anticoncepción, derechos de la mujer, control de medicaciones... “teníamos niños VIH que no tomaban la medicación porque no lo entendían. Habían contraído el virus en el vientre materno. Hay también mucho alcoholismo en las familias y aprovechaba una horita del cole para hacer la charla, en inglés y la trabajadora social traducía al suajili”. Otros días, las charlas se centraban en lo que los niños querían, “sobre las inquietudes que cada uno tenía, fundamentalmente temas que permitieran ayudar a sus familias porque, a pesar de todo, de que les han echado de las casas, sus sentimientos eran de ayudar a sus familias”.

Todas las tardes, en el centro de acogida, era “jugar y jugar. Ocho niños viven allí, pero a la escuela van más. Lo que se quiere ahora es conseguir que se reenganchen más de un año para pasar a la secundaria. En la escuela



pública no suelen ir más de un año, y lo que queremos es que puedan ir a la escuela para conseguir un nivel de aprendizaje que les lleve a secundaria y carrera”.

Otro de sus trabajos allí fue el apoyo audiovisual y la ayuda en la producción de un vídeo que realizó uno de los cooperantes que lleva el área de promoción pública en España de Matumaini, David. “Coincidí con él allí y su proyecto consistía en enseñar la vida de las niñas y las mujeres tanzanas en un video. David realizó un videoclip contando la problemática de la niña. Yo participo en la música, cantando, en la grabación con las niñas”. (Enlace al vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=GozqN7syEjk&t=2s>)

Para su realización, se introdujeron en los barrios de prostitución de Tanzania. “No hay niñas en la calle, o están trabajando en la casa o ejerciendo la prostitución para que les den un hogar y puedan ir al colegio”. La niña, en Tanzania, “es una voz muy olvidada e invisible y gracias a Matumaini sale a la luz”. Conocer este mundo, esta problemática, “fue una experiencia muy bonita y muy dura”, apostilla Marta.

En el ámbito de la salud, la doctora Pareja León vio problemas de hongos, tuberculosis, VIH, malaria, muchísimos parásitos porque no hay potabilizadora del agua. “En Matumaini, los niños tienen seguro, y una revisión médica anual. Allí la comunicación médico-paciente está obsoleta. No te enteras de nada. Yo iba para preguntar por todo, por el niño, por lo que había salido en la revisión. Hice un historial de cada niño. En el centro casi no había medios. Sólo una mesa, un listado, les mandaban una receta que recogían en otra zona y se iban a casa, y la gente pagaba por eso.

Aunque fue un mes de trabajo muy intenso, Marta se volvió a España, a Albacete, con mucha más humanidad. “Ahora se aboga en el servicio de pediatría por la humanidad y estas experiencias te aportan más humanidad, que luego transmites a tus pacientes. Ves muchas injusticias, muchos derechos de niños quebrantados, estoy a diez horas de avión de España y pienso, esto está pasando aquí, no te lo puedes creer ni que les pase a los niños”.

“A UN VOLUNTARIADO TIENES QUE IR CON LA MENTE MUY ABIERTA Y DANDO TODO”

Lo que más le ha impactado de su estancia en Tanzania es ver pegar a un niño “y que no te puedas meter. Es una cultura completamente diferente y tienes que empezar desde atrás, mostrarte cómo eres primero, conocerlos, respetarlos y saber dónde puedes aportar, que es hablando con los niños sobre problemáticas familiares, cuáles son sus inquietudes, pero conociendo siempre primero la cultura, desde el respeto. A las casas de las prostitutas nos acercamos desde el colegio, siempre desde atrás, no con tus normas, con tus leyes, imponiéndolas. Primero



estudias la situación, te dejas conocer y si es así, al final ellos se abren, se acercan y te cuentan sus historias. Sólo tienes que esperar y no meterte en la cultura. A un voluntariado tienes que ir con la mente muy abierta y dando todo lo que sabes”, aconseja la doctora Pareja.

También tuvo momentos de llanto. “Lloraba por rabia aunque entiendes que ellos no serían felices aquí, en España. Su tierra, su cultura, ese arraigo, por mucho que las condiciones sean peores, es su tierra, es lo que quieren, y Tanzania es un país muy bonito, muy natural, con mucho respeto a la naturaleza, con mucho amor por la naturaleza, y aquí les faltaría eso”.

En su opinión, una cultura no es mejor que otra; “hay que luchar por los derechos de los niños pero no es mejor llevar un mundo accidental allí. Es una vida más tranquila y de disfrute porque no sabes si va a acabar mañana”.

Una experiencia “muy reconfortante” que volverá a experimentar en cuanto pueda. En un futuro, volveré, quiero saber cómo están. Durante el tiempo que pasé, conviví con ellos, yo era como su hermana mayor, Hermana Marta me llamaban, y esa familiaridad, ese acogimiento, esos sentimientos que se crean te hacen volver. Una vez que encuentras tu familia allí, me gustaría seguir aportando mis conocimientos y experiencias”, afirma con rotundidad y satisfacción la doctora Marta Pareja León.



NOTICIAS COLEGIALES

Póliza de seguros de protección jurídica por agresión para los que pagan el patronato de huérfanos

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias tiene suscrito con la Agrupación Mutual Aseguradora, AMA, una póliza de seguros de Protección Jurídica por Agresión, que ampara a los profesionales médicos en ejercicio y socios protectores de la Fundación, esto es, que pagan el Patronato de Huérfanos.

La póliza les ofrece cobertura si son víctimas de una agresión física, psíquica o verbal, en el ámbito de su actividad profesional, por parte de sus pacientes o los familiares, amigos o personas inducidos por éstos. Debe existir denuncia por parte del agredido (o sus familiares, en caso de fallecimiento o invalidez).

Las garantías cubiertas incluyen la defensa penal del profesional, fianzas a constituir en su caso, las reclamaciones de daños corporales u ofensas sufridas por los médicos, así como las reclamaciones materiales por perjuicios sufridos durante la actividad profesional.

Para canalizar la denuncia, la Fundación incluirá en el Catálogo de Prestaciones 2019 este Seguro de Defensa y Protección por Agresión, siendo el acceso al mismo a través de la solicitud en el Colegio de Médicos de Albacete.

ITINERARIO A SEGUIR PARA HACER EFECTIVA LA PÓLIZA DE PROTECCIÓN JURÍDICA POR AGRESIÓN

El médico agredido tendrá que realizar la denuncia de la agresión ante la autoridad competente. Deberá acudir al Colegio para solicitar la Protección por agresión, rellenando el impreso de solicitud y aportando como documentación la copia del NIF y copia de la denuncia oficial de la agresión.

El Colegio enviará la solicitud a la Fundación y ésta comunicará a AMA la concesión de la prestación para que haga efectivo el seguro al médico solicitante.

COMUNICAR CIERRE DE CONSULTAS SANITARIAS

Informamos a nuestros colegiados que cuando procedan a cerrar una consulta sanitaria es necesario que lo comuniquen a la Dirección Provincial de Sanidad, mediante escrito firmado que deberá ser enviado bien por vía telemática o por correo ordinario a la Avenida de la Guardia Civil, n.º 5 de Albacete, o al

e-mail: ircentros@jccm.es

Así lo solicita el jefe de Servicio de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria, Tomás Fernández Rodríguez, con el fin de mantener actualizado el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consejería de Sanidad.

UTILIZACIÓN DEL MODELO OFICIAL DE RECETA MÉDICA PRIVADA

Os recordamos que todas las prescripciones se deben efectuar a través del modelo oficial de receta médica privada.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Albacete solicita la necesidad de cumplir con el uso del modelo oficial establecido, cumplimentando los datos consignados y posibilitando así la correcta dispensación, al haber detectado prescripciones que no se adecúan al modelo oficial de receta médica privada. Hecho éste que ocasiona inconvenientes y molestias a los pacientes para poder acceder a sus medicamentos.

El doctor **ÁNGEL ALOIS OSORIO MANYARI** estuvo durante un mes, abril de 2017, en el hospital King's College de Londres, en el Reino Unido, becado por el Colegio de Médicos de Albacete.

“Siempre es enriquecedor aprender algunos detalles técnicos de diferentes cirujanos de centros con alto volumen de pacientes y gran experiencia en cirugías complejas. Todo este aprendizaje sirve para fortalecer las habilidades quirúrgicas que debe adquirir un cirujano durante su formación continua”

Médico F.E.A de Cirugía General en el Hospital General de Villarrobledo, con un servicio de Cirugía que realiza cirugía colorrectal, gástrica, pared abdominal, y de CMA, decidió ir a realizar el OBSERVER en el Departamento de Cirugía, en la Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliopancreático, por ser “uno de los centros de referencia a nivel mundial en dicha área”.

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

La experiencia ha sido muy enriquecedora en lo personal y en lo profesional. Ha sido un mes muy intenso porque al ser el programa de trasplante hepático con mayor volumen de casos en Europa, no había un horario fijo de trabajo, porque hay que tener disponibilidad para acudir a las extracciones e implantes hepáticos durante las 24 horas del día, todos los días de la semana. Cada día había que empezar con los ROUNDS (visita médica) a las 6 am y luego la sesión académica a las 7 am, y poco después los quirófanos empezaban a las 8 am y la programación quirúrgica se prolongaba hasta pasadas las 8 pm. Cada día se realizaban cirugías en 2 quirófanos simultáneos de Cirugía Hepática y Pancreática y había un tercer quirófano exclusivo para el trasplante hepático. Todo el personal (Cirujanos, Anestesiólogos, Enfermeras) tuvieron mucha amabilidad y estuvieron siempre dispuestos a enseñar y responder cualquier duda.

¿Qué diferencias y semejanzas encontró en la forma de trabajar de este hospital con el centro hos-

pitalario de Albacete?

La diferencia básicamente está en el horario prolongado de trabajo que existe en el sistema de residencia en el Reino Unido.

En el Reino Unido la patología quirúrgica de alta complejidad como la cirugía hepatobiliopancreática y el trasplante hepático está “centralizada” en pocos hospitales, los que tienen a su vez un gran volumen de casos y están dotados de mayores recursos económicos y tecnológicos.

Probablemente la relación médico-paciente tiene un vínculo más afectivo y cercano en España que en el Reino Unido.

En cuanto a las semejanzas, pues diría que la mayoría de procedimientos quirúrgicos se realizan actualmente a nivel mundial bajo los mismos estándares de calidad.

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

Aunque las técnicas quirúrgicas son las mismas a nivel mundial, siempre es enriquecedor aprender algunos detalles técnicos de diferentes cirujanos de centros con alto volumen de pacientes y con gran experiencia en cirugías complejas. Todo este aprendizaje sirve para fortalecer las habilidades quirúrgicas que debe adquirir un cirujano durante su formación continua. He observado algunas técnicas quirúrgicas que se han realizado de manera pionera en este centro y que se realizan en pocos centros a nivel mundial, como: reduced liver, split-liver y trasplante de donante vivo. Además realizan el auxiliary liver transplantation, donde un injerto hepático es trasplantado próximo al hígado del receptor en casos de fallo hepático agudo.

¿Considera importante las ayudas en formación que concede el Colegio cada año?

Por supuesto, realizar una rotación en el extranjero condiciona un gran gasto económico, que generalmente es autofinanciado, por lo que cualquier tipo de ayuda económica siempre es de agradecer.



Angel Alois Osorio Manyari

LOS LIBERTOS Y LOS ESCLAVOS en la Hispania Romana ⁽²⁾

JOSÉ MARÍA MANUEL GARCÍA-OSUNA Y RODRÍGUEZ

Historiador Diplomado en Historia Antigua y Medieval. Médico de Atención Primaria Académico de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. RAMPA. IDE



Si el liberto tiene un patrono importante, como por ejemplo el propio emperador, la consideración social y autovaloración del liberto crecía muchos enteros. Los libertos públicos nunca solían ocultar su origen. Los servicios públicos urbanos eran atendidos por esclavos y por asalariados o apparitores [secretarios, ordenanzas, portadores de fascas o haz de lictores (funcionarios públicos que durante la República romana escoltaban a los magistrados curules, 12 para cada cónsul y 24 para el dictador), que eran, en su origen, un manojo de 30 varas de abedul u olmo por cada curia de Roma, atadas de manera ritual con una cinta de cuero rojo formando un cilindro que sujeta un hacha común o un labrys o hacha de doble filo, etc.], quienes disfrutaban de la exención del servicio militar o *vacatio militiae*; pero ocupaban los estratos sociales más bajos.

Los médicos y los pedagogos urbanos eran libertos. La administración de los emperadores englobaba la suma de su propio patrimonio y el de las provincias imperiales. Con el devenir de los tiempos, la administración del Senado sufrió un mayor intervencionismo de la agobiante burocracia del emperador, hasta que ambas haciendas se fusionaron disolviéndose una en la otra. Los distritos mineros estaban bajo la vigilancia de libertos procuradores, verbigracia en las minas de Aljustrel [Bajo Alentejo, Portugal], en la Sierra Morena o Mons Marianus, en Riotinto [Huelva. España], de

Villalís [de Legio-León], y en la Galicia septentrional o Gallaecia Lucense.

También existen libertos en la profesión de curatores *fisci libertorum militarium* o los libertos encargados del fisco relacionados con los soldados; como *tabularii* o contador de libros o archivero de libros, como *comentariensis* o registradores de la propiedad en la Bética. Los libertos imperiales, en la práctica, conformaban un *cursum honorum* o carrera política: el superior era el *procurator hereditatum* o albacea testamentario. Los lazos de dependencia entre el propio emperador y sus libertos alejaron a estos de la política local de las ciudades, ya que los libertos buscaban su propia promoción social en el desempeño de los puestos más altos de la administración central.

En los sectores privados y públicos, durante el Alto Imperio, no se frena el proceso de las manumisiones; en esta época nunca estarán los libertos en el meollo de las reivindicaciones sociales. A partir del siglo III d. C., los esclavos, los libertos y los hombres libres de baja estofa se orientarán hacia la condición única de los colonos o campesinos o granjeros.

II.-LOS ESCLAVOS

Durante toda la Antigüedad, el estatuto de los esclavos no se alteró en las tierras ribereñas del *Mare Nostrum*, aunque existieron pequeños grupos de esclavos con medios económicos superiores a los de los varones libres de baja prosapia. Pero si un ser humano no era considerado como persona, cuya definición para los romanos era: "el de un sujeto con capacidad para poseer y administrar una propiedad, con la posibilidad de formar una familia legalmente reconocida, y con libertad para disponer por sí mismo sobre su trabajo, lugar de residencia y comportamiento social", está claro que si no cumplía los anteriores parámetros seguiría siendo un esclavo, aunque ocupase un puesto de responsabilidad al servicio de algún patricio o de la administración central.

En la Hispania prerromana ya existía la esclavitud, y no solo en las metrópolis helénicas o púnicas, sino también entre los indígenas, verbigracia Asdrúbal Janto, el yerno de Amílcar Barca [275-228 a. C.], cuñado de Aníbal Barca el Grande, y fundador de la Nueva Ciudad o Carthago Nova o Kart-Hadash, sería asesinado en Iberia por un esclavo indígena. En la urbe vettona



ANÍBAL BARCA "EL GRANDE"



MOSAICO DE ESCENAS DE ESCLAVOS

de Helmantika, cercada (año 220 a. C.) por Aníbal Barca, también los había.

Tras la derrota de los púnicos, en la Segunda Guerra Romano-Púnica, una embajada de la ciudad de Sagunto agradeció al SPQR o Senatus Populusque Romanus por haberles devuelto a muchos de sus conciudadanos, que habían sido vendidos por los africanos por toda Iberia. Pero existían otros sistemas de dependencia en la Península Ibérica antes del dominio romano, que estaban en franca decadencia a finales del siglo III a. C., aunque estaban muy arraigados en la Turdetania, y me refiero a la servidumbre comunitaria.

«Si la esclavitud estuvo siempre ligada a la existencia de propiedad privada sobre los medios de producción y de un sector privilegiado de ciudadanos o esclavistas, y, si el control de los mismos esclavos exigió no solo un amplio aparato ideológico de propaganda sino unas instituciones jurídicas bien definidas y fuertes medios de coacción, se comprende que el sometimiento de la Península a Roma, aportando estos requisitos, implica igualmente la posibilidad del desarrollo esclavista de la Península. Ahora bien, la diferencia cronológica de la conquista, la variante de las organizaciones y pueblos indígenas así como la diversa forma de aplicación y de penetración de las formas romanas dieron como resultado que la esclavitud se estableciera y desarrollara con muchas variantes regionales en Hispania. La guerra, la piratería, la transmisión por herencia, las deudas, la autoventa o la venta del hijo por los padres, la condena en los tribunales y el nacimiento fueron las fuentes clásicas de la esclavitud. Ahora bien, mientras que durante el período de expansión de Roma por el Mediterráneo la piratería y la guerra desempeñaron el papel más importante para el abastecimiento de esclavos, a partir de la paz de Augusto la reproducción de la esclavitud se realizó prioritariamente por otros medios» (J. Mangas Manjarrés, "Historia de España Menéndez Pidal. España Romana, 218 a. de J. C.-414 de J. C. La Sociedad, El Derecho, La Cultura". Espasa-Calpe, 1991, pág. 36).

Pero no todos los esclavos provenían de los vendidos en las guerras, por ejemplo muchos miles de los prisioneros obtenidos durante la Segunda Guerra

Romana (218-201 a. C.) fueron devueltos a sus comunidades de origen, cuando el valeroso enemigo cartaginés desapareció, pero los romanos comenzaron a vender a los prisioneros africanos en lugar de devolverlos a sus lugares de origen.

En el caso de la piratería, Roma fue compradora de las presas humanas vendidas por los piratas, pero cuando Augusto llegó al poder ya se había conseguido eliminar a la mayor parte de los refugios de los corsarios en el Mar Mediterráneo, el monopolizado Mare Nostrum de los romanos, por lo que la provisión de esclavos provenientes de Hispania disminuyó durante el Principado y el Alto Imperio. En el sistema esclavista de Roma, los hijos de una madre que era esclava, heredaban la condición social de su progenitora.

Los datos existentes sobre el origen de los esclavos hispanos son de dos tipos: Uno en el que se indica taxativamente su procedencia y, en segundo lugar relacionado con la composición del nombre del susodicho esclavo. No obstante, las inscripciones en las que el esclavo menciona su lugar de origen o nacimiento son escasas, pero se puede colegir la existencia de esclavos occidentales, tales como: verna vienesis; natione gallica; natione germanus; verna leptitanus; y orientales como por ejemplo: natione tracie; verna alexandriae, natione graeca; la palabra "verna" se refiere al esclavo nacido en casa. Otros esclavos provenían de las propias ciudades de Hispania, citadas como: Augusta Emerita, Corduba, Ammaia, Ostipo, Ipagrum, Pisaurum, etc.

Los esclavos portan igual número de nombres procedentes del griego o del latín, y en menor número indígenas o célticos ambos peninsulares. La mayor información que se posee se refiere a los esclavos domésticos, y a los públicos que laboraban en el servicio burocrático del emperador o en la administración estatal central. Si se acepta la cifra, a partir de Augusto, de unos seis o siete millones de habitantes para Hispania, con una media de cuatro miembros en cada familia, el número de esclavos sería, aproximadamente, grosso modo, el de un millón.

1.º) la mayor concentración de ellos estarían dedicados a la minería, a la artesanía, en las explotaciones aceiteras y vitivinícolas, para la exportación, de la Turdetania. Casi el 100% de los trabajadores, unos 40.000 mineros de Carthago Nova eran esclavos durante la República romana, lo mismo ocurría en las minas de Cástulo, Riotinto o Aljustrel, en las de los galaicos lucenses y bracarenses, de los cántabros, y, ¡cómo no!, en las de oro de los ástures cismontanos-bergidios de Bergidium Flauium; el emperador César Augusto asumiría la explotación de todas las ricas minas de estas zonas, engordando su propio pecunio. Al final del siglo I d. C., los esclavos seguían siendo, todavía, la mano de obra importante, aunque no la única, en las explotaciones hispanas de la época. Prueba de lo que antecede es la normativa legal existente sobre la venta

Los Libertos y los Esclavos en la Hispania Romana (2)

de los esclavos o la que prevé la posible existencia de sabotajes en las explotaciones mineras y los pertinentes castigos a los que deberán ser sometidos por dichos actos delictivos.

2.º) Se conoce que en este momento histórico muchos esclavistas poseían un gran número de esclavos, ya que entre los nombres de las marcas de las ánforas, se encuentran también los de muchos esclavos.

3.º) Los esclavos formaban cofradías de autodefensa, protección y confraternización, solos ellos o de tipo mixto en las que estuvieran junto con los libertos o inclusive con los hombres libres. Proveniente de Valencia se conoce la existencia de un sodalicium vernarum o sociedad de esclavos, que daba culto a la diosa egipcia Isis [su nombre egipcio era Iset o Aset, que significa "trono", representado por el jeroglífico que portaba sobre su cabeza. Fue denominada "Gran Maga" o "Gran Diosa Madre" o "Reina de los Dioses". Era la hermana y esposa de Osiris y madre de Horus]. En la lusitana Tavira y en Carthago Nova están acreditadas la existencia de cofradías mixtas.

4.º) La inmigración itálica a la Península Ibérica, que se hizo importante durante las múltiples guerras civiles, se vio consolidada con la creación de diversas colonias. Gayo Julio César trajo a Iberia a una parte de los ochenta mil ciudadanos que distribuyó fuera de Italia. A partir de ese momento la mano de obra esclava utilizada en la agricultura se incrementó. A partir de la dinastía de los Antoninos [años 96-192 d.C.]: Nerva el Moderado [Marco Coceyo Nerva. 30-96-98 d. C.]; Trajano el Grande [Marco Ulpio Trajano. 53-98-117. Optimus Princeps]; Adriano el Errante [Publio Elio Adriano. 76-117-138]; Antonino Pío [Tito Fulvio Boyonio Arrio Aurelio Antonino Pío. 86-138-161]; Lucio Vero [Lucio Ceyonio Cómodo Vero Armeniaco. 130-161-169]; Marco Aurelio el Sabio [Marco Aurelio Antonino Augusto.

121-161-180]; Cómodo [Lucio Aurelio Cómodo Antonino. 161-177-192] el proceso de la concentración de la propiedad favorecerá el incremento y el desarrollo de la esclavitud.

El uilicus, casi siempre un esclavo, era el capataz de la explotación, y quien se encargaba de la dirección de los esclavos o pueri, que por lo tanto eran esclavos de confianza. También eran esclavos los serui poenae o condenados por los tribunales, quienes iban a conformar un grupo importante dentro del mundo de los gladiadores. Los juegos de los gladiadores o ludi gladiatorii eran sufragados, durante varios días al año, por los magistrados municipales.

Los ludi gladiatorii tienen su origen en el pueblo de los etruscos, donde estaban relacionados con las honras fúnebres. Los flamines o sacerdotes romanos también organizaban estos juegos; asimismo los ciudadanos particulares con poderío económico y, ¡cómo no!, los lanistas o encargados de contratar o alquilar a los gladiadores. Todo ello previo permiso de los decuriones. Existían anfiteatros en Sagunto, Italica [fundada en el año 206 a. C., hoy en el término hispalense de Santiponce], Mérida, Cástulo [ciudad ibérica de la Oretania, en las proximidades de la jiennense Linares], Córdoba, Arcóbriga [asentamiento celtíbero, en la margen derecha del río Jalón, en el término municipal de la zaragozana Monreal de Ariza], etc.

Los emperadores tenían un enorme interés en seguir entreteniéndolos y adocenando a los romanos, y por ello velaban para que los lanistas especuladores no pusiesen en serios apuros económicos a los que se gastaban sus dineros en estos juegos; para ello los emperadores Marco Aurelio y Cómodo publicaron un decreto u oratio en el que se regulaba el precio de los gladiadores: [en el mismo se distinguen dos categorías de gladiadores, los denominados "buenos o meliores, formonsi o summi", cuyo precio máximo no debía pasar de los 3.000 a los 15.000 sestercios en función del montante de los munera o espectáculos, y los "menos hábiles o gregarii" cuyos precios oscilaban entre 1.000 y 2.000 sestercios]. Las lápidas gladiatorias sobre esclavos, aparecidas en Hispania, explican que estos luchaban en variadas y múltiples formas, a saber: murmillo (MIRMILLO; gladiador armado de escudo y espada y cubierto con yelmo galo), thraex (TRACIO, otra especie de gladiador), samnis (SAMNITA, habitante del Samnio), synmachius ("LUCHAR JUNTOS"), essedarius (estaba armado con una espada corta y probablemente equipado con lanzas. Para la protección llevaba un casco, un escudo ovalado, un protector de brazo, y vendas reforzando las piernas. Comenzaba luchando en carro y luego a pie).



EL EMPERADOR MARCO AURELIO

(continuará en número siguiente)

NOTICIAS COLEGIALES

La OMC conmemora el “Día Nacional contra las Agresiones en el Ambito Sanitario” el 14 de marzo



El 14 de marzo la Organización Médica Colegial (OMC) conmemora el “Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario”, una fecha que la corporación, junto a los Colegios de Médicos y los Consejos Autonómicos, viene recordando desde el asesinato en 2009, de un médico de familia en Moratalla (Murcia). El objetivo es sensibilizar a las administraciones públicas, a los propios profesionales y a los ciudadanos del grave problema que significan las agresiones a sanitarios porque afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria y, por tanto, a la propia sanidad que es uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar.

La OMC creó en 2010 el Observatorio de Agresiones a través del cual, año tras año, se ha ido exponiendo la realidad de las agresiones a través de las comunicaciones y/o denuncias registradas en los colegios de médicos de toda España.

El lema de las actuaciones de la OMC: “Ante las agresiones a sanitarios, tolerancia cero” ha sido el empleado para concienciar y ayudar a los sanitarios en general y a los médicos en particular en el manejo preventivo y jurídico de esta lacra. Las agresiones, además de un problema de violencia en sí mismo, conllevan un deterioro de la relación de confianza entre médico y paciente, fundamental en esa relación y repercuten gravemente en la salud y calidad de vida del profesional agredido.

Hay que considerar que detrás de la violencia contra el personal sanitario, existe un entramado causal de gran complejidad. El sufrimiento y el dolor favorecen las situaciones de conflicto en la comunicación médico-paciente, pero también el estrés profesional, la falta de recursos y la sobrecarga asistencial que merman la capacidad del profesional para afrontar este tipo de situaciones.

La concienciación a los profesionales que trabajan en el entorno de los servicios de salud, la cooperación con las Administraciones públicas – Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, Ministerio de Justicia, Fiscal General del Estado, Fiscalías y Cuerpos de Seguridad del Estado – y la sensibilización de la sociedad en general ante este grave problema, ha sido de gran ayuda para abordar esta lacra que requiere de la unidad de todos.

La entrada en vigor, el 1 de julio de 2015, de la reforma del Código Penal que contempla las agresiones a

sanitarios que trabajan en el sector público como delito de atentado contra la autoridad, ha sido uno de los logros más importantes en la lucha contra este problema.

Además, la puesta en marcha de la Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre medidas policiales a adoptar frente a las agresiones a profesionales de la salud, que recogía la creación de la figura del Interlocutor Policial Sanitario, es otro de los hitos de la labor del Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC, que sigue trabajando para que las agresiones a sanitarios sean consideradas como violencia social, contemplando la consideración de delito contra la autoridad tanto si se producen en el ámbito público como en el privado y para que sean penadas con los mismos criterios en todas las comunidades autónomas.

Las acciones del Observatorio, que es un referente en este ámbito, están encaminadas, en primer lugar, a evitar en la medida de lo posible estas agresiones que, además de repercutir gravemente en la salud y en la calidad de vida del profesional agredido, afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria, uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar que hay que cuidar y utilizar de forma responsable.

El Observatorio Nacional de Agresiones recoge las comunicaciones recibidas en los Colegios de Médicos de agresiones a médicos. Con estas y de forma anual, se analizan a través de un estudio los datos, tanto cuantitativos como cualitativos, del agredido como del agresor (sexo, edad, especialidad, lugar, etc.), así como las denuncias que, desde los Colegios, se derivan por vía judicial. Este Observatorio trabaja en un tratamiento multidisciplinar del problema para establecer todas las medidas preventivas necesarias contra la violencia en el ámbito sanitario.

Por ello, ha auspiciado los convenios firmados con Fiscalías y Administraciones autonómicas en diversas comunidades autónomas que han servido, sin duda, para avanzar en procedimientos judiciales rápidos, expeditivos y ejemplarizantes, en los que la consideración como delito de atentado contra la autoridad pública ha sido esencial. El objetivo del Observatorio ahora es que se unifique la tipificación judicial para que las agresiones sean penadas con los mismos criterios en todas las comunidades y así evitar que sean consideradas delito, en unos casos, y falta, en otros.

(1869-2019), Ciento cincuenta aniversario de la muerte del médico local Octaviano Griñán Serna

José Manuel Almendros Toledo

Nuestro convulso siglo XIX trajo en el campo de la atención sanitaria profundas transformaciones, pues fue una centuria en la que la medicina se hizo más social y científica. Conforme avanzaba su primera mitad, ante las presiones del mundo obrero, el Estado liberal fue haciéndose cargo de muchas competencias asistenciales especialmente las que correspondían a las clases humildes y menesterosas, que antes habían estado en manos de la Iglesia (parroquias, conventos, cofradías, etc.).

La nueva política que vino de la mano de los gobiernos liberales de aquella época dotó al Ayuntamiento de Albacete de dos plazas de médicos para la asistencia de las familias pobres, que les fueron adjudicadas a los doctores Elías Navarro Sabater¹ y Octaviano Griñán Serna. Ellos fueron los dos primeros facultativos encargados de la sanidad pública en Albacete; el resto de la población cubría sus necesidades asistenciales acudiendo a la medicina privada, mediante iguales, generalmente.

Octaviano Griñán Serna, del que nos vamos a ocupar aquí, nació en Albacete el 11 de diciembre de 1836, en el seno de una familia acomodada, que dio a la ciudad algunos hijos destacados.

Sus estudios primarios los hizo en la escuela local y los secundarios en el Instituto de Albacete, destacándose siempre como buen estudiante.

Decidido por la medicina, como lo había hecho su mejor amigo Elías Navarro Sabater, los primeros cuatro años los hizo en la Universidad Literaria de Valencia, aunque en la Universidad Central de Madrid obtuvo su doctorado.

Acabó sus estudios de Medicina y Cirugía a los veintidós años de edad y poco después fue nombrado como médico de Hospitalidad Domiciliaria para familias pobres, una de las dos primeras plazas creadas por el Ayuntamiento en 1861, ya mencionadas, según obligaba la Ley de Sanidad de 1855.

Así pues, junto con su amigo Elías, se hicieron cargo de aquellas primeras plazas que puso el Estado a disposición del vecindario. Estaban sujetos a la disciplina del Ministerio de la Gobernación y dependían de los gobernadores civiles, con lo que se intentaba saltar el control de los ayuntamientos.

En su vida profesional fue un abnegado facultativo, que cubrió todos los frentes a los que sus compromisos le obligaban: vigilancia de focos insalubres de la ciudad, que eran muchos; zanjas hechas en la construcción del ferrocarril, anegadas de aguas pútridas, causantes de enfermedades como la malaria y el paludismo; vigilando los fangares que ocasionaban el canal de María Cristina y el Val General y, sobre todo, atendiendo a los miembros de las numerosas familias censadas como pobres por el Ayuntamiento. Hay que decir que el tifus, la viruela y el paludismo eran males endémicos en la población, causa que junto a las numerosas atenciones sanitarias, obligaban al doctor Griñán a estar ocupado la mayor parte del día, sin olvidar, claro está, que en las épocas de las terribles invasiones de cólera a la que se vio sujeta la población, su situación se agravaba.

Obligado como estaba a atender a enfermos contagiados y a vigilar los terrenos infectados in situ, acabó finalmente contagiado de tifus, del que murió el 24 de junio de 1869, enfermedad que fue causante de muchas muertes en la ciudad a lo largo de toda la centuria que dejamos dicha.

Fue una pérdida muy dolorosa que los estamentos e instituciones públicas no dejaron de referir en sus comunicados. La noticia de su muerte fue muy lamentada por todas las capas sociales del vecindario.

La Musa, una revista semanal de contenido literario que se publicó durante 1868-



Colegio de Médicos de Madrid. Orla de la promoción de médicos del curso 1859 de la Universidad Central. En la cartela Octaviano figura con el número 12

69, daba la noticia a modo de elegía, con un texto romántico y apasionado, consecuentemente con el periodo en que se escribía:

“¡Don Octaviano Griñán ya no existe!

¡Don Octaviano Griñán nos dejó para siempre. ¡Don Octaviano Griñán, aquella naturaleza privilegiada, ya no es más que una masa informe y sin movimiento. Octaviano Griñán, por último, ha pasado del ser al no ser. ¡Brusca transición, horrible cambio!

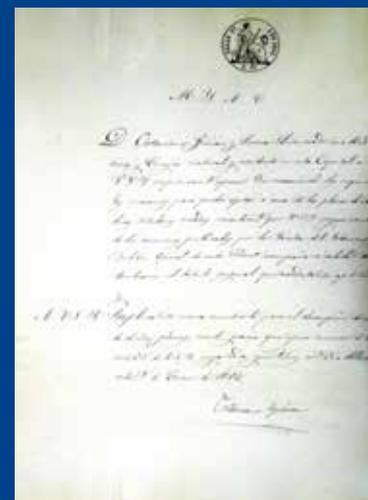
Pero, ¿nos podemos dar ahora, en el momento, cuenta exacta de la pérdida que hemos experimentado? No, porque el dolor, la pena, el sentimiento que nos afecta no deja lugar a la reflexión; más luego que el frío raciocinio a esos extremos de tribulación, a ese grito de angustia que hemos dejado escapar transidos por el exceso del pesar que nos agobia, entonces sí, dirigiremos una mirada buscando en derredor aquel amigo jovial, cariñoso, simpático por todo y para todos; buscaremos al hombre científico que dedicó su existencia al consuelo de la humanidad doliente llevando el remedio y la salud allí, donde la úlcera gangrenosa donde la calentura maligna, la enfermedad contagiosa y, en fin, toda esa serie de desdichas físicas que nos cercan y atosigan haciendo ver nuestra miseria, para combatir las con ardor, con exquisito celo y exponiendo cada día y a cada hora su existencia para salvar la de los demás; buscaremos al buen hijo, al buen hermano que tan universales simpatías llegó a inspirar en esta Ciudad, su patria, donde tanto llenaba su nombre y tan querida era su persona.

¡Ah! Ya no nos queda más que su memoria, su grata memoria, su querida memoria. El que estas desaliñadas líneas dedica a su recuerdo, cree hacerse intérprete del sentimiento general por pérdida tan dolorosa. Además, personalmente nos unía la amistad, una amistad siempre constante, nunca enfriada, era la égida de nuestra familia en sus males y, sobre todo, lo que más amamos en el mundo le debemos la existencia de la madre de nuestros hijos... ¿para qué hemos de seguir? Está dicho todo. Su muerte ha hecho un eco triste en nuestra alma; una lágrima de ardiente pena ha abrasado nuestra mejilla...

El tífus, esa horrible enfermedad, y más que el cólera, nos le ha arrebatado en breves días, entregando su espíritu a las cinco de la madrugada del día veinte y cuatro.

Un solo dato añadiremos y terminamos esta penosa misión que nos hemos impuesto. Octaviano Griñán, en medio de su carácter chancero, alegre y bullicioso, quizá ignoren muchos que tenía momentos de verdadera melancolía, de ansiedad y de amargura; sobre todo tenía el presentimiento de morir joven, ¡fatídico presentimiento, que en efecto, se ha cumplido a los treinta y tres años de edad...!

Su entierro ha sido un acontecimiento; la población en masa, sin distinción de clases ha seguido su féretro, acongojada y tristemente afectada. En muchos rostros hemos visto surcos y huellas de ardientes lágrimas... Adiós Octaviano, Adiós para siempre, reposa en paz y séate la tierra leve; todos rogaremos por ti y nos será grata tu memoria.



Petición de Griñán de una de las plazas creadas por el Ayuntamiento

*JUAN DE DIOS IBÁÑEZ*².

Se le dió sepultura en el viejo cementerio situado al cruzar el puente de la calle de San Antón, aproximadamente donde hoy se levanta el colegio de ese nombre, aunque sus restos fueron trasladados al actual, seguramente a finales del siglo XIX.

Hace unos días, quien esto escribe intento localizar el lugar de su enterramiento, que encontró después de una larga búsqueda, pues yace en un nicho mortuario anónimo sin ninguna lápida que le identifique; solamente en la pared exterior de ladrillo blanqueada hay unas letras a lápiz, “FER...”. Nada más.

Con este trabajo me siento obligado a pedir ayuda para restituir en nuestra memoria a aquel tan abnegado médico albacetense, que tan celosamente trabajó para el vecindario, y se dejó la vida en ello, hoy su ciudad natal le niega la existencia.

Situación de nicho funerario:

Patio 2.

Pabellón San Carlos.

Fila 009.

Altura 5



Archivo Diocesano de Albacete. Partida de defunción de Octaviano Griñán. Libro ALB. Defunciones. Folio 117. B.

¹ Para mayor información ver José Manuel Almendros Toledo “Elias Navarro Sabater: una mirada a la sanidad pública en Albacete en la segunda mitad del siglo XIX”. Instituto de Estudios Albacetenses Don Juan Manuel. N. 235.

² Director de *La Musa*.

Eutanasia



JOSÉ LUIS VALDÉS MARTÍN.
Pediatra. Colegiado 020201038

He de confesar que, cada vez que reflexiono sobre este tema, parece que me hallo desasistido por la razón y quedo sin argumentos para desenmascarar el contenido aberrante que lleva implícito. Es como si un mar de dudas y contradicciones me obligaran a permanecer en silencio y desvalido; pero, también, persisto en mi empeño porque quiero aceptar este reto y pensar concienzudamente en él para salir del profundo atolladero que conlleva su abordaje.

La macabra petición de ayuda proferida por Ramón San Pedro – ese famoso tetrapléjico gallego anclado a una cama durante más de veinte años consecutivos – y, como él, las de otras muchas víctimas de la desgracia, a causa de enfermedades degenerativas y progresivas, retumban en mis oídos y me obligan a meditar mucho sobre esa cuestión, con el temor de que mis circunstancias, al no ser las suyas, pudiesen acabar en una opinión que hiriese profundamente sus sensibilidades. No es mi propósito tal desatino, sino el deseo de encontrar dónde está la verdad o dónde se oculta la mentira de un controvertido tema que todos conocemos por el nombre de eutanasia.

Algunos de los desafortunados, que experimentan una triste desgracia, cuando plantean sus argumentos, publican a viva voz que su vida ha perdido la dignidad y que, debido a ello, no merece la pena seguir viviendo; buscan ayuda para encontrar la muerte asistida porque creen que, en ella, existe mayor dignidad que en su clase de vida. ¡Conmovedor!. Ninguno aparenta sufrir trastornos mentales ni es sospechoso de haber perdido la serenidad ni la capacidad de tomar libres decisiones. Si algo echamos de menos en ellos es la falta total de esperanza, y tienen motivos suficientes para haberla perdido. Están hartos de vivir y piden que alguien los libere de ese horroroso tormento que los atenaza porque, por sí mismos, no tienen valor para suicidarse o están impedidos físicamente para llevarlo a cabo. Tienen el pleno convencimiento de que reclaman un acto humanitario; y no pueden comprender cómo, debido a un extraño cuestionamiento social, se les niega el auxilio compasivo que recibe un perro cuando es sacrificado por el veterinario, después de haber llegado a un estado de deterioro muy avanzado. ¿Es que la sociedad está tan ciega o sobrada de prejuicios morales y religiosos como para que no pueda comprender la petición de ayuda, que a ellos les parece tan justa, digna y necesaria?.

Así muestra su cara compasiva la eutanasia: como la petición de un suicidio digno, deseado, libre, responsable y justificado, con la intercesión de personas también libres, justas, cuerdas y capaces que tengan el valor de priorizar lo que les dicta su bienintencionado sentimiento de compasión, antes que echar mano de mojigatos escrúpulos, preceptos religiosos, prejuicios sociales y anquilosados o enmohecidos remordimientos. Según parte de la sociedad, ya va siendo hora de que el progreso abra las puertas de novedosas y valientes decisiones.

Si en la eutanasia existe algún malentendido, ¿dónde se esconde?. Pero, al contrario, si es que no lo tiene, ¿por qué hay muchos que se niegan a reconocerla y practicarla? ¡Ahí está el meollo de la cuestión! Mi opinión es que hay que reflexionar sobre algunos conceptos básicos que, bajo el punto de vista humano, sirven de ariete para incidir contra las estrictas normas y leyes que utiliza la naturaleza en su propia evolución; y, ese golpe de gracia, se lo da la persona, cuando sale a su encuentro con las dos clases de dignidad que posee: la natural y la moral. Solamente así, se pueden comprender las verdaderas decisiones humanas, porque, si no, se tratarían de opciones achacables a la voluntad animal.

La naturaleza para ser así – como es –, desde sus comienzos, ha tenido que ser cruel, impía e inmisericorde. Todo aquello que, evolutivamente, no es útil para ella, se extingue, sin remedio alguno, por culpa de la selección natural; y, todas esas cosas que superan esa prueba selectiva, se mantienen en un régimen azaroso de interdependencia,

donde, para vivir, tenemos que comernos unos a otros, estando todos condenados, de antemano, a llevar de por vida una tarjeta de caducidad. Vistas las cosas así, ¿para qué venir al mundo y vivir en un infierno?, si disponemos de un arma que jamás va a fallarnos: la muerte provocada. Sin embargo, como norma general, todo ser vivo lucha por su vida con uñas y dientes. ¿Cómo se razona y entiende esta extraña paradoja?

Todo lo dicho se entiende partiendo de algo que es innegable: cada cosa que existe, en libertad, ha conseguido la dignidad natural que tiene porque, en medio de un aparente caos, ha hecho méritos evolutivos para obtenerla; y, en su dignidad natural, se ha estabilizado, porque, en ella, cumple con los requisitos funcionales exigidos por la naturaleza y, por tanto, no necesita continuar evolucionando. En el caso de nuestra especie, la persona, además de su dignidad natural, tiene dignidad moral porque, debido a las propiedades psíquicas de su mente, es capaz de imaginarse la perfección absoluta, en sentido sobrenatural, al existir por encima de nuestra propia existencia. Eso que acabo de decir, nos hace ser morales e inmorales; mientras tanto, los animales solo pueden ser amorales y defensores de su dignidad natural, por medio de un proceso instintivo que se fundamenta en el egoísmo. Para ellos, el hecho de permanecer vivos es el mayor bien de su vida; y no saben que van a morir ni se cuestionan nada sobre la muerte. En cambio, nosotros, a veces, dejamos a un lado los méritos humanos, que se requieren para ser dignos moralmente, y nos confundimos, a la hora de cuestionar si nuestras circunstancias vitales son equiparables y justas, con relación a la dignidad natural que, por ser totalmente conscientes de ella, nos corresponde como especie. Todo eso nos empuja a que podamos ser mucho más egoístas que los animales porque, al mismo tiempo que disponemos de muchos recursos mentales, de tipo reivindicativo, a veces, escondemos la cabeza bajo el ala – como los avestruces –, inhibiéndonos de nuestros deberes morales y omitiendo la autocrítica. Este mal, que nos ataña, nos persigue con tenacidad y fiereza desde el mismo momento que comenzamos a ser humanos porque, anterior a ello, fuimos animales.

El ser humano, cuando valora adecuadamente sus dos clases de dignidad, pone en marcha tres acciones concatenadas: ama a la perfección moral absoluta; comprende, admira y respeta el modo de ser de la naturaleza; y, en última instancia, se forja la idea de prójimo, que está por encima de la de congénere. Al congénere se le tiene compasión; pero, al prójimo, para ser morales, se le ama. Y de ahí arranca que, los actos de compasión y abnegación, bajo ningún punto de vista, sean dos cosas semejantes.

Las personas – como también los animales –, nos compadecemos de otras personas y les ofrecemos nuestra ayuda; pero, además de eso, podemos realizar un acto de abnegación y sacrificar nuestra propia vida. Véase ejemplos, como los protagonizados por Damián de Molokay y el polaco Maximiliano Kolve, para saber distinguir muy bien la diferencia que existe entre la compasión – como modo de expresar la empatía –, y la caridad o abnegación – como manera de practicar el amor –.

El sentimiento más elevado de los animales es la empatía, y, por medio de ella, se solidarizan entre congéneres, realizando actos de compasión; pero, a su vez, los seres humanos, además de la empatía, hemos elaborado un sentimiento de mayor rango psíquico – llamado amor –, que se ejerce a través de la caridad, con actos de abnegación. Si nos limitamos a ser solamente compasivos con nuestros congéneres, estamos reconociendo que somos los peores animales de la naturaleza porque, aunque mostremos mucha empatía, desdeñamos acercarnos a la moral, dejándonos deslizar por un comportamiento ético que cada vez va siendo menos ético, hasta rebasar la amoralidad para caer en la inmoralidad y no ejercer ninguna de estas dos cosas: ni la compasión, ni la caridad. Los animales solamente pueden ser amorales; y, nosotros,

podemos ser morales, éticos e inmorales. Somos puramente morales – cuando practicamos la caridad, haciendo valerosos actos de abnegación –; somos éticos – si nos compadecemos del prójimo y de los animales –; y, por último, somos inmorales – si no conocemos la caridad ni tampoco nos compadecemos de nada ni de nadie –. Por esa misma razón, las personas no se sienten cómodas cuando se las compadece, solamente por el mero hecho de ser congéneres de su prójimo; quieren ser prójimo de su prójimo para que les vaya bien en todos los momentos de la vida – tanto en los buenos como en los malos –, al estar rodeadas de otras personas que saben amar, como a ellas les gustaría ser amadas.

La inyección letal se la aplicamos, por compasión, al perro moribundo, porque, por mucho que nos empeñemos, el perro no es nuestro congénere ni jamás llegará a ser nuestro prójimo; y, el amor, se lo reservamos para nuestra idea de prójimo, que ha sido hecha a través de la idea divina.

Con todos los respetos a su memoria, Ramón San Pedro insistía en que le pusieran la inyección letal porque no tenía presente la idea divina y se compadecía exageradamente de sí mismo; su buque insignia era el sentimiento de compasión hacia una vida propia, quebrada, donde el amor hacia él y hacia los demás brillaban por su ausencia; y, en fin, aturdí y enredaba nuestra mente con su discurso porque, en el fondo, también nosotros le estábamos compadeciendo y no le estábamos amando. ¿Quién duda esto?, si es algo que se deja caer por su propio peso.

Ante un potencial suicida, a pesar de coartarle su libertad, ponemos todos los medios a nuestro alcance para evitar el suicidio. ¿Por qué lo hacemos?. Lo hacemos porque, a bote pronto e instintivamente, surge en nosotros una llamada moral de auxilio al prójimo y brota en nuestra mente un conato de compasión y de amor – ambos al mismo tiempo –; y, si no respondemos a ella, nos sentimos seres despreciables, ruines y cobardes. ¿Qué está sucediendo en aquel crítico instante?: sucede que el suicida está mostrando un egoísmo muy exacerbado, o una locura inesperada, y los espectadores reaccionan, conmovidos por tal acto, con otros dos tipos de actos que tienen mucho que ver con su doble condición, física y espiritual: la compasión y el amor. Los testigos de esta referida escena actúan como verdaderos seres humanos, y el protagonista de la misma se muestra como un animal, muy desarrollado intelectualmente que, por medio de su capacidad mental, sabe suprimir el instinto de conservación, haciendo prevalecer su egoísmo por encima de todas las demás cosas.

El suicidio y la eutanasia – como solución a un problema vital –, el aborto – como remedio a una eventualidad coyuntural que se avecina –, y, por último, la pena de muerte – como recurso legal ante una sociedad donde existen casos de inmoralidad –, son aberraciones morales que sirven solamente para hacer apología del egoísmo.

Las ideas de suicidio, eutanasia, aborto y pena de muerte jamás saben controlar debidamente las circunstancias humanas de un momento dado, únicamente se inclinan a exaltar la autocompasión en detrimento de la caridad que solicitamos todos, cuando chocamos frontalmente contra el sufrimiento y la adversidad; por esa razón, no podemos prescindir de la idea divina – como solución esencial para todo tipo de vida – porque, sin ELLA, nos encontraremos siempre sumergidos en una olla a presión, sin tapadera, donde el egoísmo se hincha con el hervor y crece de una manera desmedida para terminar rebosando por los bordes de nuestras vidas y cayendo en una resbaladiza rampa descendente que nos conduce desde la moralidad hasta la amoralidad, terminando de bruces en la inmoralidad.

El famoso Juramento Hipocrático es una obra maestra de la antigüedad, que nos enseña a practicar la compasión y el amor en la Medicina; y, también, evita que nos enredemos en falsos conceptos que nos pueden convertir en agentes de graves errores. La vida nunca puede ser digna, si no es una digna vida; y, la muerte, no es mas digna ni menos digna, no es nada de eso, porque solamente se trata de un instante donde todos cambiamos de vida. El que se quita la vida, el que la arriesga frívolamente o el que se la quita a otros, es que verdaderamente no ama la vida y no merece estar vivo.

La vocación de ser médico se basa en el deber de prevenir las enfermedades y curar a los pacientes enfermos; pero, desgraciadamente, somos seres limitados, como todos los demás seres vivos. El médico sabe cuando no puede hacer más por el enfermo; y, en ese momen-

to, pone en marcha un recurso que emana de su humildad: la consulta con los compañeros, o, lo que es lo mismo, la sesión clínica de un caso determinado. A partir de ahí, las medidas extraordinarias que se tomen particularmente, sobre una vida desahuciada, son procedimientos que brotan de la propia soberbia del médico y que producen un mal que afecta sobremanera a la vida del enfermo y a la de sus familiares: el encarnizamiento. No es cosa de recurrir al encarnizamiento ni a la eutanasia – porque ambos procedimientos parten de posiciones inmorales –, es hora de echar mano de las Unidades de Cuidados Paliativos, que fueron creadas con el propósito de aliviar al moribundo sin remedio, es decir, a alguien que deberemos considerar nuestro prójimo. A veces, una caricia, una mirada o una palabra bien dicha, surten más efecto que toneladas de pastillas e inyecciones. El médico, en su misión, se relaciona directamente con la vida humana, no con la de los perros, porque para eso existe una hermosa profesión que se llama Veterinaria.

Todos existimos porque, en su día, nos hicieron un regalo que se llama vida; y si, al abrirlo, no fue de nuestro agrado, tuvimos obligación de buscarle alguna utilidad, porque para eso disfrutamos la potestad de ser prójimos; pero, si lo arrojamos a la basura, sin más contemplaciones, estamos demostrando que somos desagradecidos, maleducados, soberbios y egoístas. El hecho de solicitar o ejecutar la eutanasia lleva implícito esos cuatro vicios que acabo de mencionar, y que son causa de casi todos los males. La ingratitud, la soberbia, los malos modales y el egoísmo recalcitrante no favorecen para nada la dignidad moral de las personas, todo lo contrario, degradan la vida humana hasta una posición que está situada muy por debajo de la que tienen los animales. ¿Cómo nos vamos a amparar en el suicidio, la eutanasia, el aborto y la pena de muerte para reivindicar más dignidad, respecto a nuestras vidas y muertes?. Sinceramente, yo no soy capaz de entenderlo.

*Dime cómo es mi oración;
Señor, dímelo, si rezo,
porque te estoy dando gracias
por lo mucho que te debo.
Si me inclino de rodillas,
pongo una almohada en el suelo;
y, si velo por la noche,
lo hago desde un blando lecho,
mientras fuera arrecia el frío
y el calor lo tengo dentro,
con las ventanas cerradas
porque no quiero perderlo.
Respiro el aire tranquilo
y, cuando no puedo hacerlo,
te acoso con mis plegarias
porque me atenaza el miedo.
Sin insistir, Tú me escuchas;
ni siquiera desespero;
acudes pronto en mi ayuda
sobre las alas del viento.
Solo pido y te doy gracias;
vuelvo a pedir y en ti espero;
al cabo de poco tiempo,
otra vez gracias te debo.
Señor, lo que sí te ruego
es que, si tengo que hacerlo,
sepa verte, estando ciego,
con la luz del pensamiento;
sepa oírte, estando sordo,
cuando escuche en el silencio;
y, con la ventana abierta,
hasta quedar sin aliento,
pregone que no me importa
perder lo que ahora tengo,
sino ganar, con mis ruegos,
la dignidad, con esfuerzo.
Sabré rezar y gozar
cuando, desde el duro suelo,
oigan mis oídos sordos
y vean mis ojos ciegos;
y me arrebaté el consuelo
de no apartarme de ti
ni del brillo de tu Reino.
Desde cualquier situación,
ánimame con tu aliento.*

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

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

EL PAIME CUMPLE 20 AÑOS, HABIENDO ATENDIDO A 4.294 PROFESIONALES

El 22 de Noviembre de 2018 en la sede de la corporación médica se celebró, con motivo del 20º Aniversario del PAIME, la "Jornada 20 años del PAIME" organizada por la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC). Se realizó una mesa redonda titulada "El PAIME: compromiso deontológico con la profesión y la sociedad", participando como ponentes y moderador *M.ª Ángeles López Orive, subdirectora General de Ordenación del Ministerio de Sanidad; Isabel Baena, viceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía; Dr. Roberto Sabrido, ex-consejero de Sanidad de CLM; Dr. Jaume Padrós, presidente COM Barcelona; Dr. Serafín Romero, presidente OMC y FPSOMC; y Dr. Tomás Cobo, vicepresidente primero FPSOMC y OMC.*

Se puso de manifiesto en la presentación que, desde que en 1998 se creara el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), han sido atendidos 4.294 médicos. Se trata de un programa que el colectivo médico puso en marcha consciente de que estos profesionales, al igual que la población en general, pueden padecer trastornos mentales y/o adicciones que pueden afectar a su práctica profesional y afectar por tanto a la segu-

ridad de los pacientes.

Un Programa que se sustenta en la protección de la seguridad clínica al mismo tiempo que ayuda, protege al médico enfermo, por lo que, como subrayó el presidente de la OMC y de la FPSOMC, Dr. Serafín Romero, "debería estar en el Boletín Oficial del Estado con el reconocimiento de utilidad pública". "Es por ello – añadió – que la profesión médica se felicita de disponer de una herramienta de estas características que emana del Código de Deontología y de la capacidad de colegiación universal de la que nos hemos dotado los médicos".

Precisamente, la falta de estos dos elementos en otras profesiones representa, a su juicio, un obstáculo a la hora de dar un paso adelante en el cuidado de la salud mental de sus profesionales, además, como indicó, del "vértigo que, en muchas ocasiones, da tener que decir a un compañero que podemos enfermar y acabar convirtiéndonos en un riesgo para las personas a las que prestamos nuestro ejercicio profesional". De cualquier forma, "tenemos abiertas las manos a todas las profesiones interesadas en nuestro Programa que arroja resultados muy positivos", según sus palabras.



Celebró que se esté trabajando con el PAIME en todas las Comunidades Autónomas y que exista una corresponsabilidad, aunque lamentó que se hiciera de una forma desigual, lo cual plantea un reto. No obstante, el presidente de la OMC y de la FPSOMC remarcó que, además de la contribución económica por parte de las Administraciones sanitarias, también se requiere de una gran dosis de complicidad “en la acción integral con los gabinetes de salud laboral, con los departamentos de Recursos Humanos de los Servicios de Salud autonómicos y con las unidades de Incapacidad Temporal”.

Por su parte, el Dr. Jaume Padrós, presidente del COMB, se refirió al PAIME como un modelo de referencia en Europa en la atención al médico enfermo, ya que, como explicó, “cumple con dos premisas fundamentales: ser garantes del ejercicio profesional y ayudar a los médicos afectados por un problema de salud mental y/o adicciones a rehabilitarse, lo que se traduce en una necesaria intervención desde la vertiente de la seguridad clínica”.

Ha reconocido que uno de los principales obstáculos para la detección de casos es la tendencia entre el colectivo médico a ocultar sus problemas de salud mental, “los más estigmatizados con nosotros mismos somos los médicos, aunque a nuestras compañeras médicas les cuesta menos trabajo pedir ayuda ante este tipo de casos y, por tanto, es un problema que tenemos que abordar frontalmente”.

Con el PAIME, “más que proteger la confidencialidad que es un derecho de todos los pacientes, lo que proporcionamos es la protección de la identidad del médico afectado”, según ha afirmado. “Por ello – ha añadido – cuando un profesional ingresa en el Programa le cambiamos los apellidos para preservar dicha identidad y se les entrega otro código colegial con lo que ni siquiera los servicios colegiales pueden acceder



a sus datos”.

Concluyó recalando que no se trata de un “Programa de privilegio” para los médicos sino que ha sido creado para velar por la seguridad clínica, por lo que reclamó que se sitúe entre las prioridades de salud pública de las Administraciones Sanitarias, “empezando por el propio Ministerio de Sanidad, además de en la agenda presupuestaria para, fundamentalmente, garantizar la equidad de acceso”. Asimismo, apeló a la conciliación colectiva de responsabilidad corporativa, además de poner en valor la labor desempeñada por el expresidente y presidente actual de la OMC, Dres. Juan José Rodríguez Sendín y Serafín Romero, respectivamente, en la expansión del Programa a toda España.

El programa responde al compromiso deontológico de la profesión médica y tiene el compromiso de atender de manera integral – asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral – a médicos que sufren problemas psíquicos y/o adictivos para darles el tratamiento adecuado y para ayudarles a retornar con las adecuadas garantías a su trabajo.

Se estima que entre un 10 y un 12 por ciento de los médicos en ejercicio pueden sufrir a lo largo de su vida profesional un trastorno

mental o una adicción al alcohol y a otras drogas.

Para hacer frente a este tipo de situaciones, los Colegios de Médicos se han dotado de este Programa que da sentido a la función de salvaguarda y garantía de la buena praxis que tienen encomendada y, al mismo tiempo, ayuda a los médicos afectados a lograr su rehabilitación. Además, para las Administraciones sanitarias representa un garante de calidad asistencial.

En el caso concreto de Castilla-La Mancha, el 1 de Abril de 2004 se firma un Convenio de colaboración entre Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el Servicio Castellano Manchego de Salud (SESCAM) con el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha, para el desarrollo de un Programa de Atención Integral al Médico Enfermo en ejercicio en Castilla-La Mancha. En esa fecha el Dr. Roberto Sabrido era Consejero de Sanidad de nuestra región y tengo que señalar que apostó, desde un principio, por el Programa, con una financiación total del mismo. En estos momentos, sigue apoyando y colaborando con el PAIME.

En cuanto a la financiación actual por parte de nuestra Administración, esta es sólo parcial.

FOTONOTICIAS

El presidente del Colegio participa en el CIPO y defiende la necesidad de habitaciones hospitalarias con una sola cama

El presidente del Colegio de Médicos de Albacete, Dr. Fernando Gómez Bermejo, ha participado en el IV Congreso Nacional de Comunicación con el Paciente y su Familia, CIPO 2019, celebrado los días 8 y 9 de febrero en el Palacio de Congresos de Albacete.

El Dr. Bermejo ha sido moderador de la mesa de debate, "Situación actual de la comunicación en las habitaciones de nuestros hospitales y posibilidades reales de mejora", en donde han participado como ponentes los expertos Dr. Rodrigo Gutiérrez Fernández, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad; Carmen Flores López, presidenta de la Asociación "El Defensor del Paciente"; Dr. Diego Ayuso Murillo, secretario general del Consejo General de Enfermería de España y Dr. José Luis Baquero, director del Foro Español de Pacientes.

El presidente de la institución colegial albaceteña ha defendido la necesidad de que el paciente pueda permanecer durante su estancia hospitalaria en una habitación de cama única o con dos camas como máximo, apelando a los principios de intimidad y confidencialidad.

Ha puesto como ejemplo el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander, donde el 80% de las habitaciones son individuales. Su gerente, el doctor Julio Pascual, considera que ciertas especialidades, como Oncología, Pediatría, Paliativos o Maternidad siempre deberían tener habitaciones individuales.

Uno de los problemas, en opinión del doctor Gómez Bermejo, es el costo, el económico. Para el presidente del Colegio de Médicos de Albacete es necesario también invertir en cuidados paliativos con el fin de que el enfermo tenga una muerte "digna" en su casa, rodeado de su familia y sus seres queridos.

En la mesa redonda sobre "Situación actual de la comunicación en las habitaciones de nuestros hospitales", también se han referido a la humanización de la sanidad, advirtiendo los expertos en que se está perdiendo la relación con el paciente "por la excesiva burocratización de la Administración que impide al médico dedicarse más al paciente".



El Colegio Oficial de Médicos de Albacete expresa su más sentido pésame a la familia y amigos del
Dr. D. Juan Carlos Precioso Yáñez,
ante tan sensible pérdida

CONVENIOS DE COLABORACIÓN ENTRE EL COLEGIO DE MÉDICOS Y OTRAS ENTIDADES, PARA SUS COLEGIADOS

ATISAE	P. E. Campollano c/F n.º 1	Dto. 18% en ITV.
BANCO SABADELL	Contacto: 902 383 666	Ventajas exclusivas en productos financieros
GLOBALCAJA	Oficinas de Globalcaja	Productos financieros en condiciones preferentes
LUIS DÍEZ ÓPTICOS	Tesifonte Gallego, 16	30% dto. en gafas graduadas y 20% en gafas de sol
BENOTAC	Mayor, 20	Descuentos en iMac, iPad y accesorios
CRUZ ROJA	San Antonio, 19	Acompañamiento puntual a médicos jubilados
UNIFORMA	Plaza Mayor, 5	10% dto. sobre P.V.P. y otras ventajas exclusivas
ASISA		Pólizas y coberturas especiales para colegiados, empleados y familiares directos
ÓPTICA MARTA MONTOYA	C/ Tinte	Condiciones especiales a colegiados, empleados y familiares en gafas graduadas y de sol -20% sobre PVP
GASALBA CLIMA	Cristóbal Pérez Pastor, 40	3% dto. servicios de instalación y reposición de calderas (Viessman, Ferroli, Vaillant, Saunier, Duval, etc)
ÓPTICA LOLA MARÍN	C/ Tinte, 23 (edificio Centro)	50% dto. en lentes de gafas graduadas, y una amplia gama de servicios para las necesidades visuales
ADESLAS		Medicina primaria, especialidades y medios de diagnóstico, como en urgencias y hospitalización
NATIONALE-NEDERLANDEN		Amplia oferta de productos y servicios especializados, en la previsión, ahorro, jubilación e inversión





new
**TIVOLI
ILOVIT**

desde
11.900€





**HAY UN TÍVOLI PARA
CADA CROSSLOVER®**

 www.ssangyong.es
Consumo WLTP entre 5,3 y 8,0 L/100km. Emisiones CO₂ WLTP entre 138 y 182 g/Km. / NEDC entre 131 y 171 g/Km.
 PVP recomendado en PyB. para Tivoli G16 4x2 Line 94,1Kw/128CV. Incluye impuestos, transporte, promoción y descuento por financiación. Oferta dirigida a particulares que financien un mínimo de 10.000€, a un plazo mínimo de 60 meses y con una permanencia mínima de 36 meses. Incompatible con otras campañas financieras. Oferta válida hasta el 31/03/19 sujeta a aprobación por parte de Santander Consumer EFC, S.A.

MERCEALBA, S.L.
 Parque Empresarial Campollano
 6.ª Avda., n.º 3
 Telf. 967 21 85 04 • ALBACETE



5 AÑOS GARANTÍA
o 100.000 km



TOYOTA

SIEMPRE
MEJOR



NUEVO TOYOTA RAV4 HYBRID. NO VIVAS A MEDIAS.

POR 285€ /MES



48 cuotas. Entrada: 8.187,80 €.
Última cuota: 16.623,47 €. TAE: 7,65%



INCLUYE TOYOTA COMPLET:



TOYOTA AUTOALBA
www.autoalba.toyota.es

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

Polígono Industrial El Mugerón
C/. Ronda Sur, 24 • 02640 ALMANSA (Albacete)
☎ 967 31 09 36

Consumo medio (l/100 km): 4,6. Emisiones CO₂ (g/km): 105.

Toyota RAV4 2WD Advance + Navegador. PVP recomendado: 32.300 € por financiar con Pay Per Drive. Entrada: 8.187,80 €. TIN: 6,50%. TAE: 7,65%. 48 cuotas de 285 €/mes y última cuota (valor futuro garantizado): 16.623,47 €. Comisión de apertura financiada (2,75%): 663,09 €. Importe total del crédito: 24.775,29 €. Importe total adeudado: 30.303,47 €. Precio total a plazos: 38.491,27 €. Oferta de Toyota Kreditbank GmbH suc. en España y Toyota España, válido hasta 31/03/2019 en Península y Baleares. Modelo visualizado no corresponde con el modelo ofertado. Seguro a Todo Riesgo con Franquicia de 150 € incluido. Exclusivo para clientes RAV4 de entre 27 y 75 años, más de 5 años de carnet y bonificación acreditada sin siniestros o 5 años y máximo un siniestro. Más información en www.toyota.es o en tu concesionario habitual.

 **HYBRID**