

AURIENSIS

Nº 25 Segunda Epoca - marzo 2012

ILUSTRE COLEXIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE

LOS MÉDICOS CONTRA LOS RECORTES SANITARIOS

**DÍA NACIONAL
CONTRA LAS
AGRESIONES EN EL
ÁMBITO SANITARIO**

**LA JUBILACIÓN
FORZOSA DEL
PERSONAL
ESTATUTARIO**

**Presentación de la
Guía de Sedación**



especial colegio
médicos ourense

descuento*
20%

Volver a oír es volver a vivir.

En Casa de los Lentes llevamos
más de 100 años cuidando
de su salud auditiva.

Sólo nosotros podemos
ofrecerle la última tecnología,
5 años de garantía, y
30 días de prueba sin compromiso.

Hágase su **revisión audiológica gratuita.**



CASADELOSLENTES

AUDIOCALIA[®]

LOS CENTROS DE AUDICIÓN DE **OPTICALIA[®]**

Paseo, 2 · Tlf. 988 223 962 · OURENSE

¿Quo Vadis, Sanidad de Galicia?

Despues de 3 años de gobierno Feijóo, seguimos sin saber cuál es el modelo de sanidad que se propone para Galicia, sin conocer la hoja de ruta para sostenerla, mejorarla y desarrollarla. ¿Qué se espera de la Atención Primaria? ¿Dónde se la sitúa en la tan publicitada asistencia centrada en el paciente? ¿Cuál debe ser el papel de la enfermería en los EAP? ¿Qué fue de los procesos asistenciales? ¿Y de las Unidades de Gestión Clínica? ¿Y de las estrategias específicas para la Atención al Paciente Crónico, mucho más eficientes que las diferentes formas de copago para hacer sostenible y excelente el sistema sanitario público? ¿Y de las necesarias medidas para coordinar e integrar los recursos sanitarios y sociales de las diferentes administraciones públicas, evitando con ello duplicidades y generando mejoras en la atención a ancianos y discapacitados? ¿Se ha elaborado un mapa de “bolsas” de ineficiencia asistencial y un plan para reconvertirlas? ¿Se han avanzado propuestas para la reforma del modelo retributivo de los profesionales sanitarios con el objetivo de hacerlo más justo y de mejorar la calidad y la productividad del sistema? Etc, etc...

De todo esto, nada de nada. Ni siquiera un debate serio y abierto. La Administración sanitaria en Galicia se ha centrado en lo fácil. Ha escondido deliberadamente lo importante detrás de lo aparente. No ha hecho otra cosa que recortar los sueldos por diferentes vías, imponer objetivos asistenciales indiscriminados y generar nuevas estructuras de gestión, integradas sólo en el organigrama –y que por el momento no aportan otra cosa que más burocracia y lejanía con los profesionales-. Se ha esforzado, eso sí, en poner en cuanto hace el sello de una austeridad más aparente que real y demasiadas veces asentada exclusivamente en el vacío de la propaganda política.

Es cierto que se ha cuadrado el presupuesto mejor que en otras comunidades del estado. Es justo reconocer esa luz, pero con la sensa-

ción de que pronto se apagará en las sombras del corto plazo y en la falta de un proyecto sólido que apueste de verdad por una sanidad que conserve los adjetivos de pública, universal y financiada a través de los impuestos, como nuestras leyes básicas definen y nuestros ciudadanos exigen.

Los profesionales, los médicos en concreto, no hemos sido nunca, para este equipo de gobierno –a pesar de las declaraciones públicas que afirmaban lo contrario–, interlocutores válidos en los temas importantes. Desde el primer momento, han mostrado su desconfianza hacia nosotros. Muchos tenemos la sensación de que somos más “enemigos” que otra cosa. Necesarios sí, pero “enemigos” también. Una ecuación intraducible que está provocando el deterioro, por pura desnutrición, del sistema sanitario público en nuestra comunidad autónoma. Y amenaza con ponernos en la cola del estado español en cuanto a experiencias de innovación, mejora y renovación, esenciales para el buen funcionamiento del conjunto del sistema.

Y la oposición política..., poco más que devolver la pelota de los ataques mediáticos que recibí cuando era gobierno. Protestas por los recortes, el habitual caballo de batalla de las listas de espera..., pero, sin plantear, por ahora, un proyecto sanitario alternativo y creíble.

Malas perspectivas, por tanto. Pocas reformas estructurales en el horizonte inmediato y demasiados recortes, sin un debate previo en el que la voz de los profesionales y los expertos en gestión sanitaria tenga el peso que debe tener. Un escenario, en suma, que aboca a un lento pero imparable deterioro. Quizás sólo la Profesión Médica, desde el conocimiento y el compromiso –no exento de exigencias y líneas rojas explícitas para con la administración sanitaria de turno– pueda pararlo, asumiendo un protagonismo público que todavía, a día de hoy, no se ha atrevido a ejercer lo suficiente.



Fundación
Galenus Auriensis

Organo de Expresión y Comunicación del
Ilustre Colexio Oficial de Médicos
de Ourense

Edita : Fundación Galenus Auriensis

Consejo Editorial :

Presidente:
Pedro Trillo Parejo
Vicepresidentes:
José Luis Jiménez Martínez
Berta Uriel Latorre
Eliseo Señaris Rodríguez
Secretario:
José Manuel Bendaña Jácome
Vicesecretario:
Xosé Luis López Álvarez
Tesorero:
José Manuel Domínguez Carrera
Vocal Medicina Hospitalaria:
Celso Enríquez Sanmamed
Vocal Medicina A.P. Urbana:
Miguel Abad Vila
Vocal Médicos Privada:
Xesús Manuel Suárez García
Vocal Médicos A.P. Rural:
Celso Sánchez González
Vocal Médicos en Formación:
Amad Abu-Suboh Abadía
Vocal Médicos Administraciones:
Julio Jiménez Feliz
Vocal Médicos Promoción Empleo:
Manuel Dacosta Moure
Vocal de Médicos Jubilados:
Jorge Alberto Sierra Carrasco

Coordinador de Redacción :

J. M. Bendaña Jácome

Consejo de Redacción :

Socorro García Torremocha
Mª Argentina Rey Fernández
Angeles Rodríguez Baliño
Manuel Álvarez Hernández
Susana Blanco Pérez
José Luis Jiménez Martínez

Secretaría de Redacción y maquetación :

María José Vázquez Vázquez

Portada:

Susana Blanco Pérez

Correo electrónico:

auriensispublic@cmourense.org

Depósito Legal : OU 171/99

Soporte válido publicitario reconocido
por la Consellería de Sanidade

La Redacción de la Revista no comparte
necesariamente las opiniones expresadas por sus
autores, que son de su exclusiva responsabilidad.



AURIENSIS

Impresa en
papel reciclado
"por favor, recicle esta revista"



Pág.

7	Premios Colegiales 2012
8	Petición de reducción de plazas para acceso de nuevos alumnos a los estudios de la carrera de Medicina.
8	Después de la lluvia (Reflexiones de un cooperante). Jorge Antón Lugo
11	Conveniencia de Suscripción de un Seguro de Responsabilidad Civil por Parte de los Médicos que Trabajan para la Administración.
12	Agresiones
14	Leyendo el Nuevo Código de Deontología Médica. Arturo Fuentes Varela
16	A Asamblea de Medicina Privada. X.M.Suárez García
17	La Jubilación Forzosa del Personal Estatutario. J. Nivardo Cid
18	Manifiesto Elaborado en la Asamblea de la Vocalía de Médicos Nacional en Formación y/o Postgrado
20	Presentación de la Guía de Sedación Paliativa COM de Ourense. Carmen Hernández Sánchez
22	Termalismo Vii (i Parte). Domingo Fontán. Luis Rodríguez Míguez
24	Hospital Psiquiátrico "Dr.Cabaleiro Goás": Adiós "Sanatorio"-Moreiras- Toén-Ourense.David Simón Lorda
26	Recortes Sanitarios. J. Luis Carballo Pérez
28	Recortes Sanitarios. Presentación documento consenso OMC. Jose Luis Jiménez Martínez
32	El Duelo. Jose Luis Pérez Cid
33	Nueva Reforma del Mercado Laboral
36	Conferencia A.M.Q

OFICINA Y SERVICIOS COLEGIALES

Sede Colegial :
Juan XXIII , 19 entresuelo - Ourense 32003
Tfno. 988 210593 / Fax: 988 210933
[http :// www.cmourense.org](http://www.cmourense.org) | E-mail: info@cmourense.org

GABINETE JURÍDICO COLEGIAL
Sáenz Díez 6-2º A .32003 OURENSE
Tfno.: 988 372650 .Fax 988 372651
Correo E : info@cmourense.org

Carta del Presidente



Momento crítico el que estamos viviendo. A la caterva y reiteración de la crisis económica que vivimos, se une la crisis profesional, donde, los criterios económicos están prevaleciendo. La sanidad se está viendo afectada por los recortes sanitarios. La falta de inversión y la cicatera política de personal (0 contratos) nos están llevando a una situación límite para el profesional.

Las soluciones son de momento recortes de sueldos y derechos, con una invasión de decretos “mazo” que intentan reorganizar la vida profesional en el momento actual, pero que parecen vacíos de contenido y rumbo. En resumidas cuentas, persiste el “café” para todos, pero menos “café” y menos todos. No hay, de momento, cambios estructurales palpables. Rigen estrictos parámetros de control del gasto sin más. Y ahora se habla de copago, pero además ya abiertamente.

Contra esto solo nos queda la participación activa en la vida social y profesional. Y ahora más que nunca. El que vea que sus derechos pueden haber sido recortados, pues que proteste. Si las condiciones laborales no son las adecuadas, que las denuncie. Siempre habrá alguien que escuche. En estos momentos es cuando hay que sacar fuerzas de la flaqueza y ampararnos en lo que siempre hemos sido, profesionales vocacionales con una importante labor social, el mantenimiento de la salud. Hay que recapacitar y pensar que el derro-

che, las bolsas de ineficiencia de siempre de la Salud Pública y el gasto desmedido, no pueden degenerar en una situación donde se nos recorte, no solo el euro (yo lo necesito para comer), sino derechos que puedan afectar al desarrollo diario de nuestra profesión.

La respuesta social a estas medidas, de momento está siendo buena. El ciudadano comprende hasta cierto punto los sacrificios. Pero ¿se quedará esto solo aquí? Creo que todo el mundo tiene un límite y la sociedad de este Estado puede decir basta. Y una de las cosas que la pueden poner al límite es el copago, aunque a más de un usuario le haría recapacitar el mal y desmedido uso que se ha hecho de la sanidad Pública.

Ante esto el ICOMOU siempre se ha ofrecido como foro de discusión, recapacitación y altavoz social de nuestras observaciones y dudas, de nuestras soluciones y de nuestros miedos a que esto acabe como el “rosario de la aurora”. Por cierto ¿alguien sabe que pasó en ese rosario? Vaya cisco se debió montar ¿serían médicos?

Creo que va siendo hora de que alguien llame a la Moncloa o a Santiago y pregunte por el “encargao” para que nos escuchen.

Ánimo.

Pedro Trillo Parejo
Presidente del II. Colegio Oficial de Médicos de Ourense

ALTAS:

ALTAS:

Santiago Rodríguez Gamundi	Radiodiagnóstico
Elena Guerra Baamonde	Radiodiagnóstico
Miguel Ángel Cordero Lozano	Radiodiagnóstico
Carlos Alberto Luna Pardo	Medicina General
Juan Luis Castro Rodríguez	Oftalmología
Luis Vega Estévez	Medicina General
María Begoña Presedo Garazo	Neumología
Francisco Javier Castrillo Gutiérrez	Obstetricia y Ginecología
Juan Antonio Rivera Bustamante	Medicina General



BAJAS:

Isabel Rocio González Guijarro	traslado
Carlos Amaro Bringas Vega	traslado
María Jesús Martínez Martínez	traslado
Juan Carlos Zapata Rodríguez	cese en la actividad
Ariana Pellitero Maraña	traslado
Hilda Mendoza Chavez	traslado

HAN FALLECIDO NUESTRO COMPAÑEROS:

Cristino Bravo Mateos
Andrés García Buela
Gonzalo Barja Diéguez

DESCANSEN EN PAZ

ALERTAS FARMACÉUTICAS



Existe una nueva sección en la web colegial, www.cmourense.org destinada a publicar las Alertas Sanitarias que nos llegan al Colegio Médico. Podéis encontrarla en una de las pestañas superiores de la página de inicio o directamente en: http://www.cmourense.org/Blog/categorias/14/Alertas_sanitarias

Nota Informativa 27/2011 a Profesionales Sanitarios, referente a:

RIESGO DE HIPOMAGNESEMIA ASOCIADO A LOS MEDICAMENTOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

Nota Informativa 28/2011 a Profesionales Sanitarios, referente a:

ALISKIRENO (Triángulo amarilloRASILEZ®, Triángulo amarilloRIPRAZO®, Triángulo amarilloRASILEZ HTC®): REEVALUACIÓN DEL BALANCE BENEFICIO-RIESGO

Alerta de productos sanitarios APS-2011-293-01

Circular farmacia MUH (FV) 01-2012)

APS-2010-043-06: NOTA DE SEGURIDADE PRÓTESIS MAMARIAS

PIP

La redacción de la Revista ha solicitado una entrevista con la Ilma. Conselleira de Sanidad de la Xunta de Galicia, Dña. Rocío Mosquera Álvarez. Lamentablemente y hasta la fecha no hemos recibido respuesta, aunque confiamos que en fechas próximas podamos ofrecérsola.

Desde aquí felicitamos a la nueva Conselleira deseándole una buena gestión.

SE CONVOCAN LOS PREMIOS COLEGIALES 2012, PODÉIS CONSULTAR LAS BASES FOLLETOS ADJUNTOS A ESTA REVISTA




LA FUNDACION GALENUS AURIENSIS Y EL ILLUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE CONVOCAN:

AYUDA A PROGRAMAS DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES GALENUS AURIENSIS AÑO 2012

BASES:

- Podrán participar médicos colegiados en este Colegio que habiéndolo participado, o sean miembros de una ONG, en representación de la misma.
- La cuantía estará destinada a financiar todo o una parte del Proyecto.
- La cuantía disponible de dinero podrá ser en la convocatoria, autorizada al 97% del presupuesto colegial para ese año.
- Documentación a presentar:
 - Proyecto, como gráfico, plan de ejecución, plan de desarrollo y dedicación específica de la cuantía de la subvención. Deberá presentarse 3 copias en papel y soporte digital.
 - Mención final con justificación de gastos.
- El plazo de presentación finalizará a las 12.00 h. del 19 de octubre del 2012.
- El jurado estará constituido por el Consejo del Patronato de la Fundación Galenus Auriensis, cuyo decisión será irrevocable.
- La convocatoria puede ser declarada desierta.

XVII PREMIO DE PUBLICACIONES MEDICO-CIENTIFICAS 2012



Homenaje al Dr. Andrés García Buela



XXVIII Premio Manuel Cabaleiro Goás

Portal de Formación online ICOMOU mediante la plataforma UNIVADIS

UNIVADIS es una plataforma de formación online en el ámbito sanitario de alcance mundial y que sólo en España tiene más de 80.000 médicos afiliados. Esta plataforma está soportada por MSD. Dentro de su oferta incluye cursos de formación en diferentes patologías clínicas, cursos que suministran diferentes Sociedades Científicas de ámbito nacional y la prestigiosa editora British Medical Journal, así como cursos sobre habilidades profesionales, clínicas o inglés. Con este enfoque la oferta total de cursos en castellano supera los 1200 cursos.


Este Convenio que será firmado entre el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ourense y la plataforma Univadis permitirá a los médicos colegiados tener disponibles dentro de la propia web colegial una selección de cursos específicos para ellos y con una renovación semestral de todos los contenidos.

La formación continuada es imprescindible para los profesionales sanitarios, disponer de una oferta específica, acreditada y de calidad facilitará el ya de por sí excelente nivel de los médicos de la provincia de Ourense.

Acceso: www.cmourense.org



FORMACIÓN CONTINUADA



CONTROVERSIAS EN MEDICINA
CURSO 2012

PROGRAMA DEL CURSO

- 10 de Enero 2012. "Atención a la mujer en Atención Primaria".** Dr. José Luis Doval Conde. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUO.
- 24 de Enero 2012. "Guía de sedación OMC".** Dra. María del Carmen Hernández Sánchez. Jefe de sección de Hematología Clínica del CHUO.
- 07 de Febrero 2012. "Tratamiento de HTA".** Dr. Manuel de Toro Santos. Jefe de Servicio de Medicina Interna del CHUO.
- 06 de Marzo 2012. "Estatinas en prevención secundaria".** Dr. Ovidio Fernández Álvarez. Facultativo especialista de área Medicina Interna del CHUO.
- 10 de Abril 2012. "Tratamiento del síndrome coronario agudo".** Dr. Elvira Blanco Labrador. Jefe de sección de área de Cardiología del CHUO.
- 08 de Mayo 2012. "Tratamiento de HTA refractaria".** Dr. Alfonso Otero González. Jefe de Servicio de Nefrología del CHUO.
- 05 de Junio 2012. "Estatinas en prevención primaria".** Dr. Carlos Rodríguez Moreno. Facultativo especialista de área Farmacología Clínica del CHUS.
- 26 de Junio 2012. "Estudio de la fiebre de origen desconocida".** Dr. Jose Luis Jiménez Martínez. Facultativo especialista de área de Medicina Interna del CHUO.


Nº máximo de participantes:
50 alumnos | Preinscripción obligatoria.

Dirección:
José Luis López Álvarez. Grupo de Docencia del Colegio Médico de Ourense.

Horario:
20-30

Lugar:
Colegio Oficial de Médicos de Ourense. Juan XIII, 39 entresuelo

Colaboran:



Se ha solicitado acreditación a través de SEAFORMAC, lo que implica el reconocimiento por el Sistema Nacional de Formación Continua y de el European Accreditation Council for CME de la UEMS.

Petición de reducción de plazas para acceso de nuevos alumnos a los estudios de la carrera de Medicina



El Consello Galego de Colegios médicos ha remitido carta a Presidente de la Xunta, Rector USC y Decano de la Facultad de Medicina solicitando reducción de plazas para acceso de nuevos alumnos a los estudios de la carrera de Medicina.

Preocupados ante la situación de paro que comienza a existir dentro de la profesión médica, y ante el incremento del número de alumnos que se ha producido en estos años solicitamos se considere la deducción en el mismo en los próximos años, iniciando ya en este próximo curso 2012-2013.

Debe constatar que en el último año se han abierto siete nuevas facultades en nuestro país con el consiguiente incremento en el número de alumnos. Baste

como ejemplo el de la última convocatoria MIR, en la cual de 13.000 presentados quedarán excluidos la mitad y recordamos que por la reglamentación europea es imprescindible la formación hospitalaria para trabajar en el sistema público, por lo que estos profesionales verían prácticamente agotadas sus posibilidades de trabajo, viéndose obligados a la emigración a otras zonas.

Recordamos que la formación de un médico necesita de 11 años como media, por lo que debe preverse con antelación la cobertura de profesionales. La situación se ve agravada por la actual crisis económica que conlleva una menor tasa de reposición de profesionales, lo cual adelanta una situación que se preveía para más tarde.

MÁS NOTICIAS EN www.cmourense.org

Después de la lluvia: (Reflexiones de un Cooperante)

Jorge Antón Lugo

Dos madres...un mundo?



Durante todo el año pasado trabajé en Sierra Leone, en una misión que resultó ser mucho más intensa de lo esperado; más de 700 cirugías mayores en menos de un año. Así pues, cuando recibí la invitación de visitar un pequeño hospital Suizo como "Cirujano Huésped", recordé el artículo que

Gabriel García Márquez escribió en 1983: "Viendo llover en Galicia" y decidí hacerme a mi mismo un regalo merecido.

-¿Por que no? Me dije. Es una buena oportunidad de reciclarme y de permanecer cerca de la "medicina europea", así, podré estar al tanto de la actualidad médica.

El 8 de mayo llegué al "Spital Heiden", donde trabajé durante 6 semanas como cirujano huésped y tal como había previsto, pude ponerme al corriente en lo que podríamos llamar "La actualidad de la medicina europea".

El Hospital de Heiden se sitúa en el cantón "Appenzell Ausserrhoden" y tiene solo 70 camas; por supuesto que es muy impresionante poder percatarse (especialmente después de haber estado tanto tiempo en países subdesarrollados) de como un hospital tan pequeño, puede contar con servicios tan sofisticados como una Tomografía Computarizada o cirugía laparoscópica avanzada. El "Spital Heiden" trabaja con cuatro servicios básicos: Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia. Al ser un hospital comarcal pequeño y al no contar con todos los servicios, se apoya en un sistema de referencia; un sistema de referencia que funciona muy bien, así pues, cuando un paciente necesita ser trasladado a un nivel médico superior, cuando un niño necesita ser ingresado (el Hospital de Heiden no cuenta con servicio de pediatría), cuando un paciente requiere de cui-

Encuentra las „7 diferencias“



datos intensivos o simplemente cuando se requieren estudios aún más sofisticados, el sistema de referencia de Suiza pone al paciente en el Hospital de St. Gallen (el Hospital de referencia) en menos de 20 minutos.

El cantón Appenzell Ausserrhoden cuenta con dos hospitales de la red pública: el Hospital de Heiden, (que ya he mencionado) y el Hospital de Herisau que tiene más o menos las mismas características. Además, cuentan con los servicios de un tercer hospital, que es un centro Psiquiátrico. Estos hospitales cubren una población de aproximadamente 53000 habitantes, y para los ojos expertos en economía, resulta un verdadero lujo poder mantener centros hospitalarios tan pequeños.

Desde los primeros días de mi experiencia en Suiza pude percatarme de que todos los pacientes quirúrgicos adultos (sin importar su diagnóstico o la edad e incluyendo las mujeres sometidas a cesáreas electivas) reciben sistemáticamente heparinas de bajo peso molecular e inhibidores de la bomba de protones; -¿Por que?.

-Prevención. ¿Pero que es lo que se trata de prevenir cuando se utiliza en forma indiscriminada estos medicamentos?. Tratan de prevenir Trombosis Venosa Profunda, Tromboembolia Pulmonar y Enfermedad Ácido Péptica o en realidad las utilizan para prevenir problemas legales?. Al tratar de revisar la literatura internacio-

nal me encontré con la sorpresa de que en este momento prácticamente todos los hospitales occidentales siguen los mismos principios, "La mayoría de los pacientes hospitalizados tienen uno o mas factores de riesgo de presentar tromboembolia".

Unas semanas después de mi llegada a Heiden, participé en una laparoscopia exploratoria programada, la historia: Una mujer joven, 25 años, había recibido una apendicectomía convencional hacía un año y después de la intervención presentó una evolución completamente normal y sin ninguna complicación. Sin embargo, unos meses después comenzó a presentar ciertas molestias abdominales inespecíficas como dolor leve e inconstante acompañado de estreñimiento. Por esta razón, se solicitó una Tomografía Computarizada de abdomen, la que se reportó como no concluyente y después de esta, una Resonancia Magnética Nuclear, la cual reportó algo así como "imagen compatible con adherencias en la fosa iliaca derecha". Cuando pregunté a mis colegas suizos acerca de la exploración física, me dijeron que había sido completamente normal y cuando quise ser un poco mas específico y pregunté acerca del examen rectal, la respuesta fue: "preferimos no hacerlo, pues resulta muy molesto para los pacientes".

Manuela, el cirujano responsable del caso me dijo: -Haremos una laparoscopia exploradora, si encontramos adherencias las lisaremos y si no hay adherencias daremos

por finalizado el procedimiento, de esta manera la paciente quedará satisfecha y nosotros nos evitaremos reclamaciones".

Bajo anestesia general se sometió a la paciente a la laparoscopia exploratoria que duró menos de 20 minutos, que fue completamente normal además de ser completamente innecesaria...

Actualmente en todo el mundo occidental (Incluyendo a Suiza por supuesto) se llevan a cabo un gran número de procedimientos quirúrgicos por vía laparoscópica, además que desde hace algunos años se ha tratado de introducir nuevas técnicas, como la Cirugía Laparoscópica con un solo puerto, la cirugía robótica y la Cirugía Endoscópica Transluminal por Orificios Naturales (NOTES).

En muchos casos como en la colecistectomía, esta plenamente comprobada la superioridad de la cirugía laparoscópica sobre la cirugía convencional.

Sin embargo, en otros procedimientos como la reparación de hernias inguinales y la reparación de hernias postincisionales; el costo de la cirugía laparoscópica y las pocas o nulas ventajas de esta técnica sobre los procedimientos convencionales, ponen en entredicho su práctica.

Cuando pregunté en Heiden acerca del costo del material a utilizar en la reparación de una hernia post-incisional por vía laparoscópica me encontré con la sorpresa de que entre la malla y la engrapadora endoscópica (Tacker), el costo superaría los 1300 euros. (Esta cantidad de dinero cubre únicamente el costo de la malla y las engrapadoras. El costo del tiempo quirúrgico, medicamentos y equipo anestésico es aparte).

Además del aspecto económico la cirugía mínimamente invasiva conlleva un segundo problema; el educativo. Durante mi tiempo en Heiden pude percatarme de que los residentes de cirugía prácticamente no tienen contacto con la cirugía convencional. Y en cuanto a la Cirugía laparoscópica, solo tienen práctica como asistentes. -"Es mucho mas difícil enseñar técnicas laparoscópicas, pues no se tiene control sobre las manos del residente, y en Suiza tenemos muchos problemas legales"- Fue la

explicación que me dio el jefe de cirugía. Mi pregunta principal a este respecto es: ¿Qué pasará cuando uno de estos cirujanos jóvenes tenga que enfrentarse a realizar una cirugía convencional?; Una colecistectomía abierta por ejemplo. ¿O acaso es necesario comenzar a diferenciar el entrenamiento quirúrgico dependiendo de la realidad de cada país?.

Días después el departamento de Ginecología y Obstetricia (que sin lugar a dudas es el mejor servicio del hospital) organizó una sesión intensiva para corrección de "incontinencia urinaria por esfuerzo", así pues, se programaron 6 pacientes con este diagnóstico y se invitó a un experto en Uro-Ginecología para realizar y enseñar una técnica quirúrgica relativamente nueva "Trans Vaginal Tape" (TVT). Esta técnica consiste en aplicar una malla especial de polipropileno a manera de hamaca que provee soporte a la uretra, es muy fácil de aplicar, se requiere de un tiempo quirúrgico muy corto, la recuperación de los pacientes es rápida, la estancia hospitalaria es corta y con un bajo índice de complicaciones. Del costo de la malla es mejor no hablar... Cuando discutí esta técnica con los residentes de Ginecología, ellos fueron capaces de explicarme las indicaciones, contraindicaciones y los pasos básicos para aplicar esta técnica, pero cuando les pregunté si ellos conocían la técnica básica original para corregir este tipo de problemas (Marshal-Marchetti-Krantz) nadie supo responderme.

Siempre he pensado que la parte más importante del entrenamiento quirúrgico son las bases. No se puede construir un edificio grande y con fachada bonita si antes que esto no se construyen cimientos sólidos. Tengo 43 años, y quiero creer que soy un especialista joven, por lo que me cuesta mucho trabajo aceptar que exista una brecha tan grande entre lo que mis maestros me enseñaron hace 15 años y lo que se está enseñando en este momento.

En nuestro pequeño hospital de Sierra Leone contamos con 100 camas y dos salas de operaciones, el hospital trabaja únicamente en 3 ejes: Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y Pediatría. El diagnóstico más común por el que los pacientes acuden a nuestro centro son

las fracturas expuestas secundarias a accidentes de tráfico, (Sierra Leone es un país que tiene 5 millones de habitantes y que cuenta solo con 3 ortopedistas reales), sin embargo por aspectos económicos es prohibitivo utilizar sistemáticamente Heparinas de Bajo Peso Molecular como prevención; y con todo ello, la incidencia de problemas tromboembólicos postquirúrgicos es anecdótica, sin tener una estadística exacta, tomando en cuenta las más de 20,000 cirugías que se han efectuado en el hospital en los últimos 10 años, puedo asegurar que se han observado complicaciones tromboembólicas postquirúrgicas en menos de 30 pacientes (0.15%); es decir 1:670. Cuál es la justificación de utilizar sistemáticamente Heparinas de Bajo Peso Molecular?.

Hablando específicamente de Cirugía General, las hernias estranguladas representan la tercera causa de las Urgencias quirúrgicas, solo después del abdomen agudo secundario a perforación intestinal por fiebre tifoidea y a la úlcera péptica perforada. Por aspectos genéticos, las hernias inguinales en África son extraordinariamente grandes, por lo que siempre que es posible es aconsejable su reparación con malla de polipropileno. Normalmente utilizamos una o dos mallas de polipropileno por cada paciente, lo que representa un costo aproximado de 30 a 60 euros. Somos realmente afortunados de contar con este tipo de mallas; en la mayoría de los hospitales de África no es posible utilizar este tipo de material por su alto costo.

Hace algunos años, una organización Británica "Operation Hernia" comenzó a reparar hernias con malla de poliéster de mosquitero, alcanzando resultados comparables con la malla de polipropileno, el costo de una malla de mosquitero de 15x10 cm una vez esterilizada y empacada es de aproximadamente 1.5 dólares. Es decir que con el dinero utilizado en Heiden para operar una hernia post-incisional por vía laparoscópica (Malla y Tackers) se podría efectuar 1200 hernioplastias con malla de mosquitero.

Uno de los objetivos principales del "Emergency Surgical Centre" en Sierra Leone es el de proporcionar entrenamiento quirúrgico a los médicos locales. Por razones obvias, nuestro foco princi-

pal es el de enseñar los principios básicos de la cirugía: Cómo realizar un diagnóstico preciso basándonos principalmente en la clínica, cómo tratar un paciente en estado crítico antes de efectuar una cirugía de urgencia, cómo tratar un proceso infeccioso utilizando los antibióticos más básicos, o cómo realizar las cirugías más simples y fundamentales que permiten salvar la vida de un paciente. El sistema de referencia en Sierra Leone simplemente no existe.

Sierra Leona cuenta con un solo tomógrafo en todo el país, la lista de espera es inaceptable, su uso no es gratuito y la mayor parte del tiempo esta descompuesto... después de todo esto, es muy bueno saber que en la gran mayoría de nuestros casos es completamente innecesario.

Por supuesto que no estoy tratando de decir que debemos seguir el sistema de salud de Sierra Leone. Se que el mejor tratamiento quirúrgico no es tratar las hernias inguinales con malla de mosquitero. Tampoco soy enemigo del progreso científico. Lo único que estoy tratando de expresar es que no comprendo como es posible que en un solo mundo (si es que de verdad vivimos en un mismo mundo), pueda existir una desigualdad de tal magnitud. En el "mundo occidental" principalmente en Europa y gracias a los sistemas sociales de salud, se malgastan y sobreutilizan los recursos médicos, mientras que en el mundo subdesarrollado hay carencias que es imposible comprender. Sierra Leone posee el triste honor de ser el país con mayor mortalidad infantil, muchos estudios señalan que el 30 % de los niños muere antes de cumplir 5 años. El índice de mortalidad materna no es mucho más alentador; 970 mujeres mueren por cada 100,000 partos, lo cual es difícil de entender cuando se compara con la mortalidad materna en Suiza: 7.4 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

Desafortunadamente solo puedo terminar haciendome una pregunta: **¿Es posible enlazar dos mundos tan distantes?, y si es así... ¿Por donde comenzar?**

CONVENIENCIA DE SUSCRIPCIÓN DE UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR PARTE DE LOS MÉDICOS QUE TRABAJAN PARA LA ADMINISTRACIÓN.

Ante las consultas formuladas por algunos facultativos que prestan servicios para la Administración, en concreto para el Servicio Galego de Saúde, sobre la conveniencia y utilidad de suscribir una póliza de seguro de responsabilidad civil de carácter privado, dada la existencia de la póliza suscrita por el Sergas para cubrir dicha responsabilidad, es conveniente hacer las siguientes precisiones:

- En caso de responsabilidad civil derivada de condena penal el responsable directo es el facultativo siendo el servicio de salud responsable subsidiario.
- Las pólizas de responsabilidad civil que suscribe el facultativo suelen dar cobertura sobre cualquier acto médico que realice el facultativo durante las 24 horas del día y durante los 365 días del año, es decir, no se requiere necesariamente que sean asistencias o actos médicos realizados durante el desempeño de la jornada laboral como personal del servicio de salud.
- La póliza que suscribe el servicio de salud no incluyen ninguna garantía al facultativo en caso de que se le imponga una inhabilitación para el ejercicio de la profesión. Esta contingencia si está entre las garantías básicas que ofrecen las pólizas de responsabilidad civil de carácter privado.
- En las pólizas suscritas personalmente por el profesional cualquier reclamación que se presente es tramitada como un siniestro individual, a diferencia de las pólizas suscritas por la Administración en las que las reclamaciones contra los médicos involucrados en un mismo acto se configuran como un solo siniestro, lo que puede acarrear la insuficiencia de las cantidades garantizadas como indemnización al superar el límite económico garantizado por siniestro.
- Evidentemente la póliza que suscriba el facultativo le facilita una mayor libertad a la hora de

concertar más o menos coberturas opcionales pudiendo adaptarla a la medida de las necesidades del profesional, lo que no ocurre con la póliza suscrita por la Administración al estar concertada a conveniencia de ésta, no de su personal.

Sin olvidar que aquellos profesionales que ejercen en la medicina privada tienen la obligación legal de contar con un seguro, aval u otra garantía que cubra las indemnizaciones que pudieran derivarse de un eventual daño causado a las personas en el ejercicio de su profesión a tenor de lo dispuesto en el art. 46 de la Ley 44/2003 de la Profesiones Sanitarias, debe también concluirse la conveniencia de que, aquellos profesionales sanitarios que ejercen en la Administración Pública, procuren estar amparados por la cobertura de una póliza de seguro de responsabilidad civil de carácter individual puesto que ante una reclamación pueden presentarse imprevistos o incidencias ante los cuales la póliza de la Administración sea insuficiente, (conflicto de intereses entre Administración y facultativo, insuficiencia de la garantía económica, defensas contradictorias entre implicados en un siniestro, etc).





DÍA NACIONAL CONTRA LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Manifiesto

Estamos asistiendo a un importante incremento de las agresiones al personal sanitario en el ejercicio de su profesión. Aun cuando no disponemos de estadísticas completas que a nivel nacional reflejen su dimensión real, la OIT y la OMS denuncian que el 25% de los incidentes de violencia en el ámbito laboral se producen en el entorno sanitario. Sin embargo la estadística, tras dos años de iniciado el registro nacional de agresiones a médicos, revela un aumento de las mismas, que solo muestra lo que consideramos que es la punta de un iceberg.

El ejercicio de las profesiones sanitarias tiene un fuerte componente de servicio, deseado por el conjunto de la sociedad, en el que la confianza se constituye como un elemento fundamental. Por ello, la irrupción de la violencia en el escenario sanitario, en cualquiera de sus manifestaciones, además de repercutir gravemente en la salud y en la calidad de vida del profesional agredido, atenta contra ese principio fundamental y afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria, uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar.

Desde nuestro ámbito entendemos que debemos profundizar en el respeto al ejercicio por el ciudadano de los derechos que tiene reconocidos, pero también debemos instar a este al cumplimiento de sus deberes. Entre estos deberes se encuentran hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios en un

ambiente de mutua cordialidad, confianza y respeto, en aras de la mejora de las relaciones entre ciudadanos y profesionales sanitarios.

Detrás de la violencia contra el personal sanitario encontramos un entramado causal de gran complejidad. Nada justifica la agresión a otro ser humano, pero realidades como la extensión de una mentalidad individualista que entiende cualquier recurso como bien de consumo, las falsas expectativas que en la sociedad se van generando en torno a los sistemas sanitarios, y la condescendencia de los poderes públicos ante su uso abusivo, contribuyen en buena manera a la creación de un ambiente hostil incompatible con la actividad sanitaria.

Todo ello hace necesario un tratamiento multidimensional del problema que debe partir del principio de: **“Ante las agresiones al personal sanitario, tolerancia cero”** (como ante cualquier tipo de violencia). Se debe promover un conocimiento integral del problema mediante la mejora los sistemas de registro, pero, sobre todo, se deben tomar las medidas necesarias para proteger a los profesionales y, con ellos, al conjunto del sistema sanitario, y asimismo promover una percepción positiva y realista de sus servicios ante el conjunto de la sociedad.

Aunque se han producido avances significativos en el tratamiento de este problema, se hace necesario un abordaje institucional,

coordinado e integral, que garantice un completo apoyo al profesional agredido desde el primer momento, y avanzar en el diseño de procedimientos judiciales rápidos, expeditivos y ejemplarizantes, en los que la consideración como delito de atentado contra la autoridad pública es un elemento fundamental. Asimismo, se deben proporcionar las medidas de prevención y protección que sean necesarias para garantizar un ejercicio seguro de las profesiones sanitarias.

Exigimos un claro compromiso de los poderes públicos y una concienciación de la sociedad ante esta lacra, promoviendo una conciencia social positiva de los servicios sanitarios como bien público, que debe proporcionarse en las condiciones más adecuadas posibles al individuo que lo necesita, y utilizarse de forma responsable, respetando los derechos y asumiendo los deberes que ello conlleva. Un escenario de desconfianza, exigencia desmedida y agresividad sólo tiene consecuencias perjudiciales para todos, profesionales y ciudadanos.

22 de marzo

Día Nacional
contra las
Agresiones en el
Ámbito Sanitario

Madrid, 22 de Marzo de 2012

Observatorio de Agresiones. Estadística año 2010

Colegio Oficial de Médicos de Ourense



Total de AGRESIONES **6**

Sexo	hombres	3
	mujeres	3
TramosEdades	>26 - <35	1
	>36 - <45	2
	>46 - <55	3
	>56 - <65	
	>66	

Ejercicio	Publico	X
	Privado	
Ámbito	A.P	5
	Hospital	
	Urgencias Extrahospitalarias	
	Urgencias Hospitalarias	1
	Otros	

Antecedentes Agresor	Con antecedentes toxicomanía	
	Con antecedentes psiquiátricos	
	Con enfermedad orgánica	
	Otros	X

Tipología del Agresor	Paciente programado	
	Paciente no programado	
	Usuario del Centro	3
	Familiar	3

Causas Agresión	No recetar medicamento propuesto por paciente	
	Tiempo en ser atendido	1
	Discrepancias en la atención médica	4
	Discrepancias personales	1
	Malestar funcionamiento interno del Centro	
	En relación incapacidad laboral	
	Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias.	
	Otros	

Fecha hechos	ene-10	1
	feb-10	1
	mar-10	
	abr-10	2
	may-10	
	jun-10	1
	jul-10	
	ago-10	
sep-10	1	
oct-10		

Lesiones	Si	2
	No	4

Denuncia	Si	
	No	6
	No sabe	

Baja laboral	Si	1
	No	5

Agresiones previas	Si	
	No	X

Diligencias	Si	6
	No	

Daños Materiales	Si	
	No	X

Apoyo o Asesoramiento Empresa	Si	
	No	X

Juicio	Si	6
	No	

Observatorio de Agresiones. Estadística año 2011

Colegio Oficial de Médicos de Ourense



Total de AGRESIONES **4**

Sexo	hombres	1
	mujeres	3
TramosEdades	>26 - <35	
	>36 - <45	2
	>46 - <55	2
	>56 - <65	
	>66	

Ejercicio	Publico	4
	Privado	
Ámbito	A.P	2
	Hospital	1
	Urgencias Extrahospitalarias	1
	Urgencias Hospitalarias	
	Otros	

Antecedentes Agresor	Con antecedentes toxicomanía	
	Con antecedentes psiquiátricos	
	Con enfermedad orgánica	
	Otros	X

Tipología del Agresor	Paciente programado	1
	Paciente no programado	1
	Usuario del Centro	2
	Familiar	

Causas Agresión	No recetar medicamento propuesto por paciente	
	Tiempo en ser atendido	1
	Discrepancias en la atención médica	
	Discrepancias personales	3
	Malestar funcionamiento interno del Centro	
	En relación incapacidad laboral	
	Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias.	
	Otros	

Fecha hechos	ene-11	
	feb-11	
	mar-11	
	abr-11	
	may-11	1
	jun-11	1
	jul-11	
	ago-11	
	sep-11	1
	oct-11	
	nov-11	1
	dec-11	

Lesiones	Si	2
	No	2

Denuncia	Si	4
	No	
	No sabe	

Baja laboral	Si	1
	No	3

Agresiones previas	Si	
	No	X

Diligencias	Si	4
	No	

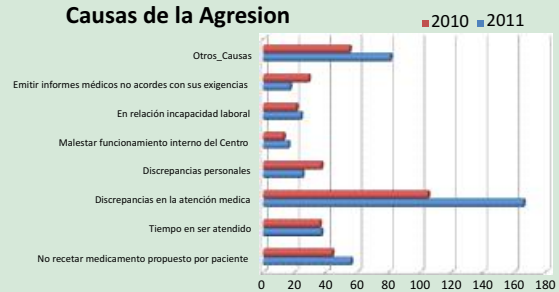
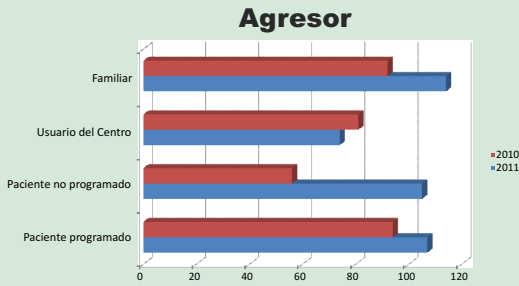
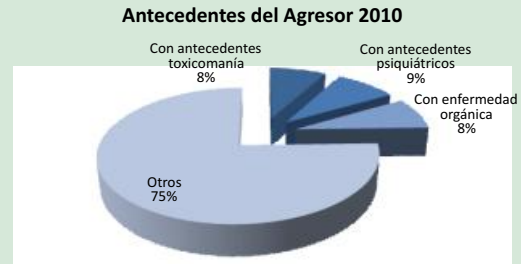
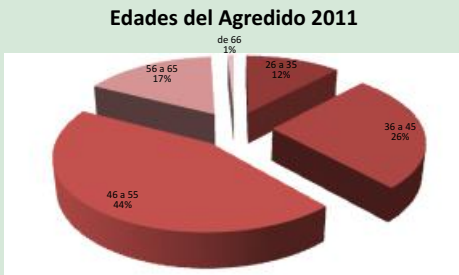
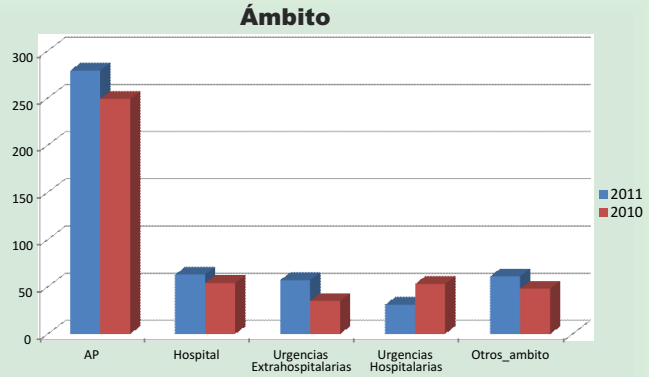
Daños Materiales	Si	
	No	X

Apoyo o Asesoramiento Empresa	Si	
	No	X

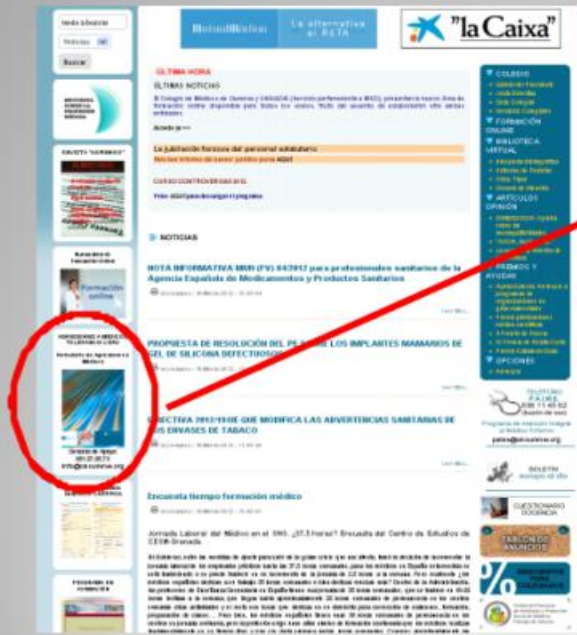
Juicio	Si	4
	No	

Estadística Nacional Estudio Agresiones Comparativa año 2010- 2011

Ourensis



www.cmourense.org/agresiones



**AGRESIONES A MÉDICOS
TOLERANCIA CERO**

Formulario de Agresiones a Médicos

Protocolo ante las agresiones a personal sanitario

**Servicio de Apoyo:
681.07.05.73
info@cmourense.org**

**Atención
24 horas**

ILUSTRE COLEXIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE

LEYENDO EL NUEVO CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA (CDM - 2011)

Arturo Fuentes Varela

Presidente de la Comisión de Ética y Deontología del ICOMOU



Continuando la lectura del nuevo CDM nos fijamos como marco general de reflexión en el artículo número cinco, dentro del capítulo II que define los "Principios Generales".

En un momento de la historia de la medicina de occidente, en el que los avances técnico-biológicos están poniendo en crisis los aspectos más humanos del quehacer médico (ya antes de la actual crisis económica, y sus consecuencias en el mundo sanitario, se había denunciado una profunda crisis de deshumanización), es muy importante leer los principios que informan este quehacer desde la perspectiva u horizonte que les da sentido.

Desde esa mirada en "cinemascope" del quehacer profesional de la medicina, los fenómenos clínicos no aparecen como meros hechos singulares y simples, sino que invitan a ser leídos más allá de la proximidad de sí mismos, precisamente porque acaecen en el ser humano.

Una faringoamigdalitis no es una simple invasión de la orofaringe por una cepa de estreptococos, sino un proceso morboso que aporta malestar a un ser humano en su totalidad, debilitando su estado físico, manifestándose en síntomas que cercenan el ordinario bienestar, quebrantan el ánimo, , indisponen para realizar la vida cotidiana dentro de la "normalidad", dificultando el desempeño del trabajo y la forma de ejecutar de manera responsable las tareas que nos comprometimos a llevar a cabo en el periodo en que nos acaece tal "banal" o "trivial" infección faríngea.

Por eso, también en deontología médica, poner la mirada en el horizonte, en la lejanía, en el entorno humano en que sucede un hecho morboso significa ganar en amplitud de perspectivas, alejarse de una mirada achicada del signo y del síntoma, para convertirlos en tema humano, en fenómenos que afectan a un ser humano, al conjunto del ser personal, a su realización cotidiana, a su proyecto de vida.

Lo dado como pequeño (fiebre, vómitos, malestar, cefalea, diarrea, dolor, ...) remite a un plus más extenso que el simple dato biológico; la enfermedad es siempre acontecimiento que afecta a un ser personal, a sus proyectos y realización.

De ahí lo importante que devienen ser los "Principios Generales" en un Código de Deontología. Ellos son como los prismáticos que nos ponemos delante de los ojos los clínicos para facilitar la mirada en "cinemascope", en amplitud, en contexto hermenéutico, de los pequeños sucesos morbosos que van aconteciendo en la vida de los seres humanos que se nos encomiendan como pacientes o clientes.

Ese catalejo que nos permite percibir el horizonte clínico con más nitidez, no es ni el microscopio óptico, ni el ultramicroscopio; ni la TAC; tampoco la RNM o el PET, ..., sino la dimensión ética del acto médico y los principios deontológicos que pedagógicamente quieren fijar los elementos que desde esa perspectiva les incumbe.

Es lo que intenta ser el artículo nº 5 del CDM-2011.

Todo "acto médico", que el mismo CDM define con profusión en el art. 7.1, debe realizarse en el horizonte cuyo punto de mira intenta fijar el artículo que estudiamos:

1-Es consustancial a la profesión médica estar al servicio del ser humano y de la sociedad

¿Y cómo conocemos que nuestras actuaciones profesionales están al servicio del individuo y de la comunidad?

- Cuando respetan la vida humana
- Cuando respetan la dignidad de la persona
- Cuando el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad se nos impone (desde dentro, autónomamente) como tarea primordial.

2- Desde nuestro rol de médicos hemos hecho profesión de atender a cualquier ser humano, sin discriminación alguna.

3- Confirmamos el círculo hermenéutico (coherencia) cuando nuestra lealtad principal está dirigida al paciente y la salud de éste y no al servicio de otras servidumbres o conveniencias.

4- No es cuestión administrativa, ni legal, sino imperativo de deber moral, el atender a los pacientes diligentemente, sin demoras, con competencia y prudencia.

Hoy es muy importante poner nuestra mirada de profesionales en estos principios, escrutarlos a fondo y hacernos conscientes de su significado y el peso o influencia que ejercen en "mis motivaciones", porque los tiempos ya no están por lecturas uniformes u homogéneas, y es preciso tener, cada quien, clarifi-

cados y asumidos, los valores profesionales que le realizan como ser humano, para facilitar los discernimientos, manejar los conflictos éticos y tomar decisiones de modo adecuado, concluyendo en una puesta en marcha de cursos de acción (órdenes médicas) coherentes con las posibilidades técnicas y con los valores éticos de los que cada ser humano es portador o promotor.

¿Qué es la vida humana? ¿Cómo la respeto? ¿Cuál es mi compromiso profesional con la sociedad? ¿Qué pongo en marcha para respetar la dignidad de las personas que se me acercan como pacientes? ¿Cómo me implico en los cuidados? ¿Al servicio de que concepción de la salud trabajo? Etc. etc.

Está claro que la vida humana es un trecho que recorre cada ser humano, hombre o mujer, entre un inicio y un final. En ese trecho, las vidas humana, aunque les concedamos a todas ellas una misma dignidad, no en todos los supuestos acontecen con igual calidad. ¿Cómo me enfrento desde mi identidad profesional a esta variabilidad? ¿Cómo respeto la vida del ser humano en la salud y la enfermedad?

En Bioética Médica, desde el Informe Belmont (1978) hemos descubierto que en el mundo sanitario y de la investigación en humanos, vamos a respetar la dignidad de las personas sí, a su vez, respetamos los llamados cuatro principios de la

bioética: beneficencia, autonomía, no-maleficencia y justicia.

Esta evidencia puesta de manifiesto por la Comisión Nacional norteamericana, la podemos narrar con otras palabras: no se obra, en el actuar clínico, conforme a la deontología, si no respetamos la vida humana, la dignidad de la persona, y no ponemos el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad en el centro de nuestros deberes primordiales como médicos.

Este triplete axiológico, no hace sistema, pero es el horizonte en el que debemos desempeñar nuestra excelencia profesional.

Como escribía Gonzalo Herranz, con este horizonte deontológico “el médico renuncia a ser un dominador de sus semejantes y se establece entre ellos como un servidor”... “sin que ello degenera en servilismo, en sumisión ciega a las órdenes de otros, sean titulares del poder político, burócratas de la administración sanitaria, gentes adineradas, o pacientes que piensan que el médico es un técnico cualificado que ejecuta los encargos que se le ordenan”.

Y estoy convencido de que esa es la invitación que nos quiere hacer evidente este artículo número cinco del Código de Deontología Médica.



ACLARACIONES NORMATIVA SOBRE LA JUBILACIÓN

El pasado 17 de junio del 2011, tuvo lugar la asamblea de representantes de médicos de hospitales, y en ella el vocal nacional Dr. Javier Font, aclaró diversos puntos que habían quedado

dudosos referentes al la normativa sobre la jubilación. A modo resumen transcribimos los que consideramos mas **importantes**:

- ↪ El tiempo de excedencia por cuidado de hijos menores si se considera como cotización a efectos de pensión de jubilación.
- ↪ El hecho de que se pase de utilizar las cotizaciones de los últimos 15 años a 25 años como se pretende para el cálculo de la pensión producirá una pérdida del 10% del importe de la pensión.
- ↪ Estos cambios tiene una especial importancia para los nacidos entre 1948 y 1957 que cumplen 65 años entre 2013 y 2022, fechas donde se incrementan los años de cómputo para calcular la pensión (de 15 a 25 años). Si a los 65 años se tiene 38'5 años cotizados, puede resultar más favorable no continuar trabajando para no aumentar el periodo de cómputo y entonces rebajar la base reguladora.
- ↪ El vocal de Cáceres (Dr. Eduardo Benítez) comenta que los

facultativos con contratos de guardias deben realizar un mínimo de 8 guardias/mes para que se les compute como un mes cotizado.

↪ Con referencia a la libranza de guardias el vocal ce Ciudad Real (Dr. Alfonso Noblezas) informa que la jurisprudencia dice que debe ser el día después de la misma y en ocasiones no se hace incluso por deseo expreso del facultativo.

↪ El vocal de Valencia (Dr. Vicente Monzó) comenta el problema que esta solicitud de descanso compensatorio diferido por parte del Facultativo puede implicar la no cobertura del seguro de responsabilidad civil en caso de demanda.

↪ El grupo de baremos comenta el hecho de que en la oposiciones en Andalucía se reservaron plazas de facultativos para disminuidos psíquicos

↪ Reivindicaciones: SINDICAL. Es que se tenga en cuenta el número de horas trabajadas por las que se pagan impuestos pero que no se computan para la jubilación (no parece justo que una semana de trabajo sea una semana de cotización, aunque se haya tenido 3 guardias y se haya trabajado el doble de horas de un trabajador normal) y se aplique un Coeficiente corrector por ESPECIAL PENOSIDAD.

A Asamblea de Medicina Privada

X. Manuel Suárez
Vogal de Medicina Privada



A última asamblea da Medicina Privada por conta propia e allea supuxo a oportunidade de poñer en común informacións de moito interese pra nosa actividade como médicos privados. O tema que máis tempo ocupou foi o das compañías de seguros e a nosa relación con elas. Apreciamos que todas elas tiveron unha conta de resultados positiva no ano pasado, pero, en abraiante contraste, nós os médicos levamos anos ou décadas sen que se actualicen os baremos por consulta.

Ademais, tódolos representantes compartiron situacións de presión inadecuada por parte das compañías, dende a expulsión de compañeiros por parte dalgunha compañía, até a redución da remuneración por vías tan diversas como maxinativas, como por exemplo inculir algunhas exploracións complementarias dentro do concepto de consulta única. A Ademininración pública é conscente desta situación, pero non decidiu intervir.

Ao mesmo tempo, espuxéronse exemplos de cómo enfrentar esta situación sin dala por inevitable, como o caso dun compañeiro expulsado por Asisa, que levou o tema aos tribunais, con bos resultados.

En todo o debate púxose de relevo a utilidade de unificar iniciativas, e dentro destas destacouuse o papel dos Colexios de Médicos, e tamén o das Asociacións de Médicos Empresarios.

Froito de todos esto foi a elaboración dun manifesto, pra dirixilo ás mutuas, á adeministración pública e á prensa, e considerar a posibilidade de apelar ao Tribunal da Competencia e ás institucións sanitarias europeas. Axuntamos o contido deste manifesto.

DOCUMENTO APROBADO EN LA ASAMBLEA CONJUNTA DE VOCALÍAS DE MEDICINA PRIVADA Y COLECTIVA

Ante la situación de indefensión profesional y laboral en que se encuentran los profesionales de la medicina privada de España que trabajan con las diferentes compañías de seguro médico, y en particular con las concertadas por las mutualidades, las vocalías nacionales de medicina privada, en la asamblea conjunta han aprobado por unanimidad el siguiente comunicado:

1.- La relación de poder que ejercen las compañías sobre el prestador de servicios sanitarios, del cual ellas se sirven y aprovechan y sin el cual no podrían ejercer su función ni tendrían razón de ser, ha llegado al límite de lo tolerable. Aludiendo a la crisis, -que ellas no padecen, a la vista están sus cuentas de resultados-, despiden de los cuadros médicos a su antojo -como ya han venido denunciando los colegios profesionales de forma reiterada-, rebajan la dotación económica de los actos médicos, los asimilan entre sí para abaratarlos, y detraen a su albedrío cuantías económicas sustanciales de las nóminas de los prestadores de servicios sin justificación alguna.

2.- La inexistencia de un contrato de servicios, mínima exigencia en toda relación comercial, hace que el prestador final de los servicios sanitarios: profesional o entidad, se vea en una total indefensión tanto civil como profesional, por parte de los tribunales de justicia.

3.- La política llevada a cabo por las Entidades Aseguradoras es a todas luces, consensuada entre ellas, visto el hecho que tras una las otras adoptan la misma estrategia para "ahogar" cada vez más la labor que desempeñan de forma, ya casi altruista, muchos profesionales de la medicina privada.

Esas políticas rozan la ilegalidad, obligando al profesional a trabajar con pérdidas, utilizando mayoristas de prestadores de servicios, o transfiriendo el riesgo con presupuestos cerrados, como en el caso de análisis clínicos, llegando al límite de lo permitido por la ley antimonopolio.

4.- Los poderes públicos que se sirven de esas Entidades Aseguradoras para concertar sus servicios, no sólo están ajenos a esta dura y triste realidad, sino que desoyen reiteradamente las llamadas que desde las vocalías de medicina privada y otras entidades prestadoras de servicios sanitarios les vienen haciendo.

5.- Consideramos que está en grave riesgo la supervivencia del sector sanitario privado español, que goza de gran prestigio dada su excelente calidad, y que genera gran riqueza y puestos de trabajo en España. Dada la campaña de competencia establecida por las Entidades Aseguradoras para captar clientes, los precios de las pólizas son en verdad ridículos, compitiendo deslealmente entre ellas, para obtener muchos clientes, que por poco dinero disfrutan de dichas pólizas, dejando de ser clientes-pacientes privados de nuestras clínicas. Todo ello condiciona un mal pago y valoración ridícula de los actos médicos, que no se actualizan año tras año ni siquiera el IPC, con la progresiva pérdida de poder adquisitivo para el profesional.

Esta situación está desembocando en la falta de relevo generacional, al no querer incorporarse los médicos jóvenes, cuyo principal objetivo es ejercer en la sanidad pública.

LA JUBILACIÓN FORZOSA DEL PERSONAL ESTATUTARIO

Opinión de J. Nivardo Cid López
Asesoría Legal del ICOMOU



La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, dispone en su artículo 26.2 que “la jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de 65 años”. Es decir, por norma estatal, la jubilación forzosa del personal estatutario se produce al cumplir la edad de 65 años.

Es posible prorrogar la jubilación de conformidad con artículo 26.3 del Estatuto Marco pues señala que procederá la prórroga en el servicio activo, a instancia del interesado, cuando, en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa (esto es, al cumplir el interesado los 65 años de edad), le resten seis años o menos de cotización para causar derecho a la pensión de jubilación. Debido a lo anterior, si al cumplimiento de la edad de jubilación restan seis años o menos de cotización para lucrar la prestación de jubilación, tendrá lugar la prórroga en el servicio activo, prórroga que no podrá prolongarse más allá del día en el que el interesado complete el tiempo de cotización necesario para causar pensión de jubilación, sea cual sea el importe de la misma. No obstante esta posibilidad queda supeditada a la acreditación de que el solicitante de la prórroga reúne la capacidad funcional necesaria (certificado del servicio de salud laboral) para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.

Otra posibilidad es la contemplada en el art. 26.2 del Estatuto Marco y es la solicitud voluntaria de permanencia en el servicio activo hasta cumplir los 70 años de edad, “siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento. Esta prolongación deberá ser autorizada por el servicio de salud correspondiente, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos”. Para esto el interesado deberá acreditar que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento. Pero no basta con que el interesado acredite que reúne la capacidad funcional necesaria, toda vez que esta prolongación deberá ser autorizada expresamente por el servicio de salud correspondiente, “en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos” (ex art. 26.2 in fine del Estatuto Marco). Por tanto, para que el interesado pueda solicitar prolongar su permanencia en el servicio activo (hasta, como máximo, los 70 años de edad), no sólo debe acreditar que reúne la capacidad funcional necesaria para el desempeño de su profesión, sino que dicha prolongación debe ser autorizada por el servicio de salud correspondiente (en nuestro caso por el Sergas). El hecho de que la prórroga deba ser autorizada por el servicio de salud no significa (aunque muchas veces en la práctica sea así) que nos encontremos ante una decisión discrecional de la Administración, sino que tiene que ser evidentemente motivada y basarse o fundamentarse en las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.

A este respecto es muy clarificadora la sentencia de Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Baleares de 23 de mayo de 2007 en que se estima la reclamación formulada por un interino estatutario que había solicitado la prórroga hasta los 70 años de edad y el Servicio Balear de Salud se la denegó argumentando que “las necesidades de la organización” no requieren “prolongar su actividad más allá de dicha edad”. El Tribunal estima la reclamación del solicitante porque la administración no motivó debidamente su denegación, ni explicó las razones que conducen a la existencia de esas necesidades y porque la plaza que ostentaba el recurrente fue cubierta por un interino y no por un titular. Por todas estas razones la Sala de lo Contencioso Administrativo declaró el derecho del recurrente a la prolongación de la situación de servicio activo hasta el cumplimiento de la edad de 70 años. De esto se concluye que la denegación de la prolongación en el servicio tiene que ser debidamente motivada sin que para ello sea suficiente una mera alusión a las necesidades de la organización de recursos humanos.

Con respecto a lo dispuesto en la Ley 1/2012 de 29 de febrero de la Comunidad Autónoma de Galicia sobre la jubilación forzosa de los funcionarios a los 65 años se puede decir que en lo fundamental es coincidente con lo dispuesto en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud que, por otra parte, al ser legislación básica estatal, no puede ser contravenido por una disposición de carácter autonómico. No obstante lo anterior debe entenderse que la Ley del Estatuto Marco habla de una sola prolongación en el servicio activo hasta cumplir los 70 años una vez acreditada la capacidad funcional que “deberá ser autorizada por el servicio de salud correspondiente, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos”. No se dice nada en el Estatuto Marco con respecto a que la autorización de prolongación deba tener solamente una vigencia anual como dispone la Ley autonómica al señalar que “se concederá, de ser el caso, por períodos de un año renovables anualmente por solicitud de la persona interesada presentada con un plazo de antelación mínima de tres meses...”, esto supone una limitación temporal con respecto a lo dispuesto en el Estatuto. Considero que aquellas autorizaciones de prolongación en el servicio activo hasta los 70 años ya concedidas con arreglo a lo dispuesto en el Estatuto Marco no pueden ser modificadas o anuladas por una disposición de carácter autonómico.

Debe considerarse igualmente vigente lo dispuesto en el citado art. 26.3 del Estatuto Marco con respecto a la prolongación en el servicio activo por causa de cotización para causar derecho a prestación de jubilación aunque nada se diga sobre ello en la disposición autonómica.

En cuanto a lo señalado en el apartado dos de la Disposición Transitoria única de la Ley 1/2012, sobre la necesidad de que aquel personal que tuviese cumplidos los 65 años a la entrada en vigor de la Ley y que estuviera en situación de activo, (se supone que debido a que ya fue autorizado en su día con arreglo al Estatuto Marco), deba actualizar su situación y solicitar nueva autorización anual con arreglo a lo dispuesto en esta Ley en los plazos indicados, entiendo que, como ya expuse, la Ley autonómica no debería exigir nueva autorización de prórroga en el servicio activo a aquel personal que ya la tiene concedida con arreglo a lo señalado en el art. 26,2 del Estatuto Marco hasta cumplir los 70 años de edad.

Manifiesto elaborado en la asamblea de la vocalía de médicos nacional en formación y/o postgrado



Reunidos representantes de los médicos internos residentes (MIR) de España provenientes de colegios de médicos, sindicatos, sociedades científicas y otras asociaciones, y convocados por la Vocalía de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial en Madrid, afirmamos que:

1. La formación médica especializada es un bien público y más cuando para llevarla a cabo se emplean principalmente recursos públicos. Por ello, debe rendir cuentas a la sociedad y debe tener entre sus objetivos la mejora continua de la misma.

2. Los médicos internos residentes (MIR) alcanzan esta formación tras mucho esfuerzo personal y familiar, entregando al menos seis años al estudio de una carrera que esperan satisfaga su espíritu humano y científico, para luego dedicar, tras una prueba selectiva, otros cuatro o cinco años de especialización al servicio de la sociedad que les requiere.

3. Dependiendo de los hospitales y las unidades docentes, los MIR pueden llegar a representar el 30% de las plantillas médicas (sumando estatutarios, interinos y eventuales) y son los médicos que atienden mayoritariamente a los enfermos en horas de guardia (tardes, noches, fines de semana y festivos) tanto en las puertas de las áreas de Urgencias como en las plantas de pacientes ingresados.

4. La formación del MIR se basa, según queda recogido en el RD 183/2008, en el autoaprendizaje tutelado y siempre supervisado por parte de un facultativo especialista. Además, desde el RD 1146/2006 en el que se establece una relación laboral especial de los especialistas en formación, los MIR cuentan con un marco legal que ampara su régimen laboral y formativo.. En el artículo 5.2 de este último RD se dice "La jornada laboral asegurará el cumplimiento de los programas formativos (...) se procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación".

5. Atendiendo al Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y según queda descrito en su disposición

transitoria primera, "La limitación del tiempo de trabajo establecido en el artículo 48.2 de esta ley se aplicará al personal sanitario en formación como especialistas mediante residencia, tanto de los centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, de acuerdo con las siguientes normas, (...) c) A partir del 1 de agosto de 2008 será aplicable a este personal la limitación general de 48 horas semanales".

6. Los MIR entendemos que vivimos una época difícil debido a la crisis económica tan profunda en la que nos encontramos y que debemos colaborar en revertirla, pero no a costa ni de la calidad asistencial ni de la dignidad de los profesionales que la ejercen.

7. Las medidas de ajuste económico anunciadas por algunos y llevadas a cabo por otras Comunidades no hacen más que dañar la salud y ponen en riesgo la vida de los pacientes del presente e hipotecan a los del futuro ya que no cuentan con que la formación médica especializada requiere de un volumen asistencial (que con el cierre de plantas y quirófanos se ve reducido) y una supervisión (que con la no renovación de eventuales y el despido de interinos no se podría llevar a cabo) sin las cuales el MIR no adquiere las competencias necesarias para ejercer la especialidad para la que se está formando.

8. La situación laboral de los médicos se ha venido transformando hasta convertir el contrato eventual en la forma más frecuente de contratación y situar el salario un 40% por debajo de la media europea, con un retribución horaria que en muchos casos no supera los 6€. Cualquier reducción en el salario de los médicos supone en los MIR un deterioro aún mayor que favorece la desmotivación y estimula la fuga de estos profesionales altamente cualificados y formados con un elevado coste. Cabe recordar que durante el último lustro se ha llevado a cabo una política de aumento de números clausus y del número de facultades de medicina que hoy, como ayer, parecen totalmente fuera de lugar. El empleo precario e inestable al que se ven abocados los médicos que finalizan el periodo de residencia es ya un problema que con medidas como las que se vienen anunciando y tomando, no garantizan la adecuada asistencia sanitaria.

9. Toda medida a adoptar que no cuente con la implicación de los profesionales sanitarios no podrá ser bien entendida, ya que en la base de la salida de la crisis está la reforma del sistema sanitario en el que todos debemos participar. Por eso desde esta Vocalía de Médicos en Formación llamamos a la unidad y a la movilización del colectivo MIR para que defienda no solo la mejora del sistema sanitario del que nos sentimos orgullosos de formar parte, sino también la dignidad profesional y humana de todos los profesionales que con su esfuerzo y trabajo hacen que éste siga funcionando.

En Madrid a 21 de enero de 2012

Las Rozas Pisos a estrenar con parking incluido

UBICACIÓN

C. de Concha Laos,
Fase II, 1
Las Rozas

Haznos tu oferta¹

Tú propones
el precio

Línea de financiación
especial²



Características

- Pisos de 97 m² a 142 m², de 1 a 3 dormitorios con magníficas calidades.
- Plantas bajas con jardín. Pisos y áticos con amplias terrazas. Con 1 o 2 plazas de parking y trastero incluidos en el precio (consulta disponibilidad).
- Urbanización cerrada a 18 km de Madrid, con piscina, zona de juegos infantiles, club social, pistas de pádel, sauna y gimnasio.


Línea de financiación especial

- Financiación de hasta el 100%².
- Hasta 30 años².
- Hasta 5 años de carencia².



Ref. 73102254

 Servihabitat

Servicios Inmobiliarios de  "la Caixa"

Para más información:
www.servihabitat.com
o 902 15 01 02

Consultar precios y disponibilidad en el 902 15 01 02 o en www.servihabitat.com

1. Condiciones de la promoción "Tú propones el precio" válidas para inmuebles identificados en www.servihabitat.com con la etiqueta amarilla icono de campaña. Propuesta no vinculante y no acumulable a otros descuentos. Más información en www.servihabitat.com o en el 902 15 01 02. Oferta válida hasta el 31 de diciembre de 2012.

2. Condiciones de financiación para adquisición de viviendas propiedad de Servihabitat o de sociedades del Grupo "la Caixa" comercializadas por Servihabitat: Importe máximo hasta el 100% del menor importe entre el valor de tasación y el precio de adquisición. Plazo máximo 30 años, carencia máxima 5 años, comisión de apertura 0%, tipo de interés nominal del primer año a partir del 3,25% y para el resto de años desde EURIBOR a un año + 1,75% (*) con revisión anual; TAE de esta operación a 30 años del 3,29%. EURIBOR a un año publicado en el BOE número 265 de 3/11/2011 del 2,110%. Las condiciones de financiación descritas son condiciones preferentes. "la Caixa" se reserva el derecho a denegar la concesión de la operación o a aprobarla en las condiciones que tenga por convenientes, previo análisis de la solvencia y la capacidad de devolución del solicitante y en función de los criterios de riesgo de la entidad. (*) Infórmate en tu oficina sobre cómo mejorar estas condiciones y conseguir un diferencial de hasta el 0,75.

Presentación de la Guía de Sedación Paliativa COM de Ourense

Guía de sedación paliativa en:

<http://www.cmourense.org/gfx/Descargas/Publicaciones/Guiasedacionpaliativa.pdf>



M. Carmen Hernández Sánchez
Presidenta del Comité de
Ética Asistencial del CHOO

Los profesionales médicos buscamos curar enfermedades y con frecuencia olvidamos, que si eso no es posible, debemos centrarnos en aliviar el sufrimiento. Esa también es parte de nuestra tarea. Muchas veces el primer conflicto que se nos plantea es reconocer que estamos ante una persona enferma que está acabando su

recorrido. Asumimos que los avances de la medicina debemos aplicarlos a todos y cada uno de los pacientes, argumentando que todos tenemos derecho a beneficiarnos del progreso. Tratamos de prolongar y alargar la vida, cuando lo que deberíamos hacer es cuidar y atender, sabiendo que eso es también parte de nuestro cometido. Por supuesto esto no es sólo un problema del médico y del personal sanitario, también lo es de la sociedad, que demanda todo aquello que nos hemos encargado de difundir como progreso médico.

El buen juicio clínico es imprescindible para diagnosticar adecuadamente la terminalidad; no cumplir correctamente con esa premisa puede llevarnos a tomar decisiones del todo incorrectas desde el punto de vista técnico y ético. Igualmente, si no diagnosticamos una situación terminal en un paciente, podemos estar prolongando innecesariamente un sufrimiento, obstinándonos en salvar lo insalvable y en curar lo incurable. En este contexto de terminalidad, se entiende que el alivio del sufrimiento y de los síntomas refractarios, que no podemos controlar con los medios habituales y a nuestro alcance, es una obligación moral y ética de los profesionales sanitarios y ahí radica el fundamento de la sedación paliativa en la agonía.

La OMC, consciente de la dificultad que algunos profesionales tienen en aceptar la sedación como una medida éticamente correcta, ha publicado la Guía de Sedación Paliativa, junto con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) para dar a conocer el fundamento y los aspectos más importantes de este procedimiento médico. Dicho documento se estructura de forma que, tras la introducción, en una primera parte se definen los términos que se utilizan y los conceptos que hay que manejar en el contexto del final de la vida, para luego pasar a comentar las indicaciones y describir el procedimiento, fármacos y dosis que se deben prescribir a tal fin. Un concepto que es importante diferenciar, y así lo hace la guía, es el de eutanasia. Diferenciar entre sedación en la agonía y eutanasia es fundamental, para que no haya equívocos, puesto que son dos medidas moral y legalmente diferentes.

La sedación en la agonía trata de administrar fármacos que logren el alivio, inalcanzable por otros medios, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la reducción suficientemente profunda, y previsiblemente irreversible, del nivel de conciencia, de un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, para lo cual ha dado su consentimiento implícito, explícito o delegado. La muerte no es el efecto buscado, ésta sobrevendrá por la propia enfermedad o sus complicaciones. La sedación pretende controlar un síntoma refractario, aunque ello suponga reducir el nivel de conciencia, que será el efecto indeseado.

La eutanasia, sin embargo, es el procedimiento por el que un profesional, que tiene relación clínica con el paciente, capaz, busca deliberadamente producir su muerte, a petición reiterada y expresa de éste, por tener una vivencia de sufrimiento inaceptable que no se ha conseguido mitigar, en el contexto de una enfermedad irreversible y terminal. La eutanasia busca producir la muerte con dosis letales de fármacos y es una medida ilegal en nuestro país, como lo es también el suicidio asistido, en el cual, el profesional colabora para que sea el propio paciente quien acabe con su vida.

La sedación se sitúa en el marco de la buena praxis médica, legalmente admitida y en el respeto a la autonomía del paciente. Para que sea éticamente correcta y legalmente lícita debe garantizar que: a) exista uno o más síntomas refractarios, b) el objetivo será aliviar el sufrimiento, c) la administración de fármacos debe ser proporcionada al control de síntomas d) debe existir consentimiento informado (que no tiene que ser necesariamente escrito) e) se habrá compartido la decisión con el equipo sanitario y f) se haya dejado constancia en la historia clínica. Este último punto es de suma importancia, dado que en ausencia de Documento de Instrucciones Previas, es en la historia clínica donde debe quedar reflejado el consentimiento recibido por parte del paciente o de sus representantes, el síntoma refractario que motivó el procedimiento, así como el fármaco, dosis utilizadas y la evolución, con los cambios que se realizan. La sedación nunca será un recurso para limitar el esfuerzo del médico ni para aliviar la carga emocional o laboral de los familiares o cuidadores.

Un aspecto que se debe contemplar junto a la sedación paliativa es la retirada de determinadas medidas terapéuticas establecidas previamente, que puede ir desde suprimir antibióticos hasta retirar una sonda nasogástrica. Limitar el esfuerzo diagnóstico y terapéutico es también éticamente exigible en las circunstancias de que estamos hablando.

Otra cuestión importante, y motivo de debate, es la hidratación del paciente que va a ser sedado. Las implicaciones culturales que tiene la hidratación hacen que se deba individualizar la decisión, si bien se establecen unas reglas generales: si el paciente no se encuentra en situación agónica, debe garantizarse la hidratación vía parenteral, sea intravenosa o subcutánea; si el paciente se encuentra en situación agónica o preagónica, la decisión será opcional, aunque se debe suministrar aporte hídrico para controlar síntomas como sequedad de boca o labios.

El proceso de atención a las personas que se encuentran al final de la vida es complejo y lleno de matices que dificultan la toma de decisiones. Tenemos la obligación de prepararnos desde el punto de vista técnico, y aprender desde la ética, a afrontar los problemas, para tomar las decisiones más prudentes que respeten la dignidad de nuestros pacientes.

Acompañar, consolar, escuchar son tareas no delegables, son actos médicos de gran importancia para la calidad de la asistencia sobre todo en los momentos finales de la vida.

La incompetencia ante el sufrimiento final, ya sea porque no se aplican los tratamientos adecuados o se hace con dosis excesivas o insuficientes, y "evitar" al paciente por la incomodidad psicológica que nos produce, son situaciones inadmisibles desde el punto de vista de la ética profesional.

Artículo sobre la charla del 24 de enero del 2012 del "Curso Controversias en Medicina".

LOS 7 ERRORES

Por Iris



cuartiersis

CRUCIGRAMA

Fernando Elexpuru

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

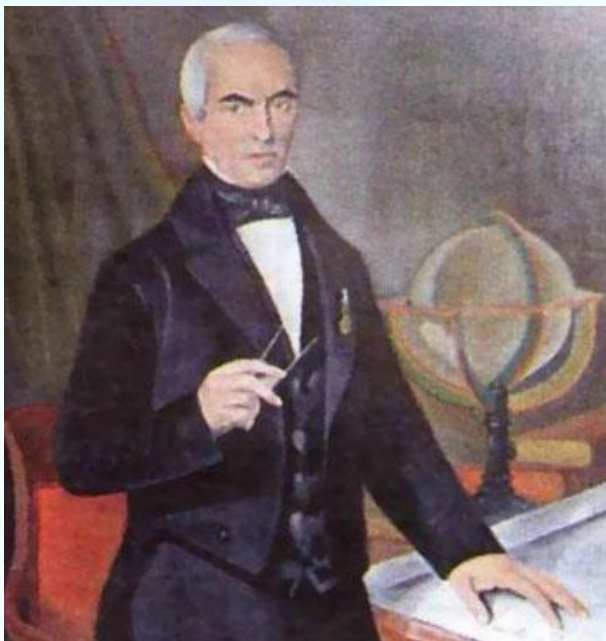
HORIZONTALES:

- 1.-Dolor en la pierna.
- 2.- Agente que produce secreción salival. (Plural).
- 3.- Electrodo negativo. Trinitotolueno o canal televisivo.
- 4.- Gusano parásito del hígado del ganado. Diptongo.
- 5.- Persona que crea una obra artística o técnica susceptible de ser reconocida como original (al revés). Famosa población ourensana por su carnaval.
- 6.- Vocal con punto. Municipio de A Coruña (al revés). Marca italiana de coches.
- 7.- Hombre desaliñado. Ojo de color azul claro
- 8.-Tebano. Percibís por el oído
- 9.- Terminación de aumentativo. Partícula cargada eléctricamente. La misma partícula pero al revés.
- 10.- Lugar plantado de rábanos. Nuestro señor.

VERTICALES:

- A.-Utensilio usado por los dentistas.
- B.- Prefijo médico que denota relación con la saliva o sus glándulas. Medida de fuerza.
- C.- Temblequear la cabeza en los ancianos. Boro
- D.-Oratoria.
- E.- En anatomía humana término que designa la parte inferior (al revés). Patriarca bíblico (al revés).
- F.- Tradicional disciplina físico mental originaria de la India (al revés). Herpes Zoster.
- G.-Artículo indeterminado. Primera letra del alfabeto griego. Cincuenta.
- H.- Transaminasa. Penacho de plumas de los cascos guerreros.
- I.- Iontoforesis.
- J.- Estado particular de la piel caracterizado por una acentuada insuficiencia o una absoluta privación de las secreciones grasosas que se producen normalmente en su superficie.

TERMALISMO VII (I parte). DOMINGO FONTÁN



Domingo Fontán Rodríguez nació en Porta do Conde (Portas) el 17 de abril de 1788 en el seno de una familia de campesinos de buena posición, lo que le permitió desplazarse a estudiar a Noia y Santiago.

En Noia, su tío cura lo educó en saberes muy diversos, conservó toda la vida el interés por el estudio de materias tan diferentes como la teología, las matemáticas, las leyes, la lengua francesa, la filosofía, la lengua castellana y todo lo referente a Galicia.

Su trayectoria intelectual es enorme y entre sus logros destaca:

- catedrático de Matemáticas y Física Experimental en la USC
- elaboración de la carta geométrica de Galicia.
- coautor del proyecto de la línea ferroviaria Santiago-Carril, primera de Galicia.
- diputado en Cortes por Pontevedra y Lugo.
- miembro de la academia de Historia y Sociedad de Geografía de París.

CATEDRÁTICO

Dentro del desarrollo técnico de la época, destaca de forma notable José Rodríguez González, "o matemático do Berbés" catedrático de matemáticas en Santiago desde 1797. Imparte clase en la universidad de Gottinga, hizo mediciones geodésicas para la armada británica, ensaya a triangular el meridiano entre Dunkerke e Barcelona, es convidado por el zar de Rusia para astrónomo y recibe encargos de levantar el mapa de la Península y fijar un nuevo sistema de pesas y medidas.

Se puede decir que la vida pública de Fontán es una continuidad plena de la de su maestro, ("o matemático do

Luis Rodríguez Míguez

Berbés"), comparte los mismos ideales y afanes. Calcó sus pasos profesionales: Ganó la plaza de catedrático de Matemáticas Elementales y en el curso 1816-1817, imparte como sustituto en el Real Colegio de Farmacia de San Carlos (Santiago) la asignatura de Matemáticas Sublimes y al año siguiente ocupa la cátedra de Rodríguez González, "Matemáticas Sublimes".

Fue víctima de represalias por su compromiso con las ideas liberales, al igual que su maestro, que tuvo serios problemas al regresar a España, pero fueron más graves los de Domingo Fontán, al ser separado de su cátedra por tres veces en su vida profesional.

EMPRESARIO

Empresario no menos activo en distintos momentos de su vida. Junto con su hermano heredó de su padre y de su tío, el cura de Noia, acciones en una papelería en Lousame. Ambos hermanos acabaron por hacerse con toda la propiedad de la empresa. En su casa de Compostela almacenaba toneladas de trapos viejos para hacer papel, en donde se elaboraba el papel oficial del Estado.

CARTA GEOMÉTRICA DE GALICIA

En el siglo XIX trazó un mapa cartográfico de Galicia con una precisión asombrosa. Desde 1817 hasta 1834 Fontán estuvo inmerso en el proceso de elaboración de una carta geométrica de Galicia.

Caminó durante 17 años por Galicia, aunque repasaría su trabajo durante más de veinte años, y se subió a cada uno de sus montes para elaborar la llamada "Carta Xeométrica de Galicia",

En 1834 Domingo Fontán publicaba la Carta Geométrica de Galicia, el primer mapa moderno de nuestro país, empleado por Otero Pedrayo como metáfora del despertar de su generación al galleguismo. La realización del mapa le llevó a Domingo Fontán veinte años de su vida y fue durante mucho tiempo una referencia fundamental para conocer la geografía gallega.

Para hacer el mapa, Domingo Fontán realizó una triangulación del país empleando las parroquias como puntos de referencia fijos, viajando a caballo y haciendo mediciones por todo el país. Fue poco a poco anotando la longitud y la latitud de los distintos lugares, uniéndolos sus anotaciones hasta dibujar la Carta.

A la hora de reproducirla tuvo que enviarla a París, donde se hicieron doce piedras litográficas, compradas por el Estado que finalmente fueron donadas al Instituto

Geográfico y Catastral en el año 1800.

El mapa original, el documento más importante de la toponimia gallega del siglo XIX y primer mapa realizado en España con métodos científicos y matemáticos, se creyó perdido durante la Guerra Civil. Sin embargo, los descendientes de su autor, lo guardaron celosamente, aunque no fue hasta la constitución de la fundación que lleva su nombre, en 2004, cuando se difundió este preciado legado.

Parece increíble que en el siglo XIX alguien pudiera alcanzar este nivel de precisión. Estamos a hablar de la primera mitad del siglo XIX, en una España completamente analfabeta e inmersa en guerras perdidas y parece imposible que Fontán hiciera esto. Con todos los adelantos del momento, que se hacen los mapas desde 700 kilómetros de altura, que Fontán lo hiciera subiéndose a todos los montes de Galicia para poder hacer la triangulación e ir trazando el mapa, parece increíble. Las cartas contienen una rica información histórica por sus 6.000 topónimos y entre 3.700 y 3.800 parroquias. El de Fontán, "el científico gallego más ilustres de estos 200 años", es un mapa "con el que se puede mover hoy en día perfectamente por Galicia".

OBSERVATORIO ASTRONÓMICO DE MADRID.

Entre las instituciones más visibilidad alcanzaría en el extranjero sea la del Observatorio astronómico de Madrid. El observatorio como tal se funda a finales del siglo XVIII y para él se construye en los terrenos del Buen retiro un singular edificio, del mismo arquitecto, Juan de Villanueva, que construye el que será el Museo del Prado. En febrero de 1835 es nombrado su director

OTRAS ACTIVIDADES

Además del trabajo universitario, de las mediciones geodésicas, fue secretario de la Diputación Provincial de Galicia en 1820 y cuando el Reino fue dividido en cuatro provincias pasó a ser secretario de la Diputación de La Coruña.

En 1826 fue encargado de la delimitación municipal y judicial de Galicia y tres años después el trazado de todas las carreteras estradas que estaban para abrir, Fontán no sólo retrató el territorio del país sino que fue el diseñador de sus comunicaciones.



Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goás": Adiós "Sanatorio"- Moreiras- Toén-Ourense.

Autor: David Simón Lorda (Psiquiatra. CHU de Ourense).

El lunes 16 de enero de 2012, el Hospital Psiquiátrico/Manicomio de Toén (Ourense) cerró de forma definitiva, trasladándose la actividad clínica al Hospital de Piñor, más cerca de la capital ourensana, en el Concello de Barbadás.

Este hospital abierto en 1959, dependiente del PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica) franquista fue siempre conocido/nombrado por los vecinos del Concello de Toén como "El Sanatorio". La Enciclopedia Gallega, al buscar la referencia de "Toén", para nada habla del Manicomio situado en sus terrenos, pese a ser durante años la industria o empresa más importante del Municipio. Sin embargo, en la misma Enciclopedia, el Sanatorio de Toén es considerado como un enclave de la parroquia de San Pedro de Moreiras, en el Ayuntamiento de Toén, y que tiene 156 vecinos, y dista 2,4 km. de la capital municipal.

Percorrendo os camiños, libros e imaxes de Toén...

Percorrendo os Camiños de Toén... Este es el título de un delicioso librito/folleto que D. Manuel Rego Nieto publicó en 1995, editado con la ayuda del Concello de Toén. Rego Nieto aporta en la contraportada de su libro un pequeño mapa del Concello en el que figura el enclave "Sanatorio", cerca del pueblo de Moreiras.

"Ó regreso, o viaxeiro atópase denantes de Moreiras, na cima da Conchada cuns edificios...; pertencen o Sanatorio mal chamado de Toén: Sanatorio "Cabaleiro Goás", que foi un médico sabio, e que nistes días, os seus descendentes acaban de donar a súa impor-

tante e selectísima biblioteca. A biblioteca do Dr. D. Manuel Cabaleiro Goás, extraordinario médico e belísima persoa.

Rubo cara ó Sanatorio xunto a unha plantación de acolitos (eucaliptos). Racha con outra de piñeiros. Eiquí na Conchada quixeron facer- e pra iso escomenzaron as obras dos pabellóns- un sanatorio pra enfermos de lepra. Unha leprosería, aló polo ano 1947, máis ou menos. Había grande preocupación na miña aldea de San Pedro de Moreiras. Recordo un daquels vrans, que ía eu coa miña tía Otilia ós Campos, perto da Conchada, pra facerlle compañía, namentres ela regaba as patacas.

Pro polo que fora, a orientación das autoridades sanitarias cambiou, e fixeron xa acondicionando pro seu uso, un Psiquiátrico, que cando esto escribo, ten como director ao Dr. Santiago Lamas Crego, que xa leva moitos anos exercendo niste centro, que conta con unha dúcea de médicos e cento vinte internos.

O lugar tamén é fermoso. Con moito espacia pra labor-terapia, pra campos de xogo. No sanatorio teñen posto de traballo moitos homes e mulleres de Moreiras, que ollan así un nivel de vida diño; o que axudan con traballos agrícolas pra o sostemento diario... O sanatorio foi inaugurado no ano 1959". (tomado de Rego, 1995: p.15-16).

Imágenes para la historia de la psiquiatría de Ourense: el Sanatorio de Toén

Ofrecemos varias imágenes de vistas aéreas de los edificios (unos en uso y otros abandonados/cerrados) y de la finca/campo fútbol/campo cultivo/prado/bosque... que componían el Hospital/Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense).



Visa aérea Hospital y finca del Sanatorio de Toén (aprox. año 2005). Al fondo se ve pueblo de Moreiras.



Mapa en la contraportada del libro "Percorrendo os Camiños de Toén", de M. Rego (1995)

LA BIBLIOTECA DE TOÉN

Los fondos de la biblioteca donados al centro en 1995 por la familia Cabaleiro, van a ser trasladados a la Ciudad de la Cultura de Galicia-Gaiás en Santiago. Es una decisión de la Xunta de Galicia y de la Consellería de Sanidade, pero apoyada por la familia Cabaleiro. Es una biblioteca de psiquiatría-psicología-neurociencia-sociología-lingüística-filosofía... de elevado nivel y valor científico e histórico. La calidad e importancia de esta biblioteca de Toén en conjunto (el fondo Cabaleiro y la propia del Hospital) ya había sido señalada no sólo por los profesionales sanitarios locales y gallegos sino también por investigadores de otros lares que pudieron conocerla y explorarla, véase el prestigioso antropólogo y psiquiatra Josep María Comelles. Desde sus retratos colgados en las paredes de la Biblioteca, Freud, Jaspers, Jung, Bleuler y otros clásicos de la psiquiatría estuvieron durante años vigilando los libros de esta Biblioteca y muy atentos a las muchas horas de disertaciones y discusiones clínicas de varias generaciones de psiquiatras, médicos residentes y de otros profesionales que allí se formaron o trabajaron. Complementando esta biblioteca de Toén, aún permanece en el antiguo piso-consulta de Cabaleiro Goás, otros tantos volúmenes de libros y revistas como los que en su día donó la familia al Hospital. Son mayoritariamente fondos sobre literatura, política, Galicia, medicina... Pensamos que es muy posible que tengan la Ciudad de la Cultura como destino final.

Goás y de todos los que allí trabajaron en sus años de funcionamiento, ofrecemos a los lectores del blog algunas fotos de los inicios de Toén. Son fotos que pensamos no han sido nunca publicadas, no bien datadas (años 1959-1963 aproximadamente), pertenecientes al archivo familiar del dr. Carlos Pino Delgado. El Dr. Carlos Pino Delgado fue médico residente en Toén y estuvo muy vinculado a los inicios del Hospital Psiquiátrico en los primeros tiempos:



Grupo en la puerta del Hospital: se puede ver a los doctores Manuel Cabaleiro (3º por la dcha), Pedro Téllez (1º por la derecha), Carlos Pino (4º por la izq), José Luis Gómez-Reino (2º por la izq), y las monjas del Hospital de Toén. Arch. familia Carlos Pino.

Complementamos estas fotos con otras (ya publicadas) que aportó en su día el psiquiatra vigués José Manuel García de la Villa, y que permiten situar parte de las fotos de C.Pino como las que parecerían corresponder al "Symposium sobre Tratamientos Neuropsiquiátricos actuales" celebrado en Ourense en junio de 1961. El Dr. García de la Villa trabajó en el Hospital de Toén entre 1970-1972 y posee un importante archivo fotográfico. Este psiquiatra rodó una película casera con tomavistas de la época (1970) a modo de documental gráfico sobre la actividad del Sanatorio de Toén. Es una joya que ya algunos han podido visualizar y que se ha utilizado en diferentes iniciativas que se han rodado para documentales que sobre Toén y Conxo, y que parece verán la luz a lo largo del 2012.

Terminamos este recorrido por imágenes e historias de Toén. En unos días el Hospital Psiquiátrico "Dr.Cabaleiro Goás" será ya parte de la historia de la psiquiatría y la medicina ourensana, y también de la comunidad vecinal de Moreiras y de Toén. Adiós "Sanatorio"-Moreiras-Toén-Ourense.



Symposium sobre Tratamientos Neuropsiquiátricos actuales, Ourense junio 1961. Arch. García de la Villa.



Biblioteca Hospital Toén. Sala Fondo Familia Cabaleiro.

FOTOS DE LOS INICIOS EN TOEN: 1959-1961

A modo de despedida del Hospital de Toén y del legado de Manuel Cabaleiro



Pasillo de la zona de la actual Administración y Biblioteca de Toén con busto de Manuel Cabaleiro Goás



Vista de los edificios del Hospital en el momento de su apertura en 1959.

RECORTES SANITARIOS

José Luis Carballo Pérez
Vicepresidente de AMEPOU



“Desde la debilidad se encuentran muchas dificultades para el entendimiento. Desde la firmeza muy pocas”

El derecho de daños sanitarios, y concretamente el ámbito de la actuación médica, alcanza en nuestros días una trascendencia decisiva, que comporta la protección primordial de la salud.

Actualmente, a la luz de las nuevas disposiciones surgidas recientemente y debido a la interpretación de los tribunales, resulta confuso conocer cuál es el nivel de diligencia exigido al médico y sobre qué criterios se determina la existencia de su responsabilidad. Así no es lo mismo el médico de un rural en el diagnóstico de una enfermedad que el exigido a un profesional de un hospital, que dispone de medios y técnicas necesarias para emitir un diagnóstico preciso.

Las políticas de recortes en la Sanidad Pública española están siendo aplicadas desde las CCAA que son las que tiene asumidas las competencias sanitarias y han sido llevadas a cabo con una intensidad variable. Es evidente que esta diversa aplicación está mediatizada por muchos factores que van desde el color político, los problemas presupuestarios y la cercanía electoral. Aunque parece obvio que estamos ante una primera fase de los recortes y que es probable que se produzca otra en marzo, después de las elecciones andaluzas, se presenten los presupuestos generales del estado, y que ello puede tener repercusiones importantes en cuanto a nuevas medidas.

En todas las CCAA se están produciendo una tendencia a disminuir las plantillas por varias vías como la disminución de las interinidades y los contratos eventuales. En Galicia: obligar las jubilaciones a los 65 años cubriendo solo el 10% de las vacantes, pérdida y/o disminución de algunos conceptos que van ligados a las retribuciones, como la carrera profesional paralizada,

tasa de renovación de TSI, reducción de los quirófanos de tarde y guardias, disminución del servicio de ambulancias, fomento de empresas privadas en centros sanitarios públicos, ...

Estos recortes se trasladan a una política restrictiva de personal produciendo un empeoramiento de las condiciones de trabajo y aumento de los horarios, así como disminuciones salariales y del número de profesionales sanitarios. Esto conlleva, inevitablemente, a medio plazo a un deterioro de las prestaciones aumentando la presión asistencial, favoreciendo una bajada de calidad en las actuaciones del sistema sanitario, aumentado por otro lado el gasto total, debido a que se incrementa el número de pruebas solicitadas, para que de alguna forma tengamos las espaldas cubiertas desde el punto de vista civil y penal, puesto que solo y cada uno de nosotros somos responsables de nuestras actuaciones con los medios a nuestro alcance, de tal modo que si no queremos tener ningún tipo de problema el número de actuaciones y de gastos se va a incrementar por 100, por que seguiremos, una vez más el protocolo exigido hasta las últimas consecuencias.

Un sistema sanitario como el nuestro, con uno de los menores gastos sanitarios y con una elevada participación del sector privado (cerca al 30%) apuesta por una política de recorte de gasto, de recursos y de privatizaciones es inconcebible.

Con todo ello es necesaria una respuesta social y profesional global y proporcional a la intensidad de la política de ajuste y restricciones en sanidad





4,5%*

de interés técnico anual garantizado



MutualMédica

De médico a médico

CON EL MUTUALISMO TODOS GANAMOS

Mutual Médica se ha consolidado como referente de los médicos en su previsión social. Ahora también en la de sus familiares y compañeros de profesión, por eso ofrecemos el SEGURO DE JUBILACIÓN COMPROMISO, para que todos se beneficien de pertenecer a la mutualidad de previsión social de los médicos. Disfrute ahora:

- Un 4,5% de interés técnico garantizado* el primer año y un 2,5% a partir del segundo año hasta su jubilación.
- Aumento del capital garantizado por la participación anual en beneficios a partir del segundo año.
- Posibilidad de cobrar en forma de capital o renta, creciente anualmente.

Y además con una desgravación fiscal de hasta el 100% en el IRPF

*Interés técnico garantizado el primer año, sin participación en beneficios y hasta agotar la emisión.

PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA OMC: "COMPROMISOS Y EXIGENCIAS DE LA PROFESIÓN ANTE LA CRISIS ECONÓMICA, DE VALORES Y DE GOBIERNO EN EL SNS".



José Luis Jiménez Martínez. Vicepresidente del ICOMOu durante la rueda de prensa

LOS MÉDICOS NOS REBELAMOS FRENTE A LOS RECORTES Y, AL TIEMPO, MANIFESTAMOS NUESTRA DISPONIBILIDAD PARA COLABORAR EN LAS NECESARIAS REFORMAS ESTRUCTURALES DEL SNS.

En coordinación con el resto de Colegios Médicos del Estado y de la Organización Médica Colegial que los agrupa, se convocó el martes 14 de Febrero en la sede del Colegio, a los medios de comunicación de Ourense para dar a conocer e informar sobre la posición de la representación oficial de la Profesión Médica con respecto a la Crisis Económica y las consecuencias de su gestión en el ámbito sanitario.

gobiernos autonómico y estatal están realizando en la toma de las necesarias medidas para asegurar la sostenibilidad y calidad del sistema sanitario público, es alta y ha conducido a la elaboración de un documento titulado "Compromisos y exigencias de la profesión ante la crisis económica". En él se muestra nuestra disponibilidad absoluta para colaborar en las reformas estructurales pendientes y nuestro rechazo a los "ajustes" apresurados e indiscriminados que no fortalecen sino que debilitan a la sanidad ourensana, gallega y española. Su presentación y la concreción local y autonómica de los problemas a los que alude, fue el objeto de esta convocatoria y rueda de prensa.

La preocupación de la profesión por el mal enfoque que los

- 1. El sistema de salud español es uno de los mejores del mundo y es valorado como esencial por los ciudadanos. Por ello ningún recorte sanitario es aceptable si no es precedido del máximo ajuste en otras partidas presupuestarias que financian ámbitos y estructuras de mucha menor eficiencia social. Y sin que antes se hayan apurado al máximo todas las fuentes impositivas de recaudación: lucha contra el fraude, progresividad fiscal...**
- 2. Los médicos españoles y ourensanos estamos comprometidos a participar en un proceso consensuado de debate (tanto a nivel estatal, como autonómico y provincial) que conduzca a implementar las reformas estructurales que los sistemas nacional y autonómico de salud necesitan para su sostenibilidad económica y el mantenimiento y mejora de su calidad.**
- 3. Para ello estamos dispuestos a colaborar y apoyar cambios en el modelo retributivo de los profesionales orientados a fomentar resultados en salud, en la identificación y resolución de las bolsas de ineficiencia en la asistencia sanitaria, en la mejor utilización de la tecnología, en el ahorro farmacéutico... Sobre todo si ese proceso se realiza en el contexto del gran Pacto Sanitario político y social que profesionales y ciudadanos llevamos demandando desde hace tiempo.**
- 4. La profesión médica no puede aceptar, sin embargo, recortes apresurados e indiscriminados que provoquen pérdidas de calidad en la asistencia, especialmente cuando sus efectos recaen en los estratos sociales más débiles, desfavorecidos e indefensos. Y está obligada a denunciar las deficiencias que detecte, en tanto en cuanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.**

5.

Por todo ello, rechazamos varias de las medidas recientemente planteadas por los gobiernos autonómico y central, que además inciden en un inaceptable e injusto deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales:

- La bajísima tasa de reposición (10%) de los médicos unida a la jubilación obligatoria a los 65 años supondrá una clara descapitalización en recursos humanos y una pérdida de calidad y eficiencia en la asistencia a los pacientes.

- La imposición de una disminución en el horario laboral de los interinos es un ataque injustificado a un colectivo imprescindible para el buen funcionamiento de los servicios médicos y que vuelve a mostrar la especial tendencia del actual gobierno de la Xunta a centrar sus “ajustes” en los más vulnerables y laboralmente menos protegidos.

6.

Manifestamos, asimismo, nuestra especial preocupación sobre las consecuencias de los recortes en dos colectivos médicos que representan el futuro del SNS: los médicos en formación MIR y los médicos dedicados a investigación.

- La penalización económica a las bajas (ITL) además de ser injusta e irresponsable, no es precisamente un estímulo para favorecer un buen clima laboral en el desempeño profesional.

- Los contratos basura -por días sueltos, incluso por horas- de los médicos jóvenes -sobre todo en Atención Primaria- son un despilfarro del conocimiento y la formación financiada durante años por los impuestos de los españoles. No es de recibo que el mínimo ahorro económico que se consigue con esta práctica, suponga un alto riesgo de fuga de profesionales a otros Estados europeos y la consiguiente descapitalización de nuestro sistema de salud. Una política, en suma, de corto recorrido, que además provoca ya de forma inmediata importantes deficiencias en las sustituciones en las consultas ordinarias de nuestros centros de salud.

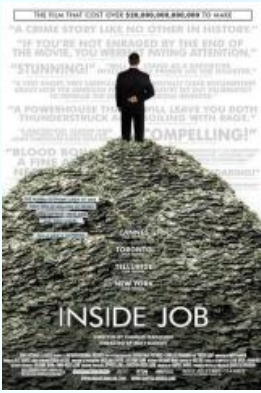
7.

Nos reafirmamos, finalmente, en la defensa sin reservas, más allá de los recortes que se nos impongan, de la calidad del Acto Médico, base fundamental de nuestro compromiso y de la responsabilidad profesional con nuestros pacientes y con la sociedad en su conjunto.

facebook

twitter

Síguenos en facebook y en twitter @ICOMOu



“Inside job” de Charles Fergusson.

Una extraordinaria lección de economía. Dos horas para entender el origen de la crisis económica que estamos viviendo aún, su desarrollo, sus consecuencias, sus autores y el terrible corolario lampedusiano: todo sigue igual, los culpables no han pagado por su avaricia y además nos siguen teniendo cojidos por los huevos. A Obama, también. Su gobierno, con algunos arreglos cosméticos, es en esencia el gobierno de Wall Street. Un recorrido exhaustivo de guante blanco, filmado por un director que ha sido del club de los tiburones y los conoce bien. Por eso los caza en entrevistas inteligentes y sutiles que acaban poniéndolos contra la pared y obligándolos a salir por teneras.



La película comienza en Islandia y describe en tres pinceladas como un país sin problemas, armónico, pequeño, en el que se había alcanzado un civilizado equilibrio entre bienestar, justicia social y sostenibilidad ecológica se va al tacho, de la noche a la mañana, por la avaricia de la industria financiera allí instalada. Un excelente ejemplo de laboratorio para entender, en pequeña escala, lo que ha ocurrido en el conjunto de la economía global fagocitada por los llamados mercados. A los que Fergusson pone nombre y apellidos: Goldman Sachs, Blackrook, políticos de los gobiernos de Reagan, Clinton y Bush reciclados en diversos cargos según llegaba la corriente, pero siempre en el puesto de mando efectivo. Al servicio del verdadero poder de hoy en día: el de las finanzas especulativas.

Con la escandalosa connivencia de los reguladores con los que debían ser regulados, con el sistemático bloqueo a las leyes molestas para la gran banca y las compañías de seguros, los hedge fund, las agencias de evaluación de riesgo... Dolorosa sorpresa es también descubrir el papel de comparsas interesadas de los economistas expertos en finanzas de las Universidades de EEUU (Harvard, Columbia...), cuyos informes ocultaron interesadamente la realidad por motivos espureos (Glenn Hubbard, John Campbell...).

Como muy bien titula Boyero en su crítica de la película: “la perpetua historia de la infamia” filmada en un documental excepcional. **Un 8.5.**

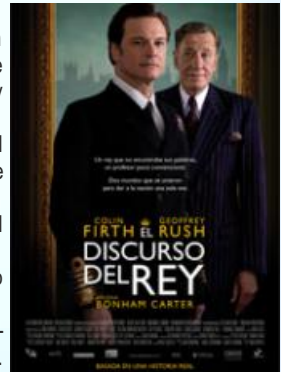
“El discurso del rey” de Tom Hooper. Una clásica producción británica. De excelente hechura y textura. Cuidada en todos los detalles, elegante, con buenos diálogos, ambientada en un periodo histórico apasionante y relativamente reciente. Quizás con excesiva grandilocuencia expresiva en algunos planos y secuencias pero, en general, sutil y delicada.

Desde luego, con excelentes actores y actrices en solventes e irreprochables interpretaciones. Sobre todo la del protagonista, Collin Firth, en un papel pensado para el Óscar. Todo un gentleman -nada menos que el Rey Jorge VI de Inglaterra- y además con una historia de superación de por medio. Irresistible para los académicos de Hollywood.

De nuevo una excelente banda sonora de Alexandre Desplat –el mismo que compuso las de “El escritor” de Polansky y “El curioso caso de Benjamin Button” de David Fincher, dos de las mejores películas de los últimos años-.

Pero desde mi punto de vista, apariencia de lujo para ocultar una abrumadora linealidad narrativa: “de cómo un tartamudo puede llegar a pronunciar correctamente un discurso radiofónico capital para un país en guerra”. Nada más.

Ninguna profundidad en ninguno de los personajes: el “espesor” psicológico del hilo dental. Una estructura deliberadamente endeble para facilitar el consumo de todo tipo de público y asegurar el éxito. Sin riesgos. Sólo un bello producto. Nada más. **Un 6.**



“Balada triste de trompeta” de Alex de la Iglesia. Una apuesta arriesgadísima. Un vómito. Todo lo que el director es y todo lo que ha visto desde su infancia en una trepidante mezcla de todos sus fantasmas, todos sus ángeles, sus miedos, sus obsesiones, sus películas amadas, sus referencias personales... Todo sin solución de continuidad: sueños, esperpentos, lirismo, desvarío, tragicomedia... “Golpe a golpe, verso a verso”, como cantó Machado, el poeta que tanto sabía de España.

Y es que la película también es España, la España eternamente rota: la de los dos payasos –cordial y asesino el uno; triste, valiente y enamorado el otro- que sufren y matan porque quieren a la misma. Pero entre los dos la matan porque no saben amar. Metáfora de España. De la España negra de Goya.

Miles de metáforas que reflejan todo lo que Alex de la Iglesia piensa, siente y quiere. Una película que es un desnudo integral rebozado en la intemperie del barro. Así, tan bajo o tan alto, ha decidido caer el director. Sólo por eso merece todo el reconocimiento. Al igual que el extraordinario Carlos Areces en la figura del payaso triste, la del Óscar que nunca le darán.

En suma, un desvarío furioso con Franco, ETA, Carrero Blanco, King Kong, El Lute, la República, Raphael, los tebeos, el circo y el Valle de los Caídos. Un viaje que no puede permitirse pausas para que el espectador no caiga en el vacío de la perplejidad. O en la simple búsqueda del hilo conductor, del discurso o el concepto que armonice el conjunto, que le de el

sentido que no está en ningún lado ni se le espera.

La película necesita demasiado la alucinación del ritmo vertiginoso para que nadie se pare a reflexionar o a valorar lo que está viendo. Es el problema de un ejercicio hecho para sí mismo que el director simplemente exhibe. Y su gran defecto, a mi modo de ver. En los inevitables resquicios de la acción -que suelen coincidir con las persecuciones entre personajes, demasiado prolongadas a mi juicio- aparece en el público la duda de si lo que está viendo es un esperpento sin sentido a mayor gloria o ridículo del director -marca director- o una obra madura. Pero es una duda que se marcha en el siguiente golpe o en el siguiente verso. Y sobre todo en el poso de los siguientes días o semanas, que es el tiempo donde creo que las buenas películas se la juegan de verdad. Valiente y libérrima. **Un 8.**



SI ME VES CANSADA

por Marisol Salazar Valenzuela

Si me ves cansada fuera del sendero,
ya casi sin fuerzas para hacer camino.

Si me ves sintiendo que la vida es dura,
porque ya no puedo, porque ya no sigo

ven a recordarme cómo es un
comienzo,
ven a desafiarme con tu desafío.

Muéveme en el alma, vuélveme al
impulso,
llévame a mí misma.

Yo sabré entonces encender mi lámpara
en el tiempo oscuro, entre el viento frío.

Volveré a ser fuego desde brasas
quietas,
que alumbre y reviva mi andar
peregrino.

Vuelve a susurrarme aquella consigna
del primer paso para un principio.

Muéstrame la garra que se necesita
para levantarse desde la caída.

Si me ves cansada fuera del sendero,
sin ver más espacios que el de los
abismos.

Trae a mi memoria que también hay
puentes,
que también hay alas que no hemos
visto,

Que vamos armados de fe y de bravura,
que seremos siempre lo que hemos
creído.

Que somos guerreros de la vida plena,
y todo nos guía hacia nuestro sitio.

Y que un primer paso, y que un nuevo
empeño,
nos lleva a la forma de no ser vencidos.

Que el árbol se dobla, se agita,
estremece,
deshoja y retoña, pero queda erguido.

Que el único trecho que da el adelante
es aquel que cubre nuestro pie
extendido.

Si me ves cansada fuera del sendero,
solitaria y triste, quebrada, herida.

Siéntate a mi lado, tómame las manos,
entra por mis ojos hasta mi escondrijo.

Y dime . . . ¡SE PUEDE!... e insiste,
¡SE PUEDE!,
Hasta que yo entienda que puedo lo
mismo.

Que tu voz despierte, desde tu certeza,
a la que de cansancio se quedó
dormida.

Y, tal vez, si quieres, préstame tus
brazos,
para incorporarme, nueva y decidida.

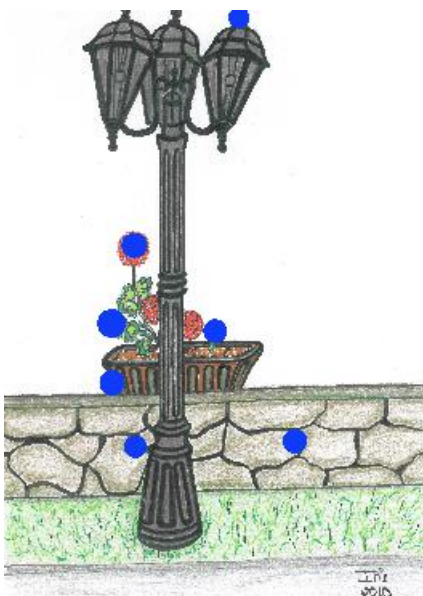
Que la unión es triunfo
cuando hombro con hombro vamos,
¡sí, se puede!, con el mismo brío.

Si me ves cansada fuera del sendero,
lleva mi mirada hacia tu camino.

Hazme ver las huellas, que allá están
marcadas,
de un paso tras otro por donde has
venido.

Y vendrá contigo una madrugada,
la voz insistente para un nuevo inicio.

Que abriré otro rumbo porque sí he
creído,
QUE SIEMPRE SE PUEDE...
¡se puede,....Amigos!



SOLUCIONES
PASATIEMPOS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	E	S	C	E	L	A	L	G	I	A
2	S	I	A	L	A	G	O	G	O	S
3	C	A	T	O	D	O		T	N	T
4	A	L	I	C	U	Y	A		I	E
5	R	O	T	U	A		L	A	Z	A
6	I		E	E	C		F	I	A	T
7	A	D	A	N		Z	A	R	C	O
8	D	I	R	C	E	O		O	I	S
9	O	N		I	O	N		N	O	I
10	R	A	B	A	N	A	L		N	S

EL DUELO

José Luis Pérez Cid

Hay un aforismo árabe que dice "corazón que no quiere sufrir dolores, pase la vida libre de amores", y es que sin afectos y emociones la vida no tiene sentido; es el duelo, la cara mas triste de la individualización de la sociedad, ya que no estamos entrenados, para asumir este hecho tan rutinario e inevitable. Vivimos de espaldas a la muerte y esta siempre que acontece, nos sume en un desconcierto. Y es que la pérdida y el duelo, siempre nos acompañaran a lo largo de nuestra vida.

Quizás por la pérdida de redes sociales, muchos de los recursos clásicos entre los que se encuentran, el apoyo de familiares, amigos y el apoyo religioso entre otros, la población en duelo demanda mayor apoyo sanitario.

En la reacción de duelo siempre se concatenan las mismas fases: Primero la negación; nos alejamos de la realidad, en un intento de mitigar el dramático acontecimiento, luego la añoranza, la ira, con reacción de desconcierto, y finalmente la depresión, con actitudes de apatía y silencio, respondiendo siempre, a un cambio en la forma en como el afectado percibe el mundo, en sus propias emociones y afectos, y en la manera de pensar. Al cabo de unos seis meses, estos sentimientos empiezan a descender y aumenta la aceptación.

Si el duelo no se elabora correctamente, pueden surgir síntomas patológicos, relacionados con la necesidad de permanecer unido al ausente, con sentimiento de sentirse culpable de la muerte, por no haber hecho, lo posible por evitarlo.

Sucedan pensamientos de muerte; el vivo debería haber desaparecido, junto al fallecido, o haber muerto en su lugar, ya nada tiene sentido; llegar a oír la voz del que ya no existe, y muchas veces con deterioro de algunas funciones orgánicas...

Es conveniente desahogarse, y derramar lágrimas, no es malo; se liberan hormonas del bienestar, se elimina adrenalina, oxitocina, noradrenalina y opiáceos endógenos, la catarsis, siempre, hay que hacerla con alguien que pueda entender y compartir el

dolor; "quedarse con el dolor a solas da miedo" decía Bécquer.

Con el llanto se consigue descargar tensiones, no olvidemos que el llanto se considera un acto de comunicación, que se transforma para expresar alivio de una tensión en este caso, impotencia en otro caso, y algunas veces, las que menos alegría.

El terapeuta, tiene que intentar modificar los procesos que llevan a la aceptación de la realidad. La expresión de los sentimientos de llanto y dolor son necesarios, por que permiten que se procese la perdida y se elabore el duelo. Y de esta manera se pone tierra por medio.

Cuando la persona muere, el recuerdo y las vinculaciones emocionales no desaparecen y debemos permitirnos expresar libremente las emociones dolorosas.

Los niños deben ser partícipes de estas situaciones y no ocultárselas, pues ellos son capaces como los adultos de elaborar los duelo.

Tenemos que aprender a superar las pérdidas, que tarde o temprano, nos llegarán a todos.

Como dice muy bien Kierkegaard **"aunque la vida solo puede ser entendida mirando hacia atrás, siempre tiene que ser vivida, mirando hacia delante"**.





NOTAS MÁS DESTACADAS DE LA NUEVA REFORMA DEL MERCADO LABORAL

- Los trabajadores con al menos un año de antigüedad en la empresa tienen derecho a un permiso retribuido de 20 horas anuales de formación vinculada al puesto de trabajo acumulables por un periodo de hasta tres años. La concreción del disfrute del permiso se fijará de mutuo acuerdo entre trabajador y empresario.

- En el Contrato para la formación y el aprendizaje se eleva la edad máxima para acceder a él. Hasta que la tasa de desempleo en nuestro país se sitúe por debajo del 15 por ciento podrán realizarse contratos para la formación y el aprendizaje con trabajadores menores de 30 años sin que sea de aplicación el límite máximo de edad establecido en el párrafo primero del artículo 11.2.a) del Estatuto de los Trabajadores.

-Reducciones de cuotas en los contratos para la formación y el aprendizaje.

- Las empresas que, a partir de la entrada en vigor de este real decreto-ley celebren contratos para la formación y el aprendizaje con trabajadores desempleados inscritos en la oficina de empleo con anterioridad al 1 de enero de 2012, tendrán derecho, durante toda la vigencia del contrato, incluida la prórroga, a una reducción de las cuotas empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes, así como las correspondientes a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo, fondo de garantía salarial y formación profesional, correspondientes a dichos contratos, del 100 por cien si el contrato se realiza por empresas cuya plantilla sea inferior a 250 personas, o del 75 por ciento, en el supuesto de que la empresa contratante tenga una plantilla igual o superior a esa cifra.

- Asimismo, en los contratos para la formación y el aprendizaje celebrados o prorrogados según lo dispuesto en el párrafo anterior, se reducirá el 100 por cien de las cuotas de los trabajadores a la Seguridad Social durante toda la vigencia del contrato, incluida la prórroga.

- Las empresas que transformen en contratos indefinidos los contratos para la formación y el aprendizaje, cualquiera que sea la fecha de su celebración, tendrán derecho a una reducción en la cuota empresarial a la Seguridad Social de 1.500 euros/año, durante tres años. En el caso de mujeres, dicha reducción será de 1.800 euros/año.

-Nuevo contrato indefinido de apoyo a los emprendedores.

-Nuevo contrato indefinido para PYMES y Autónomos de menos de 50 trabajadores, con las siguientes características:

Periodo de prueba de 1 año

Deducción fiscal de 3.000 euros del primer trabajador, menor de 30 años.

Emprendedores que contraten a un trabajador en paro, deducción del 50% de la prestación por desempleo que viniera cobrando el trabajador durante 1 año. Además, el trabajador podrá cobrar, además de su salario, el 25% de la prestación por desempleo durante el mismo periodo.

Se establece un régimen de bonificaciones dirigidas a colectivos desempleados con especiales dificultades para su incorporación al mercado laboral. Las medidas son las siguientes:

Bonificación en la cuota de la Seguridad Social de hasta 3.600 euros a la contratación indefinida de jóvenes entre 16 y 30 años durante tres años. La bonificación se incrementa conforme aumenta la antigüedad del trabajador:

- 1er Año: 1.000 euros

- 2o Año: 1.100 euros

- 3er Año: 1.200 euros

- 100 euros más si es mujer en sector donde ellas estén poco representadas.

Bonificación en la cuota de la Seguridad Social para parados de larga duración de hasta 4.500 euros a la contratación indefinida de desempleados de larga duración mayores de 45 años(en desempleo 12 de los 18 meses anteriores):

- 1er Año: 1.300 euros

- 2o Año: 1.300 euros

- 3er Año: 1.300 euros

- Mujeres en sectores donde este colectivo está poco representado, las bonificaciones podrán elevarse a los 1.500 euros.

Estas bonificaciones serán compatibles con otras ayudas públicas previstas con la misma finalidad, sin que en ningún caso la suma de las bonificaciones aplicables pueda superar el 100 por 100 de la cuota empresarial a la Seguridad Social.

No podrá concertar el contrato de trabajo por tiempo indefinido de apoyo a los emprendedores la empresa que, en los seis meses anteriores a la celebración del contrato, hubiera realizado extinciones de contratos de trabajo por causas objetivas declaradas improcedentes por sentencia judicial o hubiera procedido a un despido colectivo. En ambos supuestos, la limitación afectará únicamente a las extinciones y despidos producidos con posterioridad a la entrada en vigor de este real decreto-ley, y para la cobertura de aquellos puestos de trabajo del mismo grupo profesional que los afectados por la extinción o despido y para el mismo centro o centros de trabajo.

Para la aplicación de los incentivos anteriormente referidos, el empresario deberá mantener en el empleo al trabajador contratado al menos tres años desde la fecha de inicio de la relación laboral, procediendo en caso de incumplimiento de esta obligación a su reintegro.

No se considerará incumplida la obligación de mantenimiento del empleo cuando el contrato de trabajo se extinga por despido disciplinario declarado o reconocido como procedente, dimisión, muerte, jubilación o incapacidad permanente total, absoluta o



gran invalidez del trabajador.

Limitación del encadenamiento de contratos temporales.

- A partir del 1 de enero de 2013 el máximo para encadenar contratos temporales será de 24 meses, por lo que suspende durante el 2012 el tope máximo temporal en el encadenamiento de contratos temporales recogida en el apartado 5 del artículo 15 del Estatuto de los Trabajadores.

- Se elimina el sistema de clasificación de trabajadores por categorías profesionales y se generaliza el sistema de grupos profesionales.

- Movilidad y facilidad para la modificación de condiciones de trabajo.

- Disminuyen los trámites para reducir la jornada de trabajo o suspender el contrato de trabajo ante la falta de actividad de la empresa. Se elimina la autorización administrativa necesaria para llevar a cabo la medida, si bien la medida podrá ser impugnada judicialmente por los trabajadores.

- Para empresas en crisis, se introduce una bonificación del 50% sobre la cuota empresarial a la Seguridad Social de los trabajadores afectados por la suspensión o reducción de jornada, con un máximo de 240 días y condicionada a la estabilidad en el empleo (un año).

- Si la empresa se extingue, los trabajadores no ven mermado su derecho a la prestación por desempleo, ya que se establece la reposición de las prestaciones desde el inicio y hasta un máximo de 180 días.

Reforma de la negociación colectiva:

- Prioridad de los convenios de empresa; La regulación de las condiciones establecidas en un convenio de empresa tendrá prioridad aplicativa respecto del convenio sectorial estatal, autonómico o de ámbito inferior en las siguientes materias:

- a) La cuantía del salario base y de los complementos salariales, incluidos los vinculados a la situación y resultados de la empresa.
- b) El abono o la compensación de las horas extraordinarias y la retribución específica del trabajo a turnos.
- c) El horario y la distribución del tiempo de trabajo, el régimen de trabajo a turnos y la planificación anual de las vacaciones.
- d) La adaptación al ámbito de la empresa del sistema de clasificación profesional de los trabajadores.
- e) La adaptación de los aspectos de las modalidades de contratación que se atribuyen por la presente Ley a los convenios de empresa.
- f) Las medidas para favorecer la conciliación entre la vida laboral, familiar y personal.
- g) Aquellas otras que dispongan los acuerdos y convenios colectivos a que se refiere el artículo 83.2

Las empresas en dificultades podrán no aplicar el convenio de ámbito superior (descuelgue). Caso de no haber convenio, primará la solución extrajudicial de

conflictos y, en su caso, al arbitraje si así lo recogía el convenio colectivo. De no ser así, una de las partes elevará el desacuerdo a la Comisión Consultiva de Convenios Colectivos nacional o su equivalente autonómico, que nombrará un árbitro juez que resolverá en 25 días como tope.

Las partes deberán negociar un nuevo convenio en un plazo máximo de dos años, después de los cuales el convenio ya no estará vigente. Los convenios pierden así ese carácter de indefinición.

Indemnizaciones por despido y otras modificaciones

La indemnización por extinción del contrato indefinido será de 33 días por año trabajado en caso de despido improcedente, con un máximo de 24 mensualidades.

La indemnización por despido prevista en el apartado 1 del artículo 56 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, en la redacción dada por el presente real decreto-ley, será de aplicación a los contratos suscritos a partir de la entrada en vigor del mismo.

La indemnización por despido improcedente de los contratos formalizados con anterioridad a la entrada en vigor del presente real decreto-ley se calculará a razón de 45 días de salario por año de servicio por el tiempo de prestación de servicios anterior a dicha fecha de entrada en vigor y a razón de 33 días de salario por año de servicio por el tiempo de prestación de servicios posterior. El importe indemnizatorio resultante no podrá ser superior a 720 días de salario, salvo que del cálculo de la indemnización por el periodo anterior a la entrada en vigor de este real decreto-ley resultase un número de días superior, en cuyo caso se aplicará éste como importe indemnizatorio máximo, sin que dicho importe pueda ser superior a 42 mensualidades, en ningún caso.

La indemnización por la extinción del contrato indefinido será de 20 días por año trabajado en caso de despido procedente por causas objetivas, con un máximo de 12 mensualidades

Derecho a la formación: El empresario, ante una modificación técnica a la que se deba formar al trabajador, ofrecerá un curso para su formación, cuyo periodo suspende el contrato mientras el trabajador sigue cobrando su salario. Solo se podrá despedir al trabajador por falta de adaptación si antes se ha facilitado esta formación sin resultados.

Las empresas que despidan a más de 100 trabajadores habrán de articular un plan de re colocación para un periodo de al menos, 6 meses.

Se regula la posibilidad de extinguir el contrato de trabajo aún en casos de absentismo justificado con determinados requisitos

Se regula el despido colectivo

Se adapta la ley de procedimiento laboral a los nuevos cambios.

Por si sientas la cabeza, o todo lo contrario.

Nuevo Clase B 180 CDI por 26.100€

¿Ya tienes claro cómo va a ser tu vida? Si tu respuesta es afirmativa, éste es tu coche. Si la respuesta es no, también. Mercedes-Benz presenta el nuevo Clase B. Un coche perfecto para todas las vidas que quieras llevar, porque conjuga perfectamente un diseño innovador que cuidará de ti, con lo último en seguridad que cuidará de los tuyos. Tú eliges tu vida, nosotros ponemos el coche que te llevará por ella. Y ahora incluye 3 años de garantía, mantenimiento y reparaciones.



Mercedes-Benz

GARZA

Concesionario Oficial Mercedes-Benz Ctra. N-525, km 230,5. Polígono Barreiros, Tel.: 988 36 30 09, 32915, SAN CIPRIÁN DE VIÑAS (OURENSE), www.garza.mercedes-benz.es

*Servicio Excellent: hasta 45.000 km. Oferta válida hasta 31/03/2012. Gama Clase B: consumo desde 4,4 hasta 6,2 (l/100Km) y emisiones de CO₂ desde 115 hasta 145 (g/Km).



Dr. Camilo Álvarez durante la ponencia

CAMILO ALVAREZ HABLA EN LA ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

“El tratamiento quirúrgico cada vez es menos agresivo”

Camilo Álvarez Rodríguez, médico de la Unidad de Mama del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, en la sesión científica de la Academia Médico-Quirúrgica sobre la “Situación actual del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama”, sostiene que este debe ser “multidisciplinario, protocolizado e individualizado”, siendo el tratamiento quirúrgico “cada vez menos agresivo, pudiendo conservar la mama aproximadamente en dos de cada tres pacientes y evitar la linfadenectomía axilar en el sesenta por ciento de los casos”.

Señala que en los últimos veinticinco años se fueron incorporando nuevos medios diagnósticos y nuevos conocimientos del comportamiento de la biología tumoral por estudios inmunohistoquímicos y moleculares, así como la aplicación de distintas técnicas quirúrgicas menos agresivas, complementadas con tratamientos oncológicos.

El diagnóstico del cáncer de mama hasta finales del siglo XX era fundamentalmente clínico, mediante palpación de tumor su tratamiento, la extirpación completa monobloque de la mama y los ganglios axilares: mastectomía radical.

En esta sesión, el doctor Camilo Álvarez presentó la estadística de 581 pacientes que han sido intervenidas en la Unidad de Patología del CHUO.

protección ante cualquier imprevisto doméstico.
www.amaseguros.com

Del 1 de enero al 30 de marzo de 2012

A.M.A. lanza una nueva campaña para la contratación de seguros de hogar

Ofrecerá descuentos del 25% en las nuevas pólizas que se contraten

A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, la mutua de los profesionales sanitarios, ha puesto en marcha una campaña del 1 de enero al 30 de marzo de 2012 para la contratación de nuevas pólizas de su seguro de Hogar. Las personas que contraten el seguro de Hogar de A.M.A. en este periodo disfrutarán de descuentos del 25%.

El seguro de Hogar de A.M.A. es un producto multirriesgo, flexible y completo que ofrece una amplia gama de coberturas básicas y optativas a precios muy competitivos que garantizan la máxima seguridad y





Cazuela de Pulpo con Almejas

INGREDIENTES (por cazuela):

- ▬ 8 almejas
- ▬ Pulpo ya cocido en rodajas
- ▬ Ajo, aceite de oliva virgen
- ▬ Vino blanco, guindilla
- ▬ 1 vaso de caldo de pescado (fumet)
- ▬ 1 cucharada de harina
- ▬ Pimentón dulce

ELABORACIÓN:

Doramos el ajo en la cazuela con el aceite y la guindilla. Echamos las almejas con un chorro de vino blanco hasta que se abran. Se retiran, añadimos a la cazuela la harina, el pimentón, el caldo de pescado y el pulpo dejando cocer todo cinco minutos. Antes de retirar se añaden las almejas. Se sirve caliente en la misma cazuela



VALOR NUTRITIVO: Cada ración de unos 300 gramos aporta unas 250 Calorías. La mayoría procedentes de las proteínas (50%), un 40% procedente de los lípidos y un 10% de glúcidos. El colesterol contenido en cada ración es de unos 15 mg, y en cuanto a los ácidos grasos, la mayor proporción procede de los monoinsaturados. El pulpo con almejas aporta el 30% de las IDR de vitamina A, el 25 % de IDR de vitamina B1, Niacina en un 70% de IDR. Los minerales mas abundantes son hierro (70% de IDR) y calcio (50% IDR). Un plato moderadamente calórico con un perfil nutricional interesante para su consumo semanal.

Entrecot con Roquefort y Pimienta Verde

INGREDIENTES (por persona):

- ▬ 1 entrecot de ternera gallega
- ▬ Aceite de oliva virgen
- ▬ 25 gr. de champiñones
- ▬ Pimienta verde al gusto
- ▬ Queso roquefort
- ▬ 10ml de nata
- ▬ 1 nuez de mantequilla y sal

ELABORACIÓN:

Hacemos a la plancha el entrecot unos dos minutos por cada lado, en sartén aparte ponemos mantequilla, y los champiñones laminados con un pizca de sal, añadimos el queso, la nata y la pimienta verde. Sofreimos todo y echamos por encima del entrecot, dejándolo cocer cinco minutos



VALOR NUTRITIVO: Por una ración de 250 gramos obtenemos unas 650 Calorías, de las cuales la mayoría proceden de los lípidos (77%), el 22% de proteínas y prácticamente nada de los glúcidos. El aporte de colesterol es de unos 140 mg y el perfil de ácidos grasos está dominado por los monoinsaturados (55%), pero los saturados están presentes (40%), los poliinsaturados participan en un 10 %. El aporte de vitaminas incluye: (150% IDR) B12, (95% de IDR) niacina, (entre un 20-30%) B2, A, B6, con presencia de B1 y E. Los minerales que podemos obtener en esta receta son calcio, hierro, cinc y magnesio (20 -40 % IDR). Una receta con proteína de alto valor biológico, hierro biodisponible en forma hemo, y el increíble sabor de un entrecot de ternera criada con pastos de la zona.

Bizcocho Cremoso con Chocolate y Frutas Salteadas

INGREDIENTES:

- ▬ 250 gr. de chocolate negro
- ▬ 250gr. de mantequilla
- ▬ 6 huevos
- ▬ 35 gr. de harina
- ▬ 90 gr. de azúcar

ELABORACIÓN:

Batimos las yemas con el azúcar hasta obtener una crema muy espumosa. Fundimos el chocolate con la mantequilla y se lo añadimos. Montamos las claras a punto de nieve fuerte y las mezclamos con cuidado, de arriba abajo para que no se bajen. Introducimos en un molde a horno a 180° durante 20-30 minutos

Frutas salteadas:

Las frutas de cualquier tipo se trocean y se ponen en una sartén en la que habremos derretido una nuez de mantequilla, se les añade azúcar al gusto y se flambéan con ron.



VALOR NUTRITIVO: Una ración de 150 gramos puede aportar 700 Cal, el 70% de las cuales procede de las grasas, una cuarta parte de glúcidos, y un escaso 5% de proteínas. Cada ración supone el aporte de 300 mg de colesterol, con un 60% de ácidos grasos saturados. El bizcocho de chocolate aporta, también, vitaminas: A (60% IDR), B12 (50% IDR), y una fracción de las necesidades diarias de folatos, vitamina D, B2 y E; y minerales como hierro, magnesio y cinc. Un plato con el efecto estimulante del ánimo que proporciona el chocolate, obesos abstenerse, solo probar.



MARIDAJE: Para las carnes rojas, vino tinto. Esta es una cuestión, sobre la que no hay dudas. Pero ¿qué vino tinto escoger? Un entrecot, un chuletón, un solomillo (de buey) sin más adorno, que una sencilla guarnición, es la gran oportunidad para abrir cualquiera de los grandes vinos tintos crianza o reserva que hay en el mercado. Puede ser de Rioja, Ribera del Duero, Priorato, Somontano, Penedés, etc.

Si queremos matizar el comentario previo, ante un entrecot al que añadimos un potente queso azul, buscaremos una uva con alto contenido en azúcar residual tras la fermentación. Una excelente propuesta es apostar por una garnacha. Seamos originales y apostemos por un vino de Aragón de Campo de Borja.

Les propongo que miren, abran, decanten y degusten un "Borsao Tres Picos 2008". Es de color violeta oscuro en cristal, con olor a especias, pimienta y flores, impresionante cuerpo en boca con recuerdos a frutas rojas del bosque dejando un largo y sedoso final con toques de cacao. Sugere una verdad?

Una excelente opción con aún mejor relación calidad-precio.

Pero....lo más importante, con una agradable compañía el resultado final será mucho mejor.

Los colegios médicos exigen una reducción del número de plazas de Medicina

SOS Sanidade alerta sobre el "grave colapso" del CHUO

Los médicos se rebelan contra el recorte en servicios básicos

Rechazan el anteproyecto de ley que negocia la Xunta para regular a los empleados públicos

Los médicos auguran una sanidad de peor calidad por los recortes

Los colegios de facultativos de toda España llaman a la rebelión de los profesionales

ENTREVISTA A JOSÉ LUIS JIMÉNEZ - VICEPRESIDENTE DO COLEXIO DE MÉDICOS DE OURENSE: -

“Os recortes no sistema sanitario só o debilitan e son ineficaces. Habería que falar de reformas estruturais”

▶ O vicepresidente do Colexio de Médicos ourensán considera que o colapso das Urgencias do CHUO reduciríase se se preveñen as necesidades dos enfermos crónicos.

ARTURO GONZÁLEZ

Jefe del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

“EN EL 95% DE LOS DÍAS DEL AÑO EL SERVICIO DE URGENCIAS ASUME SU PROPIA DEMANDA”

El Colegio de Médicos alaba la profesionalidad en Urgencias

El CHUO amplía camas al aumentar los ingresos

La Comisión de Centro acusa a la gerencia de falta de previsión

El CHUO se alegra de que el Valedor recabe datos sobre Urgencias

porque lo importante es su seguridad



25%

de descuento al contratar su póliza del 1 de enero al 30 de marzo de 2012

Ventajas

- protección jurídica
- daños estéticos al continente en cualquier garantía
- bonificaciones
- asistencia 24 horas
- presupuestos personalizados
- averías de electrodomésticos
- A.I.R. Asistencia Informática Remota

En A.M.A. nos preocupamos por su seguridad y la de los suyos, por ello ponemos a su disposición una gama de garantías optativas, para que elija usted las que más le interesan.

SERVICIO DE GARANTÍA BÁSICA

Disfrute de los servicios de:

- Teleasistencia
- Copia de seguridad
- Asistencia in situ
- Recuperación de datos



- A.M.A. Orense 988 37 25 32
- Juan XXIII, 17 Entreplanta C.P. 32003
- orense@amaseguros.com

MITSUBISHI ASX

Desde
19.220€



Consumo: 5,2-6 l/100km · CO₂: 136-153 g/km

Mitsubishi ASX: conduce a otro nivel.

Diesel DI-D 150 CV y 116 CV · Gasolina MPI 117 CV · Tracción 4x4 AWC · Bajo consumo y emisiones reducidas
Xenón Super-HID · Techo panorámico con iluminación LED.

Ven a probarlo a KAIZEN MOTOR

Ctra. de Vigo, Km 575 Outariz. OURENSE · tel. 988 510 001
C/ La Rampa, 35 · O Barco de Valdeorras. OURENSE · tel. 988 327 201



Modelo fotografiado Mitsubishi ASX 200 DI-D Motion 4WD. Precio promocional del Mitsubishi ASX 150 MPI Challenge válido para Península y Baleares. IVA, IM y transporte incluidos. 3 años de garantía o 100.000 km. Extensión de garantía hasta 5 años sin cargo para operaciones financiadas con MCE Bank y hasta 31/03/2012. Asistencia 24h en Europa. MCE Bank financiación diseñada para ti. Mitsubishi recomienda lubricantes **REPSOL**