

AURIENSIS

Nº 21 Segunda Epoca - marzo 2011

ILUSTRE COLEXIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE



ESTADÍSTICA NACIONAL DE AGRESIONES A MÉDICOS 2010

**PROBLEMAS EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA,
SU VALORACIÓN EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN,
LA E-RECETA Y LA HCE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

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.**



CASADELOSLENTE

AUDIOCALIA[®]

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

Paseo, 2 · Tlf. 988 223 962 · OURENSE

Y SIN EMBARGO... ¡MÉDICAS Y MÉDICOS!

Creo haber escuchado barbaridades de todo tipo. Un político lenguaraz acusó desde su privilegiada tribuna a algunos médicos gallegos por dar altas hospitalarias precoces vendiéndose a la administración sanitaria por treinta denarios de plata, como Judas. Algunos periodistas especializados en la desinformación trataron a los representantes de los laboratorios farmacéuticos como delincuentes con maletín, dispuestos a sobornar sin ningún pudor a los médicos de Galicia con valiosos regalos y fabulosos viajes. Ciertos usuarios del sistema, antes denominados pacientes, culpaban a su médico de cabecera de toda la vida por recetarle medicamentos peores y más baratos, mientras unos meses antes los mismos facultativos eran los únicos responsables de un gasto farmacéutico desorbitado. Mientras el gobierno de la nación, de una manera unilateral y totalmente arbitraria decidió bajar-

nos el sueldo a todos los médicos del Sistema Nacional de Salud, apretamos los dientes y seguimos trabajando en nuestras consultas para mejorar la salud y evitar la enfermedad de los pacientes, ahora usuarios. Siguen faltando médicos, pero las facultades siguen siendo un embudo especial para los estudiantes de medicina, que además de haberse convertido en una especie de superhéroes – heroínas capaces de mantener durante varios años un expediente académico perfecto, deben enfrentarse a una carrera universitaria que los mantendrá al menos una década enfrascándose en ambicioso programa de especialización. Y al acabar, casi rozando la treintena, otra vez a empezar, pues el puesto de trabajo no está para nada garantizado. Y a pesar de todo esto, formación continuada y permanente, hasta que el cuerpo aguante. Y sin embargo... ¡médicas y médicos!



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:
Carmen López Soto
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 Balaño
Manuel Álvarez Hernández
Susana Blanco Pérez
José Luis Jiménez Martínez

Secretaría de Redacción y maquetación :

María José Vázquez Vázquez

Portada y página 30:

Fotografías de 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.



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

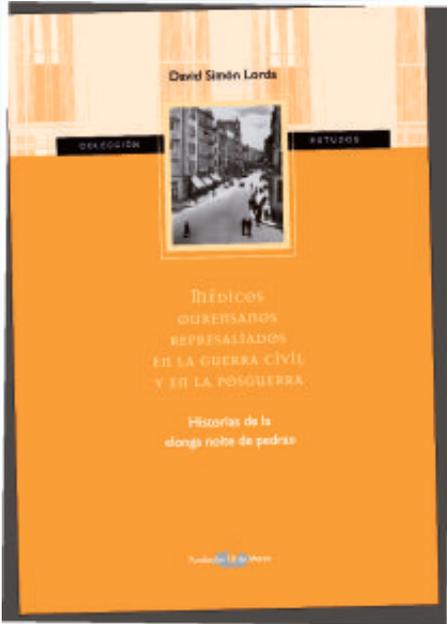
SUMARIO

Pág.	
7	Reflexiones actuales en torno a la colegiación obligatoria. Arturo Fuentes Varela
10	Reflexiones tras la rotación externa de un residente en latinoamérica. Lara Rey González
11	Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo
12	Problemas en la prescripción farmacológica, su valoración en los acuerdos de gestión, la e-receta y la HCE en Atención Primaria
14	Anteproyecto de orden sobre regimen de incompatibilidad entre pension de jubilacion de la seguridad social y actividad por cuenta propia .
15	Manifiesto por la salud del médico y de apoyo al programa PAIME
18	Las Relaciones interpersonales. José Luis Pérez Cid
20	Reflexión Médica. José Luis Carballo Pérez
22	Certificado médico de defunción. Cuestiones éticas y legales. José Sáez Rodríguez
24	Una invitación desde la Comisión de Ética y Deontología. Arturo Fuentes Varela
26	Factores de riesgo asociado al desarrollo de una colitis isquémica
28	Cáncer de mama
30	Estadística nacional de agresiones 2010
34	Programa de Intervención Intensiva. Un programa preventivo y asistencial orientado a pacientes con conducta suicida. Ernesto Ferrer Gómez del Valle

OFICINA Y SERVICIOS COLEGIALES

Sede Colegial :
Juan XXIII , 19 entresuelo - Ourense 32003
Tfno. 988 210593 / Fax: 988 210933
<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



El 10 de febrero se presentó el libro “Médicos ourensanos represaliados en la Guerra Civil y la posguerra. Historias de la «longa noite de pedra»” del Dr. David Simón Lorda, en el Colegio Médico de Ourense.



David Simón Lorda. Servicio Psiquiatría Complejo Hospitalario de Ourense

JORNADA DE DERECHO SANITARIO

Jornada de Derecho Sanitario. D. Fernando Alañón Olmedo, Presidente de la Audiencia Provincial de Ourense, D. Manuel Cid Manzano, Magistrado de la Audiencia Provincial en Ourense y Dr. Julio Jiménez Feliz, Subdirector del IMELGA en Ourense. Celebrado en noviembre 2010



Aclaración beneficiarios recetas oficiales para médicos jubilados

Aclaración en relación a la prescripción de los médicos jubilados en los talonarios oficiales del SERGAS al amparo del Convenio de Colaboración entre la Consellería de Sanidad y los CCOOMM del año 1998 en La cláusula PRIMERA recoge lo siguiente:

“el objeto del convenio es posibilitar la autorización de talonarios de recetas oficiales por parte de médicos jubilados, para su uso exclusivamente personal, y de su cónyuge y beneficiarios reconocidos por el INSS”.

Esta redacción, por tanto, excluye del ámbito de prescripción a hijos convivientes que no estén en la cartilla del médico como beneficiarios. Estos casos son hijos que conviven pero que ya están trabajando y son titulares de un número de Seguridad Social propio.

Un saludo“

COLEXIADOS DO 1 DE OUTUBRO Ó 31 DE DECEMBRO

ALTAS:

María Teresa Rivas López
Raquel Martínez Lorenzo
Lourdes García López
Felix J. Vadillo González
Xosé Eduardo Bergantiños Rodríguez
Patricia A. Romero Jung
Eddy Machín Ramón
Sara Castro Aller
Isaura Parente Lamelas
Felix Gómez Suárez
Carmen María Blázquez Maña
María del Carmen Castro Piñeiro

Neuroloxía
Pediatria
Anestexioloxía e Reanimación
Pediatria
Medicina Xeral
Microbioloxía e Parasitoloxía
Uroloxía
Medicina de Familia
Neumoloxía
Medicina Xeral
Anatomía Patolóxica
Ciruxía Xeral e Dixestiva



BAIXAS:

José Santiago Camba Bouzas	cese actividad
Enrique Alemparte Pardavila	traslado
José Manuel García Pazos	traslado
Sandra Patricia Guevara Jimenez	traslado
Asel Castro Pérez	traslado
Olalla Figueiredo González	traslado
María José Martínez Pena	traslado
Javier Reinoso Hermida	traslado
Patricia Frade Galego	traslado
Norma Bismara Castro Pérez	traslado
Ana Isabel Bouzo Gómez	traslado
David Fernández Rosado	traslado
Pedro Jorge Marcos Rodríguez	traslado
Ángel Antonio González Prendes	traslado

HONORIFICOS:

José Freire Freire

Ha fallecido nuestra compañera:

María Eugenia Nora González

DESCANSE EN PAZ

A.M.A. INFORMA:



Como Uds. sin duda conocerán, se ha promulgado la Ley 2/2007, de 15 de Marzo, de sociedades profesionales, que obliga a la constitución de dicho tipo de sociedades cuando el objeto social sea el ejercicio en común de una actividad profesional.

En el artículo 11.3 de la precitada Ley se establece la obligación de las sociedades profesionales de suscribir un contrato de seguro que cubra la responsabilidad en la que puedan incurrir en el ejercicio de la actividad o actividades que constituyen el objeto social de la persona jurídica, distinta de la responsabilidad particular que el médico, como persona física, pudiera tener.

A.M.A., en su afán de ofrecer a los profesionales sanitarios (como a sus familiares y/o empleados) los seguros que necesitan para el ejercicio de su profesión, ha desarrollado un seguro específico para dicho tipo de sociedades, lo que ponemos en su conocimiento por si estuvieran interesados en su contratación o en recibir más información al respecto.

Nos encontramos a su entera disposición en las oficinas de c/ Juan XXIII, 17 enpta. (al lado del Colegio).
Telf. 988 37 25 32

REFLEXIONES ACTUALES EN TORNO A LA COLEGIACIÓN OBLIGATORIA



Por Arturo Fuentes Varela
Presidente de la Comisión de Deontología del ICOMOU

Algo tuvo que ser descubierto como “bueno” en la realidad de los Colegios de Médicos para que aunase tantas alternativas y permitiese sustentar la vida, dentro de una pluralidad conceptualmente irreductible, de una unidad deontológica que alcanza hasta nuestros hoy.

La historia de los Colegios Profesionales se remonta a la Edad Media. En Europa los vemos definidos ya en el s.XI en su realidad de “gremios” (expresión con contenido más complejo en el idioma inglés: “craft-guilds” (oficio-gremio-cofradía)).

A través de ellos se defendían intereses profesionales (cuidar el “buen hacer”) y personales (“evitar la competencia desleal” o el “intrusismo”).

Dichas instituciones debieron satisfacer las necesidades de la sociedad europea desde entonces, visto que alcanzaron vida hasta nuestros días, a pesar de los envistes que sufrieron; el más grave en el s.XIX, proveniente del liberalismo doctrinario que los quiso aniquilar por obsoletos, anacrónicos y caducos; pero no lo consiguió.

Es difícil pensar que sólo las fuerzas fácticas hubiesen tenido poder para su supervivencia y no las ideas ilustradas, el modernismo, el cintifismo positivista, las ideas sociales que estaban debutando entonces, etc. de las que eran militantes tantos y diversos profesionales de la medicina que dejaron huella en la historia de la evolución de las diversas tendencias.

En nuestra cotidianeidad los Colegios Profesionales están en plena actividad, como lo demuestra el hecho de que a través de ellos se organice de alguna forma el ámbito profesional que genera el 9% del PIB, implicando alrededor de 1.000.000 de profesionales (médicos, arquitectos, ingenieros, farmacéuticos, etc.)

En España la definitiva instauración de una Organización Colegial tuvo lugar en el año 1898, por Real Decreto de 12 de abril (Gaceta de Madrid nº 105), estableciendo en el artículo 3º **la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio de la medicina.**

A partir de 1974 (hasta hoy) los Colegios Profesionales están considerados como “Corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines”.

La Constitución Española de 1978 reconoce en su artículo 36 a los Colegios Profesionales, al señalar que la Ley regulará las peculiaridades propias de su régimen jurídico.

En estos tiempos de vigencia de la actual Constitución y aún careciendo de una actualizada Ley de Colegios Profesionales, se pretendía con la colegiación: promover la observancia del Código deontológico; promover la colaboración con los poderes públicos para conseguir un efectivo derecho a la protección de la salud; promover la formación continuada de los médicos; y promover el perfeccionamiento profesional de los colegiados.

Por exigencias de actualización democrática y adaptación a la normativa europea, la Ley de 1974 se ha ido modificando progresivamente (Ley 25/2009 de 22 de diciembre (Ley Ómnibus)) en la que se indica que:

Art. 3:

1-Derecho a ser admitido a la colegiación

2 – **Será requisito imprescindible para el ejercicio de las profesiones hallarse incorporados al Colegio Profesional correspondiente cuando así lo establezca una ley estatal.**

3 - Bastará la incorporación a un colegio territorial para poder ejercer en todo el territorio español. Igualmente las sanciones impuestas, en su caso, por el Colegio del territorio en el que se ejerza la actividad profesional surtirán efectos en todo el territorio español.

4 – En caso de desplazamiento de un profesional a otro estado miembro de la Unión Europea se estará a lo dispuesto en la normativa vigente en aplicación del Derecho Comunitario.

En la disposición Transitoria 4ª de

dicha Ley 25/2009 se indica que **mientras no se tramite una nueva Ley “se mantendrá en vigor las obligaciones de colegiación vigentes”** (las impuestas por la Ley 2/1974 de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales y vigente en su actual redacción del 23 de diciembre de 2009 (Ley 25/2009 “de modificación de diversas leyes para su adaptación a la ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio”).

Según lo citado, **de momento, lo vigente, para la Colegiación en Medicina, es la obligación de estar colegiado para el ejercicio de la profesión.**

Es decir: de momento no tiene lugar el hablar de que la Colegiación no es obligatoria, dado que la suspensión cautelar por parte del Tribunal Constitucional de la Lei 1/2010 de la Xunta de Galicia, tiene por base el artículo **161.2 de la Constitución Española**, invocado por el Presidente Zapatero, porque a dicho tribunal le compete **discernir qué leyes deben ser de ámbito estatal y cuáles autonómicas.**

El mismo artículo 3.2 de la Ley 25/2009 decía que “Será requisito imprescindible para el ejercicio de las profesiones hallarse incorporados al Colegio Profesional correspondiente cuando así lo establezca una ley estatal”.

Lo que se dilucida en el Tribunal Constitucional no es si colegiación obligatoria sí o no; sino, si al parlamento autonómico de Galicia le compete el legislar sobre dicho tema, que como vemos en la Ley 25/2009 queda reservada a una Ley estatal.

¿Es bueno que la futura ley estatal de prestación de servicios conti-

núe considerando la colegiación obligatoria para el ejercicio de la medicina? Yo estimo que sí, por muchas razones, de entre ellas, las que serán explicitadas a continuación: una razón histórica, una razón social, una razón profesional y una razón ética.

La primera es de **carácter histórico** y quiero mostrarla simplemente como una “prueba del nueve”. La institución de los Colegios médicos (España), Asociaciones medicas (AMA en EEUU), Órdenes médicas (Francia), etc. fue una manera de organizarse, eficaz, para afrontar los



mayores cambios acaecidos tanto en las ciencias biomédicas y la correspondiente tecnología, como en el modo de ejercer la medicina ante los nuevos sistemas de atención sanitaria.

La ciencia médica, el arte de ejercer la profesión de médico y las instituciones de asistencia sanitaria han experimentado en el último siglo los avances más significativos de su historia y los cambios más notables del ejercicio profesional. ¿Sobreviviría nuestra profesión en el mundo occidental, con la homogénea identidad que presenta en nuestros días, sin la institución colegial?

Y, ¿por qué considero un valor

eso que llamo “homogénea identidad del profesional médico”? Pues, porque hoy, cuando la gente comunica que va al médico, o que le atendió un médico, sabe lo que dice, sabe de qué profesional en concreto está hablando. Y eso, creo que es una garantía para la sociedad: el que tenga identificado tan delimitadamente al profesional que está al servicio de la promoción de la salud, y al cuidado en la enfermedad; al que diagnostica, realiza indicaciones terapéuticas y explicita pronósticos.

Ese ser una “**garantía social**” es la segunda razón a favor de la presencia de los Colegios de Médicos y la obligatoriedad de estar colegiado, es decir, socialmente identificado como un médico, para el ejercicio clínico de la profesión.

Porque los colegios no son un club de amigos, o una asociación recreativa o de prestación de servicios para los asociados. Primordialmente los Colegios de Médicos son un bien institucional para la sociedad que así los tiene organizados; por eso los ha reconocido como instituciones de derecho público.

Son una garantía para los ciudadanos, que conocen así que les va atender un profesional homologado y les va a ofrecer un ejercicio profesional y la aplicación de la ciencia médica conforme a lo que en cada momento se consensúa como “ars médica”, que se define colectivamente, como corporación, en base al desarrollo de los sistemas de atención sanitaria, a los derechos de los pacientes, al avance en los conocimientos científicos biomédicos y a la percepción de los fines de la medicina, junto a sus coherentes compromisos de actuación profesional. El ejercicio profesional de la medicina

es una dimensión comunitaria y no un don individual y carismático.

Esto nos lleva a explicitar la tercera razón que aporto para proponer mi opción por la obligatoriedad de la colegiación: **la finalidad de la profesión médica.**

Las profesiones tienen una finalidad, que en el caso de la profesión sanitaria es el bien del paciente. Este bien, es el que le da sentido y una racionalidad propia. Cada profesión se caracteriza por tender a alcanzar unos bienes que son internos a ella misma.

Es bueno hacernos clarividentes de que unos son los fines de la profesión y otros pueden ser los fines subjetivos que persiguen las personas que las ejercen. Y es cierto, de forma general, que uno es autor autónomo en la búsqueda de sus propios fines y objetivos; pero también es cierto que quien opta por el ejercicio de las profesiones sanitarias, en concreto la medicina, no puede proponerse una meta cualquiera, u otra distinta de la que constituye el bien interno de la propia profesión médica: el bien del paciente. Podríamos decir que al profesional médico sus fines le vienen dados.

Eso no quiere decir que ya de inicio en el pre-grado o en el post-grado, estemos capacitados para lograrlo. No; y más que nunca en nuestro mundo tan cambiante, en el que va evolucionando su conciencia moral y nos supone ir adquiriendo ciertas actitudes y hábitos que no siempre nos vienen dados, sino que es preciso conquistar. A vivir esos hábitos y a conquistarlos, en su caso, nos ayudan como maestros y pedagogos, las exigencias deontológicas y la vida colegial.

El caminar juntos, como colegiados, en esta dimensión nos permite aprender a asumir nuestra identidad de médicos al servicio de una sociedad que recaba de ellos un “bien hacer” la medicina y un “bien ser” profesional, en relación con las personas, al servicio de su salud y de los cuidados en la enfermedad.

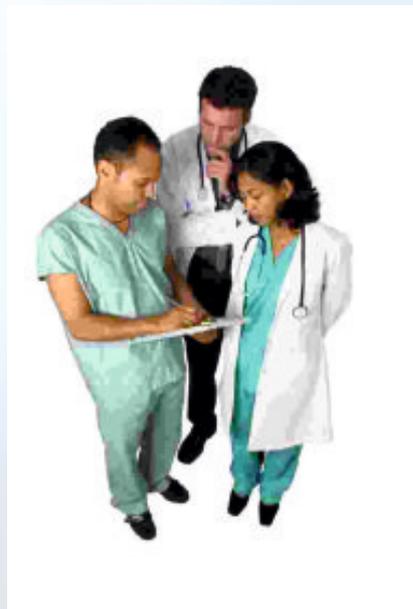
Por último, ya acotando el espacio que se me ha concedido para escribir, añadiría una **razón ética.**

Hoy ya es lenguaje al uso el hablar de una “ética de máximos” y de una “ética de mínimos”. La ética de máximos es la que queda a la gestión personal, individual subjetiva: uno puede desarrollar el ideal de bueno tanto como quiera o tenga alcance; pero ese ideal no se le puede exigir a los otros. Aquí entraría gran parte de lo que en el ejercicio de la medicina viene nombrado como beneficencia, benevolencia, benedecencia; un médico puede entregarse con diferentes cotas de excelencia al servicio de sus pacientes.

La ética de mínimos, supone el mínimo moral que podemos consensuar, dentro de la pluralidad en la que nos vivimos en nuestra sociedad, y que nos vamos a exigir como imperativo legal, para poder convivir como ciudadanos. Así, en las leyes, cuajamos los imperativos de deber que generan derechos en los otros. En nuestro caso como médicos, el deber de ser benéficos con los enfermos conlleva el reconocimiento de derechos en ellos: los derechos del paciente, de su autonomía, el derecho a la información y a la prestación de consentimiento, a la guarda de la intimidad y el secreto, etc.

Entre el nivel de mínimos, exigido a todos, vía leyes del estado; y el nivel de máximos, dejado a la gestión personal y no exigible a los otros, se sitúa un nivel de exigencia ético al servicio del cumplimiento de los fines de la profesión y exigible a los que voluntariamente han optado por ese concreto desempeño profesional como médicos, en nuestro caso.

En el corazón de nuestro Código Deontológico se deben situar las obligaciones de beneficencia, porque estas indican el carácter puramente moral de la profesión, su calidad y su excelencia. De ahí que los tribunales de justicia no entren a valorar los deberes deontológicos de los profesionales, dejando estos asuntos para los órganos colegiales correspondientes. Y, ¿cómo pueden articularse estos elementos: Código Deontológico, imperativos de beneficencia y excelencia profesional, y organismo interno sancionador si no estuviese obligada la colegiación para el desempeño profesional?



REFLEXIONES TRAS LA ROTACIÓN EXTERNA DE UN RESIDENTE EN LATINOAMÉRICA

Lara Rey González.
Residente de Medicina Interna del CHOU

Por una vez, empecemos por el final, por abreviar, pero sobre todo para que aquellos que están leyendo estas líneas puedan dejarlas en el siguiente punto y aparte, si así lo desearan. ¿Rotar en un país del Segundo Mundo? Decididamente, sí.

Cierto es que en el momento en que la idea inicial (al principio tan simple como pensar que es más eficaz ir a buscar las enfermedades tropicales que esperar a que un avión las traiga) toma forma y adquiere visos de seriedad aparece un pequeño cúmulo de indecisiones, complicaciones y trabas añadidas. En primer lugar, asumes que la tuya no es la elección más común entre tus predecesores. En segundo lugar, vences los escepticismos iniciales, traducidos en múltiples y variados fenotipos de alzamiento de cejas cuando comunicas tu decisión de irte a rotar a un centro que comparte bandera con el Machu-Picchu y, aunque no menos importante, no dejas de plantearte si el desembolso, tanto económico como personal, e incluso laboral, que supone un traslado intercontinental al final merecerá la pena.

¿Y luego? Luego, después de todo este proceso, que he de advertir que puede durar meses, descubres que lo más sencillo es aprovechar la ocasión, hacer las maletas y subirte al avión, que ya Dios proveerá en las horas de vuelo que quedan por delante...

Hace dos meses y medio que he regresado, y ahora puedo afirmar, ya no dudar, de que es probablemente una de las decisiones más acertadas que he tomado en los últimos tiempos, bajo todos los puntos de vista. Ha constituido una oportunidad única de observar un auténtico abanico de patologías, desde las comunes y de todos los días hasta otras muchas que serían inimaginables en este lado afortunado del mundo. ¿Quién piensa



TARIFARIO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Resolución Directoral 123-2004-GRL-HRL/30,14
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
SERVICIO HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA

DERECHO CAMA SALA COMUN, INCUBADORA	15.00
DERECHO CAMA SALA UCI	30.00
DERECHO DE CAMA INDIVIDUAL	60.00
DERECHO FLEBOTOMIA, LAVADO GASTRICO	5.00
NEBULIZACION - OXIGENO POR 100 LIBRAS	5.00
PARACENTESIS, APLICACION SONDA	5.00
VENTILACION MECANICA POR 12 HORAS	100.00
TORACOCENTESIS	30.00

aquí en la peste, aparte de historiadores y novelistas? Pues pensemos. A once horas de distancia existe una realidad de la que muchos somos ajenos. Una realidad en la que la gente no dispone de cobertura sanitaria y con diferencias sociales entre clases abrumadoras, donde todo, absolutamente todo, se paga, en el hipotético caso de que tengas con qué hacerlo. En ese otro mundo, en el no existen historias informatizadas y, por supuesto, San Google no puede prestar su inestimable ayuda, los médicos, además de médicos, son gestores y economistas ya que, como dijo alguien bastante inteligente, la necesidad agudiza el ingenio. Desgraciadamente, parece ser que estamos perdiendo ingenio a raudales. Poco a poco, y me incluyo en ello, hemos ido olvidando de la base de la medicina, sumergiéndonos cada vez más y con más facilidad en una nebulosa de pruebas complementarias, "gratis" y accesibles con un clic. Nos enseñan que si alguien se pone amarillo hay por lo menos unas quince cosas distintas (si acaban de salir en una revista internacional mejor que mejor) para pedirle, unas cruces y unas líneas garabateadas apresuradamente entre paciente y paciente, que malo sea que mañana algo no dé una pista, olvidándonos que detrás de los ordenadores y los papelajos hay una persona. Qué simple, ¿verdad? Y, sin embargo, qué sorpresa el aprenderlo... Sin libros, sin PDA, sin dinero. Y es

posible, con todas las carencias imaginables, eso es lo que resulta más asombroso de todo, el poder llegar sólo con palabras, las manos, un fonendo y, con suerte, una analítica y una radiografía, a diagnósticos tan o más precisos que los aquí realizamos con todo nuestro arsenal de aparatos y tecnología. Una lección que, quizás, todos deberíamos presenciar al menos una vez en la vida.

En las próximas décadas, si se cumplen las predicciones de la ONU, Europa precisará de 50 millones de inmigrantes para mantener el estado de bienestar; la mayoría de ellos vendrá de países considerados subdesarrollados o en vías de desarrollo. Nuestra obligación como médicos nos exige

estar preparados para afrontar las situaciones que de ello deriven, atendiendo a las individualidades socioeconómicas, sanitarias y culturales de cada paciente, a fin de garantizar la asistencia universal de toda la población. Las sociedades científicas reconocen la importancia de una adecuada formación en Medicina Tropical, así como la necesidad de crear lazos de cooperación internacionales.

Éstas son las razones, oficiosas y oficiales, de mi elección. Para los que hayan llegado hasta aquí, finalizando por el principio, el centro escogido fue el Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt (Lima, Perú).



Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo

Pasadas unas semanas de la entrada en vigor de la modificación de la Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo el Colegio Médico de Ourense quiere fijar, ante la polémica suscitada, su postura institucional sobre el asunto.

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte, invalidez y enfermedad crónica en Occidente. En España se producen cada año unas 55.000 muertes achacables al tabaco. De ellas se estima que 2.500 se producen en fumadores pasivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya en el año 2003 solicitó la adopción de medidas

legislativas y ejecutivas para proteger a todas las personas del humo del tabaco y promover el abandono del hábito de fumar y la reducción de su consumo.

Es por ello que este Colegio considera positivas las medidas legales adoptadas en esa línea y tiene la obligación de apoyarlas públicamente como medidas de protección de la salud pública.

Por eso, más allá de polémicas, consideraciones políticas y argumentaciones que presentan el hábito de fumar como una forma de defensa de la libertad individual, debemos reiterar que Fumar es Malo y fuente de problemas de salud pública e individual. Por tanto, es nuestro deber hacer un nuevo llamamiento a la población ourensana que aún fuma, a abandonar el tabaco y adoptar estilos de vida que promuevan su bienestar y le prevengan de las enfermedades evitables. Para ello los ourensanos cuentan con nuestro asesoramiento y apoyo.

PROBLEMAS EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, SU VALORACIÓN EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN, LA E-RECETA Y LA HCE EN ATENCIÓN PRIMARIA



El Colegio Médico de Ourense quiere hacer pública su posición sobre dos importantes temas que últimamente están suscitando problemas en los profesionales y los pacientes de la sanidad pública ourensana: la Prescripción Farmacológica y la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria.

1)El Colegio Médico está de acuerdo en la necesidad de contener el Gasto Farmacéutico en la Sanidad Pública, ha colaborado y colaborará para ello, pero entiende que debe hacerse con criterios de racionalidad y calidad.

2)Una de las medidas –que no la única- para conseguirlo, es fomentar la prescripción por Genéricos. Estos fármacos han pasado los pertinentes controles técnicos antes de salir al mercado y por tanto reúnen todas las garantías de calidad para profesionales y pacientes. No cabe, por tanto, ninguna de las dudas al respecto que en los medios de comunicación se han suscitado.

3)La política de Prescripción Farmacéutica para que sea útil y justa debe basarse en el diálogo y el consenso con los profesionales. No puede venir impuesta, como así está ocurriendo, desde el SERGAS y la Consellería de Sanidade. Cualquier medida debe, además, preservar al máximo la libertad de prescripción de los médicos y la equidad para con los usuarios.

4)Otras prácticas –que ya muchos profesionales realizan desde hace tiempo- como la Prescripción por Principio Activo y la búsqueda, en base a la evidencia científica, del mejor perfil de coste/ beneficio y calidad

del fármaco prescrito, son tan positivas como los genéricos para la Racionalización y la Contención del Gasto Farmacéutico.

5)Por tanto, la valoración del cumplimiento de los objetivos asistenciales por parte de los médicos de Atención Primaria no puede basarse, como parece plantearse, sólo en el cumplimiento cuantitativo de las directrices de la Consellería, sino en el conjunto de la Calidad Prescriptora. Lo contrario demostraría una falta de consideración con los profesionales y un perfil autoritario por parte de los responsables sanitarios de la Xunta. Nadie más capacitado que los que cada día ejercen su actividad asistencial, para participar y consensuar las medidas concretas que, en cada caso, resultan más ajustadas a los objetivos de mejora en este u otros aspectos.

6)Es inaceptable la discriminación que determinados profesionales, Centros de Atención Primaria y usuarios de los mismos están sufriendo por la no concesión de la receta electrónica “sin papel” por criterios meramente administrativos. Las mayores dificultades en la expedición de las recetas y en la dispensación de los fármacos que ambos tienen que soportar, rompen la equidad que debe regir en el sistema público de salud. La Consellería ha recibido escritos de los profesionales y de este Colegio buscando solucionar el problema y no se ha recibido respuesta después de varias semanas.

7)También se han enviado a la Consellería varios escritos solicitando cambios sustanciales en la Historia Clínica Electrónica (lanus) en Atención Primaria. Muchos profesionales se quejan de los continuos problemas y retrasos que esta herramienta informática ocasiona en su trabajo diario. Afirman que no sólo no favorece la asistencia sino que la dificulta. En dichos escritos se han matizado los problemas y propuesto algunas soluciones. A día de hoy no se ha recibido respuesta.

Nuestra obligación como Colegio Médico es alertar, por los medios a nuestro alcance, de los problemas que se suscitan en la sanidad de Ourense y solicitar un cambio de actitud, de mayor consideración y consenso con los médicos que la que hasta ahora están demostrando, por parte de los responsables del SERGAS y la Consellería de Sanidade.

Carta enviada desde el ICOMOu a la Consellería de Sanidade sobre IANUS y Receta Electrónica

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

08.02.2011

27

SALIDA
OURENSE

Ilustre Colexio Oficial de Médicos
de Ourense
Xoan XXIII, 19 • 32003 OURENSE

Ourense, 08 de febrero de 2011

Ilma Sra. Conselleira de Sanidade de Galicia, Doña Pilar Farjas Abadía:

Este Colegio Médico ha recibido varios escritos en los que nuestros colegiados expresan las dificultades añadidas para su trabajo diario por las disfunciones creadas por el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica (IANUS) y la e-receta. Tenemos conocimiento de que usted y su equipo directivo son conocedores de estos problemas. Evaluadas las quejas recibidas por la Junta Directiva de este Colegio queremos trasladarle, en cumplimiento de nuestra obligación institucional de defensa de una actividad profesional de calidad, nuestra preocupación por ambos asuntos.

Nos parece grave que profesionales de prestigio en nuestra ciudad y provincia, con gran experiencia asistencial, afirmen tras varios meses de trabajo con la HCE en A.P., lo siguiente: *"Su lentitud en cada paso nos está llevando a la exasperación, a la desmotivación a la hora de reflejar de una manera correcta la anamnesis, exploración, toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, con el riesgo que pueda conllevar para el paciente y los riesgos jurídico-legales para nosotros. Cuando llevas 45 o 60 minutos de retraso y tienes la sala de espera llena, dejas de utilizar un programa informático que te lastra y vuelves al papel y al bolígrafo"*.

Por otro lado, tampoco entendemos la discriminación para con algunos médicos y Equipos de Atención Primaria de Ourense en cuanto a la "no concesión" de la e-receta propiamente dicha, y a la penalización con el mantenimiento "sine die" de la e-receta impresa. Esta decisión establecida con criterios aún confusos, provoca importantes problemas en la actividad asistencial de los profesionales afectados y atenta en la equidad para con los pacientes a ellos asignados. No es, por ello, aceptable en ningún caso.

Este Colegio ha apoyado y apoya las medidas que la Consellería adopte para mejorar la idoneidad de la Prescripción Farmacológica y su racionalidad y calidad, bases fundamentales para la sostenibilidad económica del sistema sanitario público. Por ello nos sentimos legitimados para argumentar que la valoración de los objetivos individuales a alcanzar por los facultativos y los equipos asistenciales, no pueda basarse en el porcentaje de genéricos prescritos y en el gasto por usuario como parámetros determinantes, pues no guardan relación con el soporte en el que se prescribe. Hemos recibido algunas informaciones que nos hacen pensar que va seguir siendo así pues alguno de los criterios utilizados para la "concesión" o no de la e-receta va en esa línea. Entendemos que existen parámetros tan o más importantes que la prescripción de genéricos para cualquier valoración de prescripción racional: prescripción por principio activo, utilización de fármacos sin clara aportación terapéutica, nuevas autorizaciones...

Por todo ello tenemos la obligación de solicitarle el abordaje y resolución urgente de estas disfunciones que los profesionales -los mejores conocedores posibles de esta problemática- denuncian pormenorizadamente, aportando además posibles soluciones.

Convencidos de que la respuesta por su parte será positiva, quedamos a su disposición para aquello que estime oportuno.

Fdo. Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Ourense



ANTEPROYECTO DE ORDEN SOBRE REGIMEN DE INCOMPATIBILIDAD ENTRE PENSION DE JUBILACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA

INFORME

Como se explica en el prólogo del proyecto la norma general es la incompatibilidad entre pensión de jubilación y cualquier actividad profesional del pensionista que implique obligación de encuadrarse en el Régimen General o en cualquiera de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social (art. 165.1 de la LGSS y Orden de 18-1-1967). Es decir, el pensionista que pretenda ejercer actividad profesional puede hacerlo si bien mediando solicitud y suspensión de la percepción de la pensión.

Como quiera que existe un colectivo de profesionales que ejercía su actividad sin estar obligados a afiliarse a la Seguridad Social (los pre 95 y aquellos otros que optaron por la afiliación a una Mutualidad) se plantea la cuestión de si a este colectivo, una vez jubilado, se le aplica dicho régimen de incompatibilidades puesto que al no estar obligados a encuadrarse en ninguno de los Regímenes de la Seguridad Social se interpretaba que no les afectaba la incompatibilidad establecida como norma general.

El proyecto que nos ocupa viene a despejar esta cuestión y establece que la incompatibilidad entre pensión de jubilación y actividad profesional también será aplicable a todos aquellos profesionales que ejercen su actividad profesional sin la obligación de causar alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y ello con independencia de que estén afiliados a una Mutualidad de Previsión Social. Quiere con ello decirse que a partir de ahora - (a la entrada en vigor de la norma se entiende) – a aquellos profesionales que se jubilen y perciban prestación de jubilación de la Seguridad Social se les aplicará el régimen de incompatibilidad en caso de que ejerzan actividad por cuenta propia y ello aunque estuviesen exonerados de la obligación de darse de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

Con respecto a todos aquellos profesionales que antes de la entrada en vigor de la norma hayan compatibilizado pensión de jubilación y ejercicio de la profesión podrán seguir haciéndolo en las mismas condiciones que hasta la fecha puesto que la disposición adicional única establece que el régimen de incompatibilidad “no será de aplicación a los supuestos en los que la correspondiente pensión de jubilación viniera compatibilizándose con el ejercicio de la actividad por cuenta propia del profesional colegiado con anterioridad a la entrada en vigor de la presente orden”.

Fdo.: Asesoría Jurídica del ICOMOu
J. Nivardo Cid López

MANIFIESTO POR LA SALUD DEL MÉDICO Y DE APOYO AL PROGRAMA PAIME

FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA



Los médicos, al igual que el resto de la población, padecen enfermedades que deben ser diagnosticadas y tratadas. Se estima que entre un 10% y un 12 % de los médicos en ejercicio pueden sufrir a lo largo de su vida profesional un trastorno mental o una adicción al alcohol o a otras sustancias que le pueden hacer incurrir en su práctica profesional en errores y/o negligencias médicas con relativa facilidad.

Muchos médicos, enfermos no son conscientes de sus problemas y se resisten a recibir apoyo o ayuda. Otros médicos enfermos, conscientes de éstos, hacen grandes esfuerzos para limitar sus deficiencias. En ambas situaciones si el médico sigue ejerciendo sin recurrir a la asistencia de un profesional especialista cualificado, normalmente sólo es cuestión de tiempo que puedan surgir serios contratiempos.

El Foro de la Profesión Médica, reunido en Málaga en sesión ordinaria, consciente de ésta problemática y teniendo como objetivo y preocupación principal el garantizar a los ciudadanos un ejercicio de la medicina de calidad, emite este manifiesto de apoyo a la salud del médico y de reconocimiento de la profesión al Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).

El Foro de la Profesión Médica entiende que debe ser la Organización Médica Colegial (OMC), integrada por el Consejo General de Médicos, los Colegios de Médicos provinciales (52) y sus referentes Consejos Autonómicos (19), los entes corporativos de derecho público más indicados, los más idóneos, para asumir el abordaje de la salud del médico objeto del PAIME, de acuerdo con lo dispuesto en los apartados 2 y 3 del artículo 19 del Código de Ética y Deontología Médica de la OMC, con independencia de las competencias y responsabilidades que puedan corresponder a otras instituciones.

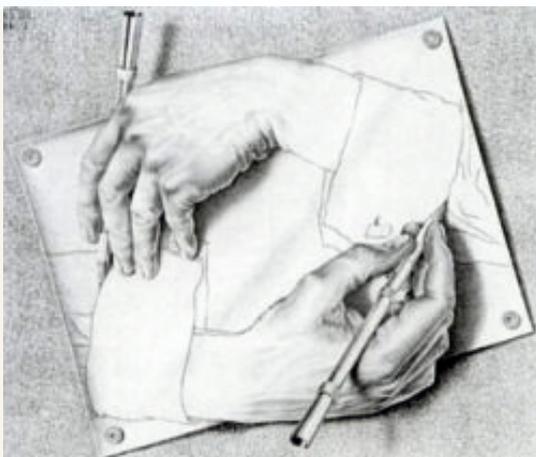
Las Administraciones Públicas, como empleadores principales y colaboradores necesarios de los Colegios de Médicos en la implementación de este programa, deben garantizar a los profesionales médicos el acceso a este programa, asegurando el derecho a la confidencialidad que, si ya es importante para la población general, requiere medidas especiales y específicas para ellos, sobre todo cuando se trata de trastornos mentales y/o adictivos.

El Foro de la Profesión Médica comparte el principio de que la financiación debería corresponder a las Administraciones Sanitarias, ya que el PAIME, entre sus objetivos, no sólo tiene el de mejorar la asistencia a los médicos, sino también la calidad de los servicios sanitarios, intentando recuperar a los médicos afectados para su ejercicio profesional en condiciones idóneas y, asimismo, proteger la salud de los ciudadanos. Igualmente, entendemos que donde también deberíamos seguir avanzando sería en la coordinación con los responsables de los gabinetes de salud laboral y los de incapacidades de las comunidades autónomas.

El Foro de la Profesión Médica se siente orgulloso del PAIME, de los resultados obtenidos y aquí expues-

tos en sus 12 años de trayectoria, así como del papel desarrollado por los Colegios de Médicos. Deseamos al propio tiempo destacar y reconocer la fundamental contribución al Programa del Colegio de Médicos de Barcelona y su Fundación Galatea, origen y embajador incansable en los ámbitos europeos e internacionales. En el mismo sentido deseamos valorar positivamente el importante grado de sensibilidad y compromiso demostrado por la inmensa mayoría de nuestras Administraciones Sanitarias.

El Foro de la Profesión Médica insta a seguir avanzando en la implementación del PAIME en todas las Comunidades Autónomas. Entendemos que en un futuro deben encaminarse nuestras acciones no solo a lo asistencial, sino a ámbitos relacionados con la prevención y la investigación para seguir ofreciendo a nuestros ciudadanos lo que el propio lema del IV Congreso del PAIME dice: SALUD DE LOS MÉDICOS. CALIDAD DEL SERVICIO.



Veo quemarse
aquel montón de ramas secas
a varios metros del camino,
la combustión
da origen
a otra forma de materia:
respiración del fuego,
pálpito de la llama,
columna espesa de silencio.

Mirar y deducir sus consecuencias
es todo a lo que apuesto,
no seré yo quien cese tal proceso
de oxidación violenta,

VEO QUEMARSE

tal hermosa codicia de la luz.

Crece de súbito la llama,
una danza buscada por qué mano
en pleno mes de abril,
ahora que la lluvia no sucede
porque hasta el cielo contribuye
al rojo espectro natural
alimentado por las ramas.

Y aunque las horas pasen
y el fuego mengüe en su perfil,
todo aquello que fue
seguirá siendo
en otro rostro,
con distinta nostalgia.

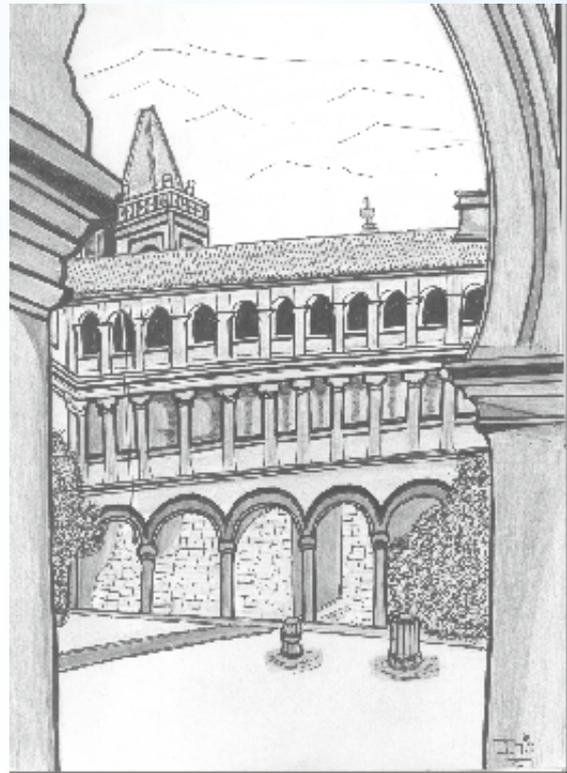
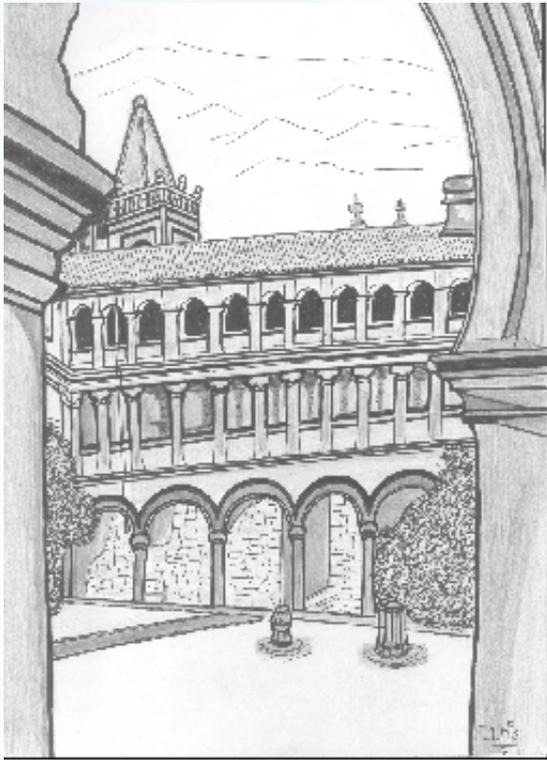
Es la materia
como el poema:
ni se crea ni se destruye,
siempre estuvo, y siempre
habrá de estar.

De El minuto interior (Rialp, Madrid, 2010)

El poeta manchego Rubén Martín ha sido galardonado el miércoles 17 de noviembre con el Premio Ojo Crítico de Poesía 2010.

LOS 7 ERRORES

Por Iris



CRUCIGRAMA

Fernando Elexpuru

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

HORIZONTALES:

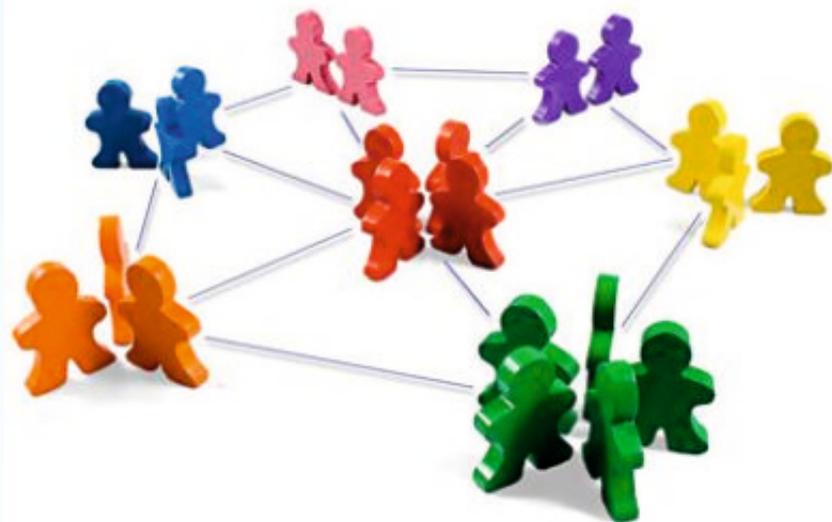
- Sin espacios en blanco y seguido de la J vertical y de la 10 horizontal: Nuestro colegio.
- Enfermos mentales. Cicatriz que se forma en la reunión de los fragmentos de un hueso fracturado, (al revés).
- Vocal. La misma. Parte final del intestino delgado, (al revés).
- Demuestra o reconoce si una persona o cosa es la misma que se supone o se busca.
- Nitrógeno. Perteneciente o relativo al diacono.
- Sustancia química secretada por un individuo de una especie capaz de provocar un comportamiento determinado en otro individuo de la misma especie. Mil
- Se atreva. Yodo. Uno romano. Infusión
- Utensilio para ponerse el zapato, (al revés). Quinientos.
- Mil. Rezar. Prefijo muy usado en medicina que significa en o sobre.
- Ver la 1 horizontal

VERTICALES:

- Coefficiente de inteligencia. Noticia de un negocio o suceso, o acerca de una persona.
- Cada uno de los apéndices en los que termina la mano o el pie, al revés. Demostrativo. Azufre
- Artículo indeterminado. Plumón del eider.
- Individuo de una de las sectas en la que se dividía el judaísmo en tiempo de Jesucristo. Labre
- Gravedad. Pasar el grano por un cedazo muy fino.
- Enlace que resulta de la fuerza de atracción electrostática entre los iones de distinto signo. Ley reforma universitaria.
- Alteración de la voz por lesión de las cuerdas vocales. Oxígeno
- Ester de glicerina con una molécula de ácido oleico. Tercera letra del alfabeto en plural.
- Tabla delgada que se coloca de canto sobre la borda para que no entre el agua. Consonante. Río italiano
- Ver la 1 horizontal.

LAS RELACIONES INTERPERSONALES

José Luis Pérez Cid



La vida, es la que da un marco global al entendimiento de universo. Estamos aquí, entre otras cosas, para comprender esencialmente a los seres vivos, y poder convivir con ellos.

No vamos a comentar el tema de las personalidades antisociales, que son los sociópatas, los psicópatas, y los caracterópatas; unas son de carácter sociopático, y otras son básicamente de carácter genético y tienen un sistema nervioso resistente a la socialización.

Vamos hablar del hombre, como ser social que necesita fundamentalmente para relacionarse, tres tipos de habilidades, la empatía, las emociones, y la sociabilidad.

La empatía, es la única habilidad que nos confiere la cualidad humana. Si no la tenemos, la vida carece de sentido. No tener empatía, significa no saber identificar las emociones y no poder relacionarse con los demás. Las emociones, son el principal aliciente de que la empatía tenga sentido. Las emociones, miedo, ira, temor, éxtasis, felicidad, nos pueden modificar nuestro devenir en un segundo; para ello hay que saber dominarlas, exteriorizarlas interiorizarlas, provocarlas, para poder tener unas buenas relaciones sociales, y por lo tanto lo que las personas sienten en su presencia; se asocia así y a su forma de transmitir, y así surge la sociabilidad; vivimos en sociedad por que así vivimos mejor.

Por muy solitario que sea uno, necesitamos por momentos relacionarnos con las personas. Decía

Saramago que la soledad, no es compatible con la felicidad; y que la alegría sola, no es nada.

La empatía, nos hace, ser más justos, enfadarnos menos y entendernos mejor; y las emociones, nos permiten comunicarnos, y hacemos entender mejor lo que queremos y esperamos.

Tampoco, tenemos obligatoriamente que llevarnos bien con todo el mundo, pero ser empático, nos ayuda mucho para andar mejor por la vida. Para ello hay que aprender a escuchar, mostrar interés y superar el miedo a lo desconocido, y en ciertos momentos ser tolerante a la ambigüedad, emanando confianza y aceptando y aprendiendo de las crítica. Desde el punto de vista médico, la empatía en la cual esta englobada la simpatía, la confianza, la comunicación extraverbal, está dirigida a facilitar la entrevista y sirve para profundizar el flujo emocional y para promover de manera definitiva la relación terapéutica medico paciente; esto es al final, el "coaching" anglicismo-barbarismo, método basado en la comunicación que combina de manera menos asimétrica el conocimiento del profesional con la responsabilidad del paciente para desarrollar habilidades específicas, para afrontar y superar las dificultades.

Las habilidades interpersonales, así como el valor, el optimismo, la esperanza son unas fortalezas que actúan como amortiguadores de los trastornos psíquicos, alimentándolas, estamos ejerciendo de higienistas mentales.

¿Quiere una inversión doblemente segura?



100%
del capital garantizado
a fecha de vencimiento,
el 2-2-2015

+

14,30%
(TAE mínima: 3,50%)

+

Hasta **3.000 €**
de abono en cuenta
al contratar sus seguros

FonCaixa Asegurado, invierta en algo seguro...

¿Hay algo mejor que invertir en un producto seguro? Sí, sentirse seguro con su inversión. Y eso es lo que le ofrece el **FonCaixa Asegurado**. Un producto altamente competitivo para que usted invierta con tranquilidad.

**100% del capital garantizado
a fecha de vencimiento, el 2-2-2015**

+

14,30%
(TAE mínima: 3,50%)

Se trata de un nuevo fondo de inversión que le ofrece una atractiva rentabilidad sin riesgo de capital al vencimiento, permitiéndole despreocuparse de la gestión de sus ahorros.

Su plazo de inversión es de **3 años y 11 meses** con la posibilidad, a partir del primer año (marzo del 2012), de disponer de su dinero realizando reembolsos sin comisión* gracias a sus **ventanas de liquidez trimestrales**. Podrá contratarlo desde el 3 de enero hasta el 17 de marzo**. No lo dude e invierta en seguridad.

...sintiéndose seguro

Porque si invierte en el FonCaixa Asegurado, además de tener un interés competitivo y su capital 100% garantizado a fecha de vencimiento, el 2-2-2015, usted se sentirá seguro con su inversión, ya que se beneficiará de:

- **Un abono en efectivo directo en cuenta, de hasta 3.000 €, al contratar alguno de los seguros incluidos en esta promoción*** entre el 3-1-11 y el 17-3-11.**

Se abonarán las primas de los seguros contratados entre el 3-1-2011 y el 17-3-2011 con un importe máximo establecido en función de la aportación al FonCaixa Asegurado. Los tramos de bonificación son:

Aportación al FonCaixa Asegurado	Bonificación NETA
De 5.000 a 9.999,99 €	50 €
De 10.000 a 24.999,99 €	100 €
De 25.000 a 49.999,99 €	250 €
De 50.000 a 74.999,99 €	500 €
De 75.000 a 99.999,99 €	750 €
De 100.000 a 149.999,99 €	1.000 €
De 150.000 a 199.999,99 €	1.500 €
De 200.000 a 249.999,99 €	2.000 €
De 250.000 a 299.999,99 €	2.500 €
Más de 300.000 €	3.000 €

Para las contrataciones de seguros realizadas entre el 3 de enero y el 28 de febrero se permitirá un diferimiento máximo hasta el 30 de junio del 2011. Las contrataciones de seguros que se realicen entre el 1 y el 17 de marzo del 2011 no admitirán diferimiento y el pago de la prima debe realizarse en el momento de la contratación.

Vaya a su oficina de "la Caixa" o hable con su Gestor Personal para ampliar esta información



Para más información consulte
www.laCaixa.es/bancapersonal

Información válida
hasta el 17 de marzo de 2011

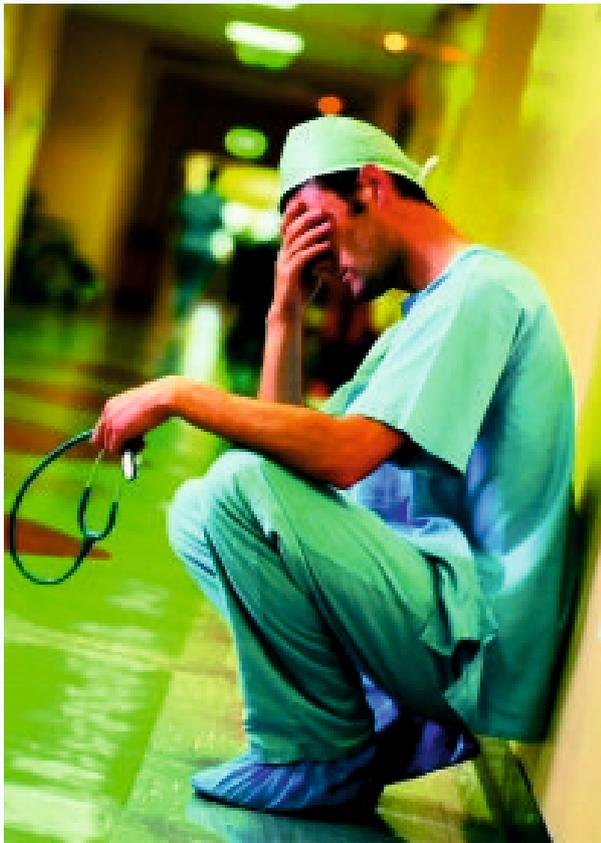
*El FonCaixa Asegurado permite realizar reembolsos sin comisión los días 16-3-12, 15-6-12, 17-9-12, 17-12-12, 15-3-13, 17-6-13, 17-9-13, 17-12-13, 17-3-14, 17-6-14, 17-9-14 y 17-12-14, con un preaviso mínimo de 2 días hábiles. El valor liquidativo a aplicar será el de la fecha del reembolso en cada caso, no estando sujeto a garantía. Fuera de dichas fechas se aplicará una comisión de reembolso del 2%.

**Los traspasos externos podrán realizarse hasta el 10-3-2011. Consulte el periodo de comercialización del FonCaixa Asegurado en cualquier oficina de "la Caixa" o en www.laCaixa.es. Consulte el folleto informativo del fondo en cualquier oficina de "la Caixa", en www.laCaixa.es o en la CNMV. Entidad gestora: InverCaixa Gestión SGIIC, S.A., nº 15 de registro de la gestora en la CNMV. Entidad depositaria: "la Caixa", nº 87 de registro de la depositaria en la CNMV. Nº de registro en la CNMV: 4303. Entidad garante: CAJA DE AHORROS Y PENSIONES DE BARCELONA "la Caixa".

***Promoción válida para personas físicas y autónomas que contraten nuevas pólizas durante el periodo de campaña de los productos incluidos en la promoción: SegurCaixa Hogar, SegurCaixa Auto, SegurCaixa Auto Negocio, SegurCaixa Negocio, VidaCaixa Salud, VidaCaixa Previsión Profesional, Vida Familiar, Vida Colectivo, SegurCaixa Protección y Accidentes Colectivo, y que cumplan las condiciones de campaña. Consulte el resto de condiciones en su oficina de "la Caixa" o en www.laCaixa.es. NRI 105-2010/9829. SegurCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros, VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros. Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, operador de bancaseguros exclusivo de VidaCaixa, S.A. y autorizado de SegurCaixa, S.A., inscrito en el registro administrativo de mediadores de la DGSFP con el código C061G5889998.

REFLEXIÓN MÉDICA

José Luis Carballo Pérez
Vicepresidente de AMEPOU



desarrollada. Algo que dicho así, suena hasta normal y comprensible, pues también los salarios de los enfermeros y profesores son también los más bajos. En definitiva, los sueldos de los empleados públicos españoles, en general, son los más bajos de Europa. Países con Portugal pagan a sus médicos un salario ajustado a su nivel de renta como país, pero que en términos absolutos gana más que un médico español. Lo mismo sucede en el Reino Unido en donde un médico británico gana tres veces más que su colega español.

Pero esto no es todo, ni tan siquiera lo más importante. Lo peor: el coste de oportunidad de hacerse médico en España no se compensa con el salario, ni con la estabilidad en el empleo (un 20-30% de trabajo inestable o precario a pesar de la OPE extraordinaria, ni con el reconocimiento social, ni con ... Por eso nuestros médicos se van.

Y se han ido al mismo tiempo que han venido más de cuatro millones de inmigrantes...

No dice nada bueno de un país el hecho de que importe camareros y obreros de la construcción pero exporte médicos (formados, no olvidemos con dinero público). No es la única paradoja, pues nuestros médicos se van al mismo tiempo que los servicios regionales de salud buscan médicos extranjeros en países recién incorporados a la UE como Polonia. Nuestros especialistas se van, al mismo tiempo que el programa MIR literalmente es tomado por recién licenciados extranjeros (fundamentalmente latinoamericanos y de países del este de Europa), que vienen a formarse a España. De hecho en dos décadas se ha pasado del 0.40% a un 43%. Algo está fallando.

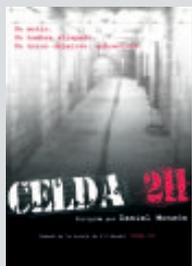
Hacerse el avestruz y creer que el tiempo por sí mismo acabará curando todo es un error de bulto y ya hay antecedentes de lo que nos ha costado negar la evidencia ante la actual crisis económica.

La crisis económica está “ayudando” a la médica; esta aseveración tal vez sea pronto para afirmarla, pero sin embargo hay una serie de datos que por lo menos me gustaría comentar.

La pérdida de poder económico e imagen social, sumado a los esfuerzos necesarios para el ejercicio de la profesión, léase “la nota de corte más alta para acceder a una Facultad de Medicina, un nivel de créditos elevadísimo (360 vs 540, según facultades), una formación de postgrado a través del sistema MIR, obligatorio para poder ejercer en el Sistema Público de Salud, de duración entre 4 y 5 años, así como una elevadísima responsabilidad civil y penal durante el ejercicio de nuestra profesión, además de tener un código deontológico de lo más exigente, todo ello sumado a que cada vez más estamos expuestos a ser víctimas de todo tipo de agresiones, tanto verbales como físicas, (como si debiéramos estar acostumbrados a que nos insulten) están haciendo de esta profesión que sea poco llamativa.

Tenemos los salarios más bajos de toda la Europa

CINE DEL ÚLTIMO AÑO por Chechu Jiménez



"Celda 211" de Daniel Monzón. Buena película de un género inusual en el cine español: el carcelario. Un tema que se presta al inevitable drama, a los arquetipos humanos en el límite de lo tolerable: marginales, antihéroes, tipos fuertes de pura debilidad. Extraordinario Luis Tosar en la mejor interpretación del cine español en ese año. Sólo "un pero": hay películas en las que los personajes crecen en armonía con la historia que protagonizan y también hay otras en las que la trama está al servicio del crecimiento de los protagonistas. Las excelentes para mí son las primeras. Las segundas sólo pueden ser buenas. Dejan un rastro de impostura en situaciones demasiado forzadas que provocan lagunas en el guión.

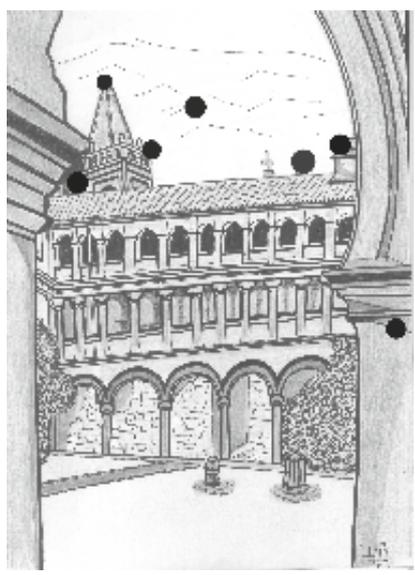
Celda 211 tiene este tipo de defectos. Buen cine de acción en todo caso. No es, a mi juicio, una película redonda, pero nadie debe perdérsela. (7)



"Teniente corrupto" de Werner Herzog. Heterodoxa, quizás con sobredosis de director de culto y demasiada sobreactuación de Nicolas Page. Un valioso retrato, en todo caso, de los demonios interiores de una ciudad degenerada: Nueva Orleans despues del Katrina. Aires de "Pulp Fiction" y aromas de "Fitzcarraldo". El infierno de las drogas y la violencia se redimen con humor ácido, inteligentemente malintencionado. Reirse de si mismo, del público, de lo más abyecto... es una excelente medicina. Sobre todo vista desde la butaca de un cine. (7)



"Buscando a Eric" de Ken Loach. De un drama realista que buscaba agitar la conciencia de la sociedad contemporánea en "Mi nombre es Joe", a este cuento de hadas o de "ángeles custodio". Con formato de ídolo futbolístico. Sobre la vida de un modesto cartero de Manchester se trenza una historia de amor, miedo, incomunicación, amistad y sueños. Temas universales habituales en Loach, que en este film se despliegan con sencillez, limpieza e ironía. Ternura a raudales con un toque políticamente correcto, inhabitual en Ken Loach. Pero al que también tiene derecho. Magnífica, sobre todo si te gusta el fútbol. Aunque Eric Cantona no te cayera simpático. (8)



SOLUCIONES
PASATIEMPOS

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN. CUESTIONES ÉTICAS Y LEGALES

El formulario es un documento oficial de la OMC Córdoba, con el título "CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN". Incluye campos para el número de identificación del fallecido, el nombre y apellidos del médico, la fecha y hora de la defunción, y la causa de muerte. El formulario está dividido en varias secciones con encabezados como "CERTIFICADO la defunción de", "Causa de defunción", "Lugar y hora de defunción", "Lugar de defunción", "Lugar de fallecimiento", "Lugar de nacimiento", "Lugar de residencia", "Lugar de fallecimiento", "Lugar de defunción", "Lugar de nacimiento", "Lugar de residencia", "Lugar de fallecimiento", "Lugar de defunción".

José Sáez Rodríguez
Vocal de la Comisión de Ética y Deontología
Médica del C.O.M. Córdoba

El fallecimiento de una persona supone en la inmensa mayoría de las ocasiones un drama para la familia y para sus amigos. La ausencia definitiva e irreparable que supone la defunción de un ser querido genera en las personas que lo rodearon un estado de dolor que de todos es conocido. Una obligación ética de los profesionales que desarrollan su actividad en torno al fenómeno de la muerte es procurar aliviar ese estado de perturbación.

Uno de los profesionales que tienen un papel más importante en torno al fallecimiento de una persona es el médico. Mucho se ha debatido sobre la actuación de éste antes del óbito, pero hay que recordar que su función no termina con la muerte sino que se prolonga con un acto médico más, el último, y que es al que vamos a referirnos a continuación. Se trata de firmar el correspondiente certificado médico de defunción.

Aunque hay facultativos que lo tildan de simple trámite administrativo y burocrático, lo cierto es que certificar la defunción de una persona tiene gran importancia: Nos permite hacer el diagnóstico de muerte cierta, la hora y la fecha en que se ha producido, así como las causas de la misma. La legislación, además, fuerza a realizarlo. La Ley del Registro Civil en su artículo 85 obliga a que exista una certificación médica para inscribir la defunción de una persona como única forma de oficializar la misma y, por lo tanto la extinción civil de todos los derechos de esa persona. Por otro lado, el artículo 274 del Reglamento del Registro Civil establece quien debe realizarlo, cómo debe hacerlo y las circunstancias en que no se puede expedir.

En los últimos tiempos estamos asistiendo de forma progresiva a la negativa injustificada de muchos facultativos a cumplimentar el certificado médico de defunción en casos muertes naturales, en los que no existen signos de violencia ni indicios de criminalidad. Se alega, en justificación de esta

actitud difícilmente compatible, diversos motivos tan poco científicos como "yo no soy su médico", "no se de que se ha muerto" o, en un claro ejemplo de medicina defensiva, "no quiero complicarme la vida". En estos casos consideramos que se están judicializando muchas muertes de forma totalmente innecesaria.

Esta judicialización conlleva la apertura de un procedimiento judicial superfluo, origina malestar innecesario a los ciudadanos en unas circunstancias dolorosas (el cadáver es trasladado al servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal, independiente del lugar donde se haya producido el óbito, para la práctica de la autopsia judicial), establece una problemática policial que es difícilmente comprensible para el usuario de la sanidad y, sobre todo, es una muestra de medicina defensiva que va en contra de los códigos de Ética y Deontología. Además supone un consumo innecesario de recursos tanto por parte del Instituto de Medicina Legal como por parte del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses que, indudablemente, repercute en los casos que deberían de ser los estrictamente judiciales.

Vamos a analizar entonces el acto médico de certificar la defunción de una persona. Nadie duda ya de la obligación legal y ética de realizarlo. El Reglamento del Registro Civil es muy claro al respecto al utilizar la fórmula del imperativo "enviará inmediatamente al Registro parte de la defunción", solo establece dos excepciones: que se trate de una muerte violenta o bien sea sospechosa de criminalidad. En estos casos debe ponerlo en conocimiento del Encargado del Registro Civil o del Juzgado de Guardia de forma inmediata.

No deben existir problemas en el concepto de muerte violenta que es aquella causada por mecanismos físicos, mecánicos o químicos ajenos al organismo, aquí se incluyen las muertes diferidas siempre y cuando no se haya roto el nexo de causalidad. La incertidumbre podría surgir en las llamadas muertes sospechosas de criminalidad que son aquellas que por sus circunstancias nos pueden inducir a sospechar la existencia de elementos extraños que intervengan en el fallecimiento. Se trataría de las llamadas muertes súbitas no previsibles e inesperadas, o bien aquellas que se producen en procesos de evolución muy atípica. Ahora bien, nunca podría considerarse una muerte como sospechosa de criminalidad aquella en la que no se certifique la defunción por comodidad del facultativo o por evitar complicaciones futuras.

Vamos a analizar ahora los motivos más frecuentemente

esgrimidos a la hora de negarse a firmar un certificado de defunción en los casos que estamos analizando:

1) "No era mi enfermo". El art. 274 del Reglamento del Registro Civil es muy claro al respecto: El facultativo que haya asistido al difundo en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver enviará inmediatamente al Registro parte de defunción Queda claro que simplemente basta con haber reconocido al cadáver para firmar el certificado de defunción, no es necesario ser el médico habitual del fallecido ni haber presenciado el fallecimiento. Esto es algo lógico. Con el modelo de medicina y de sociedad que tenemos, si solo pudiera certificar la defunción el médico del paciente la única forma de que se firmasen estos certificados sería cuando el fallecimiento se produzca en el turno de trabajo del mismo y evitando sus vacaciones, los fines de semana, cuando no esté de guardia, etc.

2) "No se de que se ha muerto". Como se expuso anteriormente certificar la defunción de una persona es el último acto médico que se realiza sobre ella. Como tal acto médico exige un diagnóstico. No se debe de tener miedo a errar en él y verse inmerso en un procedimiento penal. Como todos los diagnósticos es un ejercicio probabilístico y como tal hay posibilidades de errar. Ahora bien, los errores diagnósticos no son punibles salvo que para llegar a ellos se haya cometido una imprudencia, negligencia o impericia inexcusables. Con los conocimientos exigibles al facultativo médico y con los medios que dispone: reconocimiento del cadáver, antecedentes clínicos (ya sean conocidos o recabados en documentación) y estudio de las circunstancias del fallecimiento se debe establecer un diagnóstico con un razonable grado de certeza en la inmensa mayoría de los casos. Hay que recordar que precisar la causa exacta de la muerte es difícil

incluso con la práctica de la autopsia. Si actuamos como se ha indicado difícilmente se nos puede reprochar algo en caso de no haber acertado y nunca se nos va a exigir responsabilidad penal de ningún tipo a no ser que voluntariamente se oculten datos.

Si una vez agotadas todas las posibilidades de investigación se diagnostica una muerte como violenta o sospechosa de criminalidad es cuando se debería dar parte al juzgado de guardia, pero solo en estos casos, y siempre estando preparados, con sólidos argumentos científicos, para responder a la pregunta de cuales han sido los motivos por los que se ha judicializado el fallecimiento.

Evidentemente actitudes como negarse a reconocer el cadáver porque ya se ha decidido de antemano que no se va a certificar, o no expedir el certificado de defunción porque puede suponer una complicación posterior o simplemente porque se cree que no es su función, es una postura cómoda, alejada de la adecuada praxis médica, de la ética y de las normas deontológicas.

El facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver enviará inmediatamente al Registro parte de defunción en el que, además del nombre, apellidos, carácter y número de colegiación del que lo suscribe, constará que existen señales inequívocas de muerte, su causa y, con la precisión que la inscripción requiere, fecha, hora y lugar del fallecimiento y menciones de identidad del difunto, indicando si es conocido de ciencia propia o acreditada y, en este supuesto, documentos oficiales examinados o menciones de identidad de persona que afirme los datos, la cual también firmará el parte. Si hubiere indicios de muerte violenta se comunicará urgente y especialmente al Encargado.

BIBLIOTECA VIRTUAL

Memoria de la biblioteca virtual del Ilustre Colegio Médico de Ourense del año 2010.

Petición de búsquedas o artículos a través de:

<http://www.cmourense.org/biblioteca>

E-mail de contacto: biblioteca@cmourense.org

CONCEPTOS	TOTALES
Peticiones de usuarios: búsquedas bibliográficas y artículos	3055
Intercambio de documentación con otras bibliotecas	796
ACCESO A LAS REVISTAS ELECTRÓNICAS	
BioMed central	52
Canadian Medical Association Journal	32
eMedicine	36
Free Medical Journals	33
Google: Monografías a texto completo	33
Highwire	28
InternetDrugInfo	35
Medscape	28
Priority Medical Journals	33
ACCESO A LAS BASES DE DATOS	
Birema	123
CIT	75
Ciencia Gratis	90
Cochrane	207
Fisioterapia	149
IME	10
Indice Bibl Salud y Seg. Trabajo	42
Medias	178
Medline	281
Monografías gratuitas en la RED	40
Proyecto MegaLibros Colegio	65
Guías Clínicas	146
Vademecum	97
TOTAL DE ACCESOS A LA WEB	1793
CATALOGACIÓN DE MONOGRAFÍAS	
Total de monografías catalogadas	811

como misión propia, para ser entusiastas en ello, creativos y en lo posible, eficaces.

Tenemos que convencer a los colegas de que los tiempos cambian y no podemos mantenernos en los viejos postulados, sin abrirnos a los nuevos hábitos morales que las condiciones actuales sugieren más convenientes para respetar a las personas en su dignidad intrínseca, en su condición de ciudadanos.

El Prof. Diego Gracia ilustra en el capítulo correspondiente de ética y profesiones sanitarias, en su magnífico libro titulado "Como arqueros al blanco" (edtl.Triacastela), las distintas fases por las que pasó la ética medica a lo largo de nuestra historia occidental: la posición "paternalista", en la que el deber del médico era hacer todo el bien por el paciente ("beneficente") sin contar con la opinión del paciente, como un padre educaba a su hijo, sin darle explicaciones.

Tras muchos años de vigencia de ese patrón moral, con el advenimiento de la ilustración y del liberalismo político, aparece, también en el seno de la ética médica, el derecho a la "autonomía" de los pacientes: el médico no puede hacer nada por el paciente sin contar con el consentimiento del propio paciente o su representante; no se puede ser "beneficente" sin respetar la "autonomía".

Pero fuimos viendo, y estamos en ello, que el respeto de la autonomía, si bien dignificó en un alto nivel la relación sanitaria, no zanjó todos los problemas; y así vemos pacientes reticentes a ejercer su autonomía; familias que puentean la voluntad de sus enfermos; la soledad en que deja, a veces, el ser auténtico y conocer el mal físico que nos invade; el

sentirse abandonados por los profesionales a los que no hemos dado el permiso que nos solicitaban; el que la sociedad, los sistemas de salud, las aseguradoras, ... no deen satisfacción a nuestras demandas y necesidades como pacientes, etc.

Por eso, hoy, la ética médica promueve el modelo "deliberativo". Frente al estilizado modelo de "beneficencia paternalista" y el osado modelo "autonomista", los hábitos morales que debemos promover y desarrollar en nuestra profesión son los del diálogo, del tener en cuenta la posición del otro (el enfermo al profesional y el profesional al enfermo), en un afán de búsqueda de soluciones convenientes, aceptables por parte del profesional, ajustadas a su biografía personal por parte del paciente.

El relato anamnésico, la información, la petición de consentimiento, el diálogo terapéutico, el afrontamiento de los problemas, el cómo dar buenas y malas noticias... son los elementos dialógicas que deben cuajar en un amoldable saber de discernimiento de lo que es mejor, más conveniente, más aceptable,... a través del ejercicio de la "deliberación" en el seno de la relación clínica.

A ese hábito moral del ejercicio ajustado de la palabra en el seno de la relación terapéutica os queremos invitar desde la Comisión de Ética y Deontología, para orientar de modo eficaz, el cambio de hábitos morales que va exigiendo el nuevo mundo, en el que convivimos todos los seres humanos como dignos ciudadanos.

No es de sabios dar coces contra el aguji6n.

IV CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS JUBILADOS

Estimado colega,

Una vez más los médicos jubilados de España tendremos ocasión de encontrarnos en el IV CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS JUBILADOS que tendrá lugar en Barcelona los próximos días 30 de septiembre y 1 de octubre de 2011. Desde la Secció Col·legial de Metges Jubilats del Col·legi de Metges de Barcelona estamos preparando un programa que resulte atractivo y útil centrado en conocer nuestras necesidades, en como podemos envejecer activamente y que podemos hacer entre nosotros para llevar mejor nuestra jubilación.

El Congreso debe ser también un lugar de encuentro y relación entre compañeros jubilados, una extraordinaria ocasión para conocer la ciudad de la que Don Quijote dijo que era archivo de la cortesía, albergue de los extranjeros, hospital de los pobres, patria de los valientes, venganza de los ofendidos, y correspondencia grata de firmes amistades y, en sitio y en belleza única.

Os esperamos a todos en Barcelona.

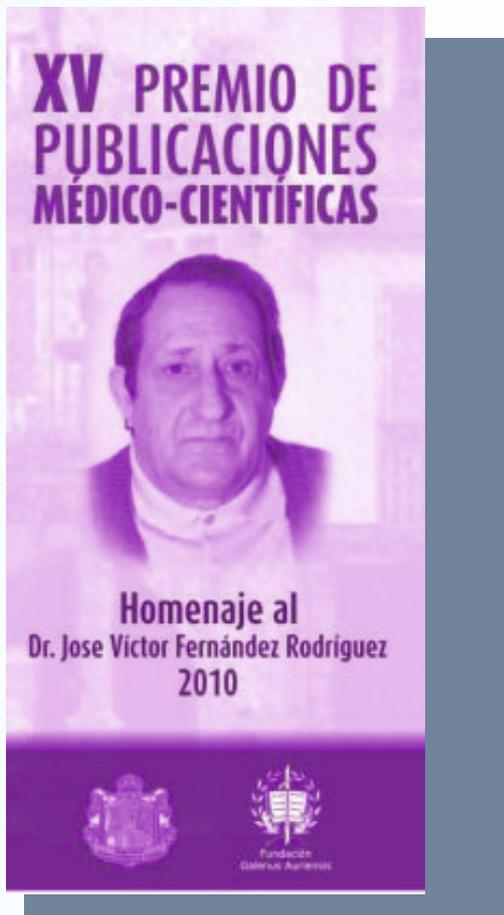
Junta de la Secció Col·legial de Metges Jubilats del COM de Barcelona



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COLITIS ISQUÉMICA

Resumen Trabajo ganador del XV Premio de Publicaciones Médico Científicas. Homenaje al Dr. José Victor Fernández Rodríguez.

Autores: Joaquín Cubiella Fernández, María Luisa Núñez Calvo, Elvira González Vázquez, María Jesús García García, Javier Fernández Seara. Servicio de Aparato Digestivo del CHOU



Joaquín Cubiella Fernández
Servicio de Aparato
Digestivo
Complejo Hospitalario de
Ourense

Se incluyeron los 161 casos incidentes de CI que requirieron ingreso en nuestro hospital entre 1998 y 2003. Se diagnosticó la CI en base a los hallazgos endoscópicos y una histología diagnóstica o compatible. Los controles se seleccionaron de forma aleatoria de una cohorte de pacientes que en el mismo periodo ingresaron y requirieron una colonoscopia, excluyéndose aquellos con un diagnóstico de colitis. Los casos se aparearon por edad y sexo con los controles con una ratio 2:1. Se realizó una regresión logística condicional. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas si $p < 0.05$.

Introducción y objetivos: La colitis isquémica (CI) es una enfermedad inducida por la reducción del flujo sanguíneo colónico. Aunque se ha relacionado con diversas enfermedades cardiovasculares, no se han definido claramente los factores de riesgo asociados. El objetivo del presente estudio es determinar el papel de los factores de riesgo cardiovascular, las enfermedades cardiovasculares, los tratamientos habituales y otras patologías en el desarrollo de C.I.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo caso-control con datos apareados.

Resultados: Se incluyeron 483 pacientes (161 casos, 322 controles). La edad media fue 75.67 ± 10.03 años y el 55.9% fueron mujeres. Las principales indicaciones para la colonoscopia en el grupo control fueron hemorragia digestiva baja (35.4%), anemia (33.9%), dolor abdominal (19.9%) y diarrea (9.6%). Los hallazgos endoscópicos en dicho grupo fueron hemorroides (25.5%), enfermedad diverticular (30.4%), pólipos (19.9%) y cáncer colorrectal (10.2%). Las variables que se asociaron con la C.I. en el análisis univariante fueron hipertensión arterial

($p=0.033$), dislipemia ($p<0.001$), diabetes mellitus ($p=0.025$), arteriopatía periférica ($p=0.004$), insuficiencia cardíaca ($p=0.026$), tratamiento con fármacos hipotensores ($p=0.023$), inhibidores de la enzima convertasa de la angiotensina (IECAs) ($p=0.018$), antagonistas del calcio ($p=0.028$), y con ácido acetilsalicílico (AAS) ($p<0.001$). Finalmente, se asociaron de forma independiente con el desarrollo de CI las siguientes variables: diabetes mellitus (O.R. 1.76, IC 95% 1.001-3.077, $p:0.046$), dislipemia (O.R. 2.12, IC 95% 1.26-3.57, $p:0.004$), insuficiencia cardíaca (O.R. 3.17, IC 95% 1.31-7.68, $p:0.01$), arteriopatía periférica (O.R. 4.1, IC 95% 1.32-12.72, $p:0.015$), tratamiento con digoxina (O.R. 0.27, IC 95% 0.084-0.857, $p:0.026$) y con AAS (O.R. 1.97, IC 95% 1.16-3.36, $p:0.012$).

Conclusiones: Los pacientes que requieren ingreso por un episodio de C.I. tienen más factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares que una población comparable. El desarrollo de un episodio de CI se asoció de forma independiente con la diabetes, la dislipemia, la presencia de insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica y el tratamiento con digoxina y AAS. El papel de estas variables en la CI deberá ser evaluado en futuros estudios prospectivos.

Comentarios: La CI es la forma más frecuente de isquemia intestinal (70%) y se produce cuando se reduce, habitualmente de forma transitoria, el flujo sanguíneo colónico. Aunque las descripciones iniciales se realizaron tras la obstrucción quirúrgica de la arteria mesentérica inferior, el origen de esta enfermedad se ha relacionado con múltiples condiciones que pueden disminuir la irrigación colónica: hematológicas, enfermedad microvascular, fármacos vasoconstrictores, enfermedades cardiovasculares... Sin embargo, el nivel de evidencia de los estudios etiológicos es bajo y hasta el momento no se han determinado de forma fehaciente los factores predisponentes. Esto es debido a dos motivos. Por una parte, se trata de una enfermedad con una baja incidencia. Un ejemplo es nuestro estudio. Hemos requerido 5 años para incluir 161 casos

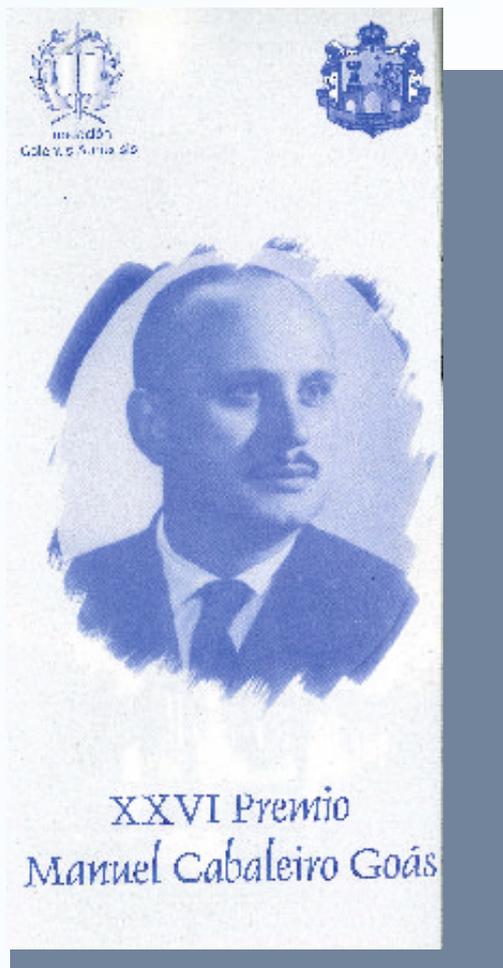
incidentes. Otra causa es la dificultad para obtener un diagnóstico de seguridad, puesto que la variabilidad clínica, endoscópica e histológica es muy amplia. Para intentar determinar factores de riesgo asociados al desarrollo de la CI en el Complejo Hospitalario de Ourense diseñamos un estudio caso-control con datos apareados. Hemos utilizado una regresión logística condicional para detectar aquellas variables independientemente relacionadas con la CI. Como peculiaridad del estudio, hemos utilizado como controles individuos que, en el mismo periodo de tiempo, requirieron realizar una colonoscopia durante un ingreso, y en los que se descartó la presencia de colitis de cualquier origen. Así, dentro de nuestro estudio hemos determinado que existe una asociación independiente entre diversos factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares (diabetes mellitus, dislipemia, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca) y fármacos tanto con efecto protector (digoxina) como favorecedor (AAS). Sin embargo, nuestro estudio tiene limitaciones. La primera esta en relación al diseño. Aunque los estudios casos-control pueden permitir detectar relaciones etiológicas en enfermedades de baja incidencia de una forma económica, es necesario confirmar estas relaciones dentro de estudios de cohortes donde se seleccionen a los pacientes en base a la exposición. La segunda está en relación a la asociación entre CI y tratamiento con AAS. Como he comentado previamente, actualmente no existen criterios específicos de CI. Este estudio plantea en este sentido una duda: si la AAS es un factor de riesgo de desarrollo de CI o si nos encontramos ante dos entidades (CI, colitis asociada a AAS) para las que aún no tenemos criterios diagnósticos que nos permitan diferenciarlas.

"Cubiella Fernández J, Núñez Calvo L, González Vázquez E, García Gacia MJ; Alves Pérez MT, Martínez Silva I; Fernández Seara J. Risk factors associated with the development of ischemic colitis. World J Gastroenterol 2010; 16(36): 4564-4569"

Factores pronósticos de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama precoz y ganglios axilares positivos diagnosticadas y tratadas en el Complejo Hospitalario de Orense, análisis poblacional

Resumen Trabajo ganador del XXVI Premio Manuel Cabaleiro Goás

Autores: D. Jesús García Gómez, Dña. María Eva Pérez López, D. Jesús García Mata, Dña. María del Carmen Penín Corderí. Servicio Oncología CHOU



D. Jesús García Gómez
Especialista en Oncología

Objetivo.

El presente es un estudio retrospectivo que analiza la supervivencia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama no metastásico (precoz) y con ganglios axilares afectados en el Complejo Hospitalario de Orense entre los años 1997 y 2004.

Como objetivo secundario del estudio se intentarán relacionar las características biológicas de los tumores determinadas mediante inmunohistoquímica con la supervivencia en este grupo de pacientes. De entre los factores pronósticos en nuestra serie analizaremos, edad, estirpe histológica, tamaño tumoral, estado ganglionar regional, grado histológico, estado de expresión de receptores hormonales, estado de expresión de Her-2 neu, expresión de Ki-67, expresión de bcl-2, expresión de p53.

Resultados.

Entre el 1 de Enero de 1997 y el 31 de Diciembre del año 2004 se diagnosticaron en nuestro centro 1122 pacientes de cáncer de mama.

De estos, 69 casos fueron metastásicos al diagnóstico (6,9%), 139 (12,4%) fueron carcinomas in situ, 5 casos fueron neoplasias de estirpe no epitelial (0,4%). Del resto de las pacientes 480 (42,78%) se presentaron con enfermedad local

La tasa de mortalidad por cáncer de mama estandarizada de Galicia en 1998 fue 14 por 100.000 habitantes. Esto supone una mejora en las cifras con respecto a años. La mejora de las cifras puede ser atribuible a los programas de detección precoz y a las mejoras en la terapéutica aplicada.

Existen factores clínicos y biológicos que predicen el pronóstico de las pacientes afectas de cáncer de mama bien sea en la enfermedad precoz, bien en la enfermedad avanzada.

en la mama y sin afectación axilar y 386 (34,4%) se presentaron con metástasis ganglionares al diagnóstico.

La edad mediana al diagnóstico son 61 años (27-93), el 99,2 fueron mujeres (383) y el 0,8% hombres (3).

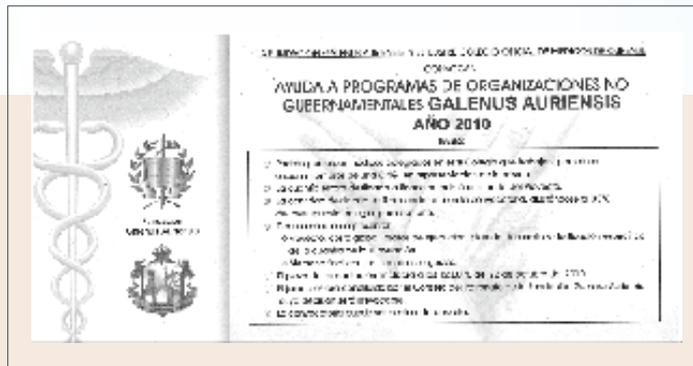
La mayor parte de los tumores fueron ductales infiltrantes (344 casos), 7% lobulillares infiltrantes (27 casos) y el 4% restante diferentes estirpes tumorales.

El 67% de las pacientes fue sometida a mastectomía, el 32% a cirugía conservadora. El 66% de las pacientes recibió radioterapia adyuvante. El 80%

de las mujeres recibió quimioterapia adyuvante, un porcentaje similar recibió terapia hormonal.

Conclusiones. Con una mediana de seguimiento de 113 meses, la supervivencia media de las pacientes es de 116 meses (IC 95% 110-122).

En el análisis multivariante mantienen la significación estadística en términos de diferente tasa de muerte la edad, a mayor edad mayor mortalidad, la presencia de 1 a 3 ganglios axilares que confiere un mejor pronóstico vital si se compara con más de 3 ganglios afectados y el grado histológico bien diferenciado frente a los moderada y pobremente diferenciados.



GANADORES AYUDA A PROGRAMAS DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES 2010



- **ONG "Mi Perú"**. Talleres culturales para niñ@s en Koneripatty (India). Presenta el proyecto Dr. José Carlos de Miguel Bouzas. Información ONG: www.ongmiperu.org



- **ONG "Cero Negativo"**. Proyecto para el envío de un contenedor con ayuda humanitaria a sus proyectos de desarrollo en Camerún. Presenta el proyecto Dr. Carlos García Rodríguez. Información ONG: www.ceronegativo.org

El 65 por ciento de las agresiones a médicos se producen en el ámbito de la Atención Primaria. ESTADÍSTICA NACIONAL DE AGRESIONES 2010



Los datos obtenidos del registro nacional elaborado por el Observatorio de Agresiones de la OMC arrojan un total de 451 agresiones a médicos colegiados en 2010, un dato que equivale al "iceberg" del problema porque la base del mismo podría estar aún más dimensionada.

Madrid, 18 de enero 2011

El sector de Atención Primaria es el más castigado por las agresiones contra el personal médico, según se desprende de los primeros datos cuantitativos arrojados por el registro nacional de agresiones a médicos elaborado por el Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial.

La colaboración de todos los Colegios de Médicos ha sido decisiva para recopilar todos los datos disponibles y poder configurar este registro, hasta ahora inexistente. Se trata de una iniciativa, pionera a nivel de todo el territorio nacional, que parte de la voluntad de contribuir a dar respuesta y soluciones a esta lacra de violencia contra el personal médico, que se ha ido incrementando en los últimos años hasta convertirse en un grave problema social, para el que desde la profesión médica se pide "tolerancia cero".

Los datos obtenidos de dicho registro nacional correspon-

dientes a 2010 arrojan un total de 451 agresiones registradas a médicos colegiados, un dato que equivale al "iceberg" del problema porque la base del mismo podría estar aún más dimensionada.

El mayor porcentaje de los actos violentos contra el personal médico se registraron en el primer nivel asistencial. Un 57 por ciento se produjeron en las consultas de Atención Primaria, más otro 8 por ciento en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias, lo que equivale a que prácticamente el 65 por ciento de las agresiones se acumulan en dicho nivel asistencial, siendo el sector público más castigado que el privado, en este sentido.

Si bien no hay diferencias acuciantes en cuanto al género del médico agredido, si se ha detectado que el grupo etéreo más afectado es el comprendido entre los 46 a los 55 años, en cambio se observa un menor número de casos entre los mayores de 66 años y los médicos más jóvenes.

Con respecto a la tipología del agresor no hay un perfil claramente establecido, dada su heterogeneidad, pero sí es destacable el hecho de que una de cada tres agresiones es realizada por un familiar del paciente.

De los datos obtenidos sobre las causas que motivan este tipo de agresiones, la discrepancia con la atención médica es la que figura como principal desencadenante del acto violento contra los facultativos, seguida de la negativa a recetar el fármaco demandado por el paciente, y de discrepancias personales con el facultativo.

De la información extraída cabe destacar otros datos, tales como que el pico más alto del número de agresiones se produjo en verano, concretamente, en el mes de julio, que más de un 18 por ciento de las mismas terminaron en lesiones y que más de un 13 por ciento de los agredidos tuvieron que solicitar la baja laboral.

Por CC.AA., Andalucía y La Rioja figuran entre las autonomías donde se han registrado un mayor número de casos, y, por el contrario, otras comunidades, como Aragón, Baleares y Navarra, arrojaron unos índices muy bajos de agresiones.

A partir de la descripción de la situación, desde la OMC, se quiere transmitir un mensaje que se considera fundamental, como ha manifestado su secretario general el doctor Serafín Romero: "el médico o médica que recibe amenazas o que es agredido psíquica o físicamente tiene que tener presente la importancia de denunciar el hecho no sólo en su lugar de trabajo, a su superior o gerencia, sino también a su propio Colegio de Médicos. El hecho de comunicarlo en la entidad

colegial sirve además de para registrar y contribuir a dar solución a la lacra, también para obtener respuesta a su agresión y acompañamiento jurídico, médico y laboral”.

Observatorio de Agresiones

Bajo la premisa “agresiones a médicos, tolerancia cero”, este Observatorio impulsado desde la Organización Médica Colegial ya ha dado sus primeros resultados, a partir del establecimiento de un método de trabajo eficaz para el que se ha contado con la colaboración de todos los Colegios de Médicos de España, y que constituye la principal herramienta de la profesión para conocer con exactitud en el terreno en el que hay que moverse con respecto a la violencia contra los médicos.

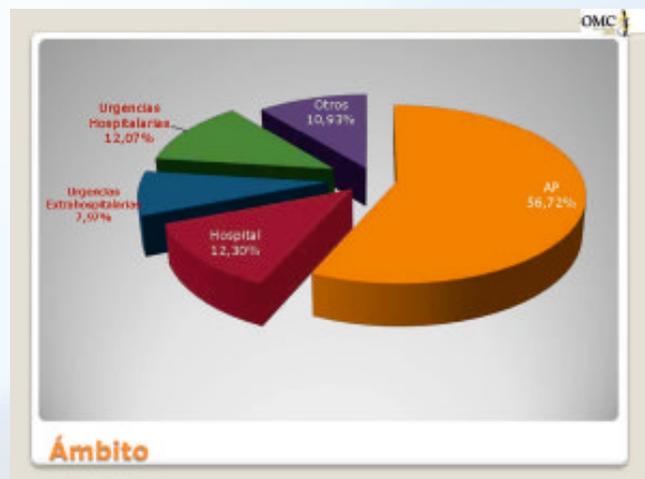
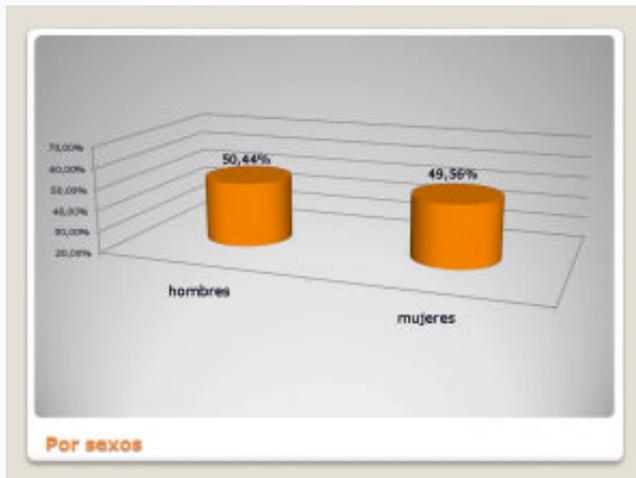
Como ha manifestado al respecto, el coordinador de este Observatorio, el doctor Alberto Becerra, secretario, a su vez, del Colegio de Médicos de Badajoz, “vamos a defender, por encima de todo, los intereses y el bienestar de nuestros médicos, llegando al fondo de la cuestión en esto y también en el análisis de los ámbitos organizativos y en el de las

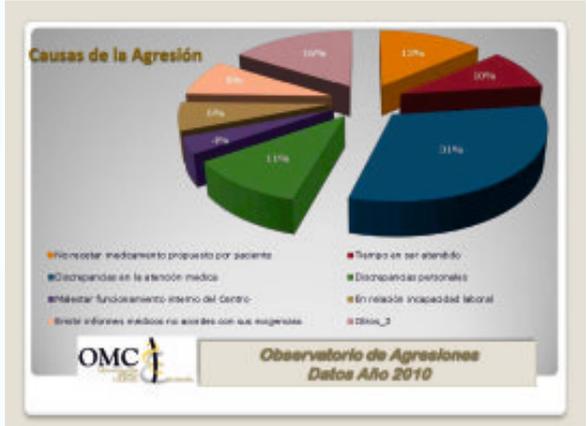
expectativas de los ciudadanos en relación a los servicios sanitarios”.

Lograr la intervención de los correspondientes ministerios fiscales es otra parte fundamental del trabajo que se está llevando a cabo desde las instituciones colegiales. Como señala, al respecto, el doctor Becerra, “una de nuestras aspiraciones, en este sentido, es lograr la consideración de atentado contra la autoridad, en este caso sanitaria, en todo el territorio”.

La lucha de los Colegios de Médicos para el reconocimiento del profesional como autoridad y para que se haga justicia frente a esta clase de actos vandálicos ha dado ya algunos frutos. Prueba de ello es que en algunas CC.AA., gracias a la presión ejercida, se ha logrado que las agresiones contra un médico, reconocido como autoridad, sean ya consideradas como delito de atentado.

OBSERVATORIO DE AGRESIONES 2010





Observatorio de Agresiones Año 2010 Características de la Agresión

- “ Solo TRES DE CADA DIEZ son por discrepancias en la atención médica que se le presta al paciente..... ”
- “ Solo UNA DE CADA DIEZ son por discrepancias personales ”
- “ Mas de UNA DE CADA DIEZ son por NO prescribir lo que el paciente desea (....) ”
- “ Mal funcionamiento del Centro, tiempo en ser atendido, informes, bajas laborales ... otros ”

OMC

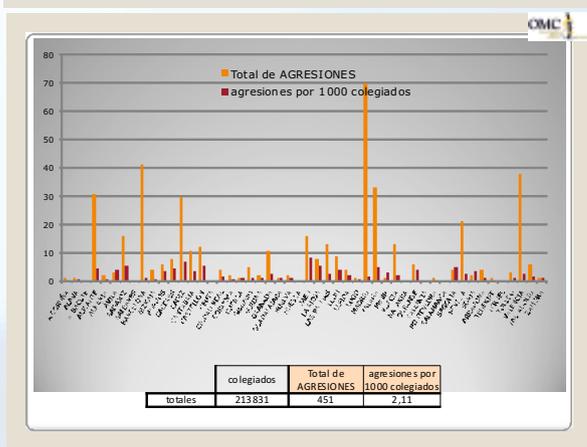


Nº agresiones por cada 1000 colegiados

colegio	Nº agresiones por cada 1000 colegiados
JAEN	8,19
CADIZ	6,71
CASTELLON	5,49
BADAJOS	5,32
LA RIOJA	5,27
SEGOVIA	4,95
MALAGA	4,91
ALICANTE	4,59
CACERES	4,38
OURENSE	4,20
LEON	4,08

Colegios con mayor número de agresiones por cada 1000 colegiados

	colegiados	Total de AGRESIONES	agresiones por 1000 colegiados
totales	218.324	451	2,07



¡Felicidades! Hoy puede ser tu día.

Clase B 160 BlueEFFICIENCY Edition desde 22.500€*.

Cada día puede ser especial en un Clase B. Porque puedes viajar con tu familia en un vehículo dinámico, con un interior modulable, capaz de adaptarse a tus necesidades en cada momento gracias a la gran capacidad de su espacioso interior; o puedes ir al trabajo optimizando el consumo y reduciendo las emisiones de CO₂ gracias a la tecnología Start&Stop ECO y sin renunciar a las sensaciones de su paquete deportivo.



Consumo mín. 6,4 máx. 6,6 (l/100km) y emisiones de CO₂ mín. 149 máx. 152 (g/km). *PVP Clase B 160 BlueEFFICIENCY Edition 70kW (95CV). IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos. Vehículo visualizado corresponde con modelo ofertado. Oferta válida hasta el 30/06/2011.

125! años creando automóviles



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

“Programa de Intervención Intensiva. Un programa preventivo y asistencial orientado a pacientes con conducta suicida”



Parte del equipo: Fernanda Iglesias, Teresa Reijas, Ernesto Ferrer y Amparo González. Servicio Psiquiatría CHOU (Foto Carlos Bermello)

El diseño del proyecto "Programa de Intervención Intensiva. Un programa preventivo y asistencial orientado a pacientes con conducta suicida", ha recibido el primer premio del área médica en la cuarta convocatoria de los premios esteve "Unidos por la Atención al Paciente", 2011. Este premio está avalado por la Organización Médica Colegial, de la cual destacados representantes formaron parte del tribunal. Entre ellos el Presidente de la OMC, Juan José Sendín.

El suicidio es una de las complicaciones más graves de un buen número de trastornos psiquiátricos y un problema social. La OMS estima que en el mundo, en el año 2000, murieron por suicidio cerca de un millón de personas, detectándose un incremento de su prevalencia y un descenso preocupante de la edad media.

En España, Galicia es la segunda comunidad autónoma en suicidios consumados con una tasa media 11'2 por 100.000 hab, superándola sólo Asturias. Por año en Galicia, mueren por esta causa un promedio de 310 personas. Además de ser un problema grave, este se magnifica por ser ignorado y no abordarse de forma directa, impidiendo que se busquen soluciones. Como ejemplo un dato: en el 2007 en Galicia han muerto por accidentes de tráfico 309 personas, frente a 304 por suicidio.

Hoy la idea de que el suicidio es un problema moral, no nos puede inhibir. Sabemos que es un problema de salud pues datos sólidos apuntan a que en el 90% de los suicidios subyace un trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la principal causa.

No tenemos que olvidar que el suicidio es sólo una parte del problema. Si queremos prevenirlo debemos de afrontar dos pasos anteriores: los intentos de suicidio (generan unas 300 urgencias anuales en el Complejo Hospitalario de Ourense) y la ideación suicida. En Galicia se producen unos 6.000 intentos de suicidio por año.

El Programa de Intervención Intensiva (PII) pretende reducir los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Para ello este programa se conforma con intervenciones en a) atención primaria y urgencias (formación y apoyo continuo para evaluación de riesgo de suicidio así como su manejo inicial) que permitan una detección precoz de pacientes en riesgo (pacientes con intentos de suicidio o con ideas e intención de suicidio) y b) desarrollo de una intervención específica que incluya evaluación y tratamiento psicofarmacológico rápido y adecuado, seguimiento asertivo (minimizar abandonos) y una psicoterapia que ha demostrado de forma sólida eficacia en reducir reintentos de suicidio.

El programa ha sido implantado y está funcionando en el Área Sanitaria de Ourense con el apoyo de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Ourense, contribuyendo a su mantenimiento la actual

Subdirección Xeral de Xestión Sócio Sanitaria y Saúde Mental a través de los fondos de cohesión territorial de SNS. El PII se puso en marcha en noviembre de 2008 con 19 cursos de formación a médicos y DUE de atención primaria. En los que participaron 174 médicos de la provincia y 91 DUE. La asistencia a pacientes se inicia en Ourense desde abril de 2009 y se ha mantenido en funcionamiento hasta la fecha. El diseño del PII incorpora una evaluación exhaustiva, que permitirá mejorarlo y cuantificar su eficacia. En breve dispondremos de resultados de un estudio de cohortes que hemos diseñado con esta intención y que ya estamos

elaborando. En la actualidad forman parte del equipo asistencial: La Dra. Fernanda Iglesias, El Dr. Jose Antonio Campos, la dra. Teresa Reijas y Amparo García. (Dos psiquiatras, psicólogo y DUE respectivamente). Siendo el Dr. Ernesto Ferrer el responsable de su diseño y colaborador en evaluación y mejora.

Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Psiquiatra
Servicio de Psiquiatría del CHOU.



ASESORÍA LEGAL COLEGIAL

PROTOCOLO DE NOMBRAMIENTO DE PERITOS MÉDICOS POR EL JUZGADO

Sobre la lista de Colegiados que el Colegio remite al Juzgado anualmente para que puedan intervenir como Peritos Judiciales, cada Juzgado de Primera Instancia, Instrucción, Juzgado de lo Penal o de lo Contencioso, en cada procedimiento que sea necesario solicita del Decanato la designación de Perito Médico que por turno y orden corresponda.

En la Jurisdicción Civil el Perito lo nombra el Juzgado a solicitud de los partes: la aceptación del cargo es voluntaria, pudiendo el Perito renunciar pero perdiendo el turno que le correspondía en la lista; antes de la emisión del Informe se podrá solicitar provisión de fondos que no podrá superar el 60% de la factura final y posteriormente habrá de presentarse el Informe en sede Judicial y comparecer en juicio para ratificación.

Lo mismo es aplicable para la Jurisdicción contencioso administrativa, al ser la Ley de Enjuiciamiento Civil de invocación con carácter supletorio.

En la Jurisdicción Penal si el perito lo designa directamente alguna de los partes, el procedimiento de aceptación del cargo es idéntico que poro la Jurisdicción Civil, y si el perito lo designa el Juzgado la aceptación del cargo es obligatoria debiendo de abonar los honorarios aquella parte que solicito la designación de perito o través de Juzgado, salvo que goce del beneficio de Justifica Gratuita, en cuyo caso deberá solicitar de la Consellería, o en su caso del Ministerio de Justicia el pago de los honorarios correspondientes. El procedimiento es común ya que el médico perito tiene que aceptar el cargo, emitir el informe, presentarlo en el Juzgado, y comparecer en Juicio para ratificarse y contestar a los preguntas que las partes le formulen.

Formamos parte de tu Vida



Mi familia



El trabajo de mamá



¡Los abuelos disfrutando!



Rosalía,
mi
asesora
de PSN

Y gracias a ti, en 2010...

Creando 25 nuevos puestos de trabajo.

Pagando 52.791.588 € en prestaciones al colectivo protegido.

Creciendo un 23,37% las primas.

Un año muy especial, fortaleciéndonos a contracorriente con el apoyo y la confianza de los mutualistas.

Más de 150.000 familias protegidas, cerca de 500.000 personas.





INGREDIENTES:

- 2 manojos de espárragos verdes
- 4 patatas
- 8 vieiras
- 1 diente de ajo
- aceite de oliva
- sal, pimienta, perejil picado.

ELABORACIÓN:

En una cazuela con agua cocemos las patatas unos 20 minutos. Transcurrido este tiempo, incorporamos los espárragos bien limpios y deja cocer otros 10 minutos. Una vez cocidos estos dos ingredientes, escurrimos y trituramos las patatas y los espárragos hasta obtener una crema muy fina

Aparte, cortamos en lonchas las vieiras sazonadas con sal y pimienta. Salteandolas con un poco de aceite, el ajo picadito y el perejil picado. Para servir, ponemos en el fondo del plato un cazo de crema y encima las vieiras salteadas.

Crema de espárragos verdes con vieiras



VALOR NUTRITIVO: Con esta receta podemos obtener unas cuatro raciones de unos 200 gramos por ración, con un aporte calórico aproximado de una Caloría por gramo. El perfil calórico viene dado en un 56% de lípidos, 32% glúcidos y 12% proteínas. El contenido lipídico procede mayoritariamente del aceite, si usamos oliva, tendremos un dominio mayoritario de ácidos grasos monoinsaturados en un 72%, con 15% de saturados, y 12% de poliinsaturados; y uno 10 miligramos de colesterol. La receta aporta unos 3 gramos de fibra. El aporte de vitaminas incluye Ácido fólico (40% IDR) y presencia del resto de vitaminas del complejo B (entre un 6-20de IDR). Las vieiras con espárragos verdes aportan hierro (40% IDR) con algo de magnesio y zinc. Una receta de moderada carga calórica, con muchos componentes saludables, asparragina, carotenides, oleico, celulosa hierro

INGREDIENTES:

- 4 tajadas de bacalao salado
- 300 g de salmón ahumado
- 4 dientes de ajo
- 1/4 litro de aceite virgen
- salsa de tomate
- perejil picado.

ELABORACIÓN:

Desala el bacalao y méchalo con el salmón.

En una cazuela de barro con aceite ponemos a dorar los dientes de ajo enteros. Cuando estén bien doraditos, retirarlos y reservarlos.

Freímos a continuación el bacalao 3 minutos por cada lado, en primer lugar con la piel hacia arriba. Retiramos la cazuela del fuego dejando sólo el bacalao, retiramos el aceite. Esperar que el aceite se temple. Vamos echando en pequeñas cantidades, varias veces, el aceite a la cazuela fuera del fuego. A la vez, movemos el recipiente constantemente para que la salsa ligue al pil-pil. Necesitaremos al menos un cuarto de hora. En caso de que el aceite quedase extremadamente frío, poner la cazuela unos segundos al fuego. Una vez ligada la salsa, ponemos cuatro cucharaditas de salsa de tomate encima de cada tajada y un diente de ajo frito. Espolvoreamos con perejil picado.

Bacalao mechado



VALOR NUTRITIVO: Si escurrimos algo de aceite en la cazuela podemos distribuir cinco raciones de unos 200 gramos con unas 400 Calorías por ración. Una receta carente de glúcidos en la que el aceite aporta el 60% de calorías y el pescado el 40%. La proteína de pescado es de alto valor biológico y fácilmente digerible. El perfil de ácido grasos, cocinando con aceite de oliva, es 67% de monoinsaturados y 18% de poliinsaturados. Esta receta aporta el 400% de IDR de vitamina B12, y el 200% de IDR de Vitamina D. La contribución a la ingesta de minerales de una ración es de 70% de yodo, con pequeños aportes de calcio, magnesio, hierro y zinc. Una receta muy calórica, pero sana y nutritiva, para personas que se recuperan de alguna enfermedad o con intensa actividad física.

INGREDIENTES:

- ½ litro de leche
- 90 g de azúcar
- 60 g de harina
- 2 huevos
- ramita de canela
- aceite de girasol
- una pizca de vainilla
- 2 cortezas de limón
- harina y huevo para rebozar
- azúcar con canela en polvo

ELABORACIÓN:

En un bol mezclamos bien el azúcar, la harina y la mitad de la leche. Cuando esté todo disuelto, añadimos los 2 huevos y continuamos mezclando. Mientras tanto, ponemos a calentar el resto de la leche con la vainilla, la canela y una cáscara de limón. Juntamos la mezcla del bol con la leche caliente y ponemo todo a calentar para que espese, sin parar de remover evitando que se pegue. A continuación, dejamos enfriar la crema en una fuente, retirando la canela y el limón.

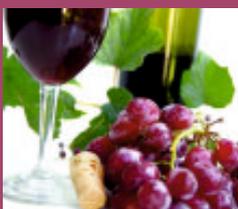
Cortamos la masa en cuadros, pasandolos por harina y huevo y friendolos en aceite bien caliente con una cáscara de limón.

Se sirve la leche frita espolvoreada con azúcar aromatizada con canela.

Leche frita



VALOR NUTRITIVO: Podemos obtener unas 15 porciones de unos 45 gramos cada una, con un aporte calórico aproximado de unas 70 Calorías. El 60% de las calorías procede de glúcidos, 30% de lípidos y 10% de proteínas. El aceite de girasol proporciona un perfil de poliinsaturados del 53%, monoinsaturados el 33% y saturados el 14%. Cada porción de leche frita aporta una pequeña cantidad de vitaminas del complejo B, y E; y pequeñas cantidades de calcio, magnesio y hierro. Un postre tradicional para todos los paladares.



MARIDAJE: Para esta ocasión el plato principal, bacalao, caracterizado por un sabor potente y definido producto de la personalísima salsa con la que esta elaborado, recomiendo que se acompañe de un vino tinto bien estructurado, frutal y fresco, con notas vegetales y algo de madera.

Un vino del año de la Rioja, cumpliría perfectamente su función. Si ustedes desconocen la bodega de Palacios Redondo un buen vino para iniciarse sería "La vendimia 2009" un Rioja con fruta de tempranillo y de garnacha a paladas.

Que les siente bien. Salud.

por Ildefonso Cejudo Diaz

Médicos de Primaria piden mejoras en el sistema informático

Premian el plan contra el suicidio de un doctor ourensano

La Organización Médica Colegial reconoce su aportación social

Médicos ourensanos reprehendidos

El doctor en Anatomía y fisiología de la Universidad de Orense, Luis Rodríguez, ha sido premiado por el Colegio Oficial de Médicos de Orense en su última edición. El premio reconoce su labor durante la Guerra Civil y en la posterior historia de la región. El premio se basa en el libro de Luis Rodríguez, un trabajo materialmente perfecto que el Colegio Oficial de Médicos de Orense ha premiado. El premio se otorga a los médicos que han contribuido a la sanidad gallega.

El colegio médico pide respeto para los psiquiatras ante el cierre de Toén

Dos ourensanos, los primeros "eméritos" de la sanidad gallega

Los médicos ourensanos David Fernández y Juan María Lois, han conseguido el primer premio de la sanidad gallega. Los premios se otorgan a los médicos que han contribuido a la sanidad gallega.

Ourense, entre las provincias con más agresiones a médicos

El año pasado fueron atacados en España 451 facultativos

ARTURO FUENTES VARELA MÉDICO

«No se nos ha enseñado a tomar decisiones en conciencia»

La pluralidad moral de la sociedad, explica, influye en la medicina



JULIÁN JIMÉNEZ
Subdirector del Hospital de Medicina. Trabajó en la Unidad de Medicina de Emergencias de la Universidad de Orense.

El Colegio de Médicos pide a los ourensanos que dejen el tabaquismo

Los facultativos recuerdan que fumar es la primera causa evitable de muerte

Los psiquiatras gallegos apoyan el cierre del hospital de Toén

La plataforma de la sanidad pública cree que el traslado es un «parche»

El Hospital verinense ofrecerá consultas de cardiología y busca un digestólogo

La labor solidaria de los médicos en Etiopía

El doctor Francisco Lobato, que ha estado en Etiopía, ha escrito un artículo en el que describe su experiencia. El doctor Lobato ha estado en Etiopía durante un año y ha escrito un artículo en el que describe su experiencia. El doctor Lobato ha estado en Etiopía durante un año y ha escrito un artículo en el que describe su experiencia.

La Comisión de Centro del Chou cree que la gestión del aumento de las urgencias fue improvisada

Nuestros deseos para **2011** ya son realidad



Nueva sede A.M.A Seguros

Más de 11.000 m² para dar
un mejor servicio a
todos nuestros mutualistas

Vía de los Poblados, 3. Parque Empresarial Cristalía, edificio 4. Madrid

Más de 500.000 profesionales confían en A.M.A.

SEGUROS PERSONALES

- > Automóvil, Motos y Ciclomotores
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

SEGUROS PROFESIONALES

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME



Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

A.M.A. Ourense **988 372 532**

Juan XXIII, 17; entreplanta

32003 OURENSE

ourense@amaseguros.com

A través de internet: www.amaseguros.com

Nuevo Mitsubishi ASX

Drive to the Next Level



Consumo: 5,5-6 l/100 km · CO₂: 139-153 g/km

Nuevo Mitsubishi ASX: conduce a otro nivel

Motores gasolina 160 MPI de 117 CV y diesel 180 DI-D de 116 CV y 200 DI-D de 150 CV · ClearTec con Auto Stop & Go: bajo consumo y emisiones reducidas · Tracción delantera o total (All Wheel Control) · Techo panorámico de cristal e iluminación ambiental de LEDs · Navegador con servidor de música, disco duro de 40 GB y cámara de visión trasera · Audio Premium mp3 con 710W, 9 altavoces y cargador 6 CDs · Faros de Xenón Super-HID de visión ampliada.

Desde 20.250€



5 AÑOS DE GARANTÍA

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 DiD Motion. Precio del Mitsubishi ASX 160 MPI Challenge válido para Península y Baleares. IVA, IIM y transporte incluido. 3 años de garantía o 100.000 km. Extensión de garantía hasta 5 años sin cargo para operaciones financiadas con MCE Bank y hasta el 31/03/2011. Asistencia 24h en Europa. MCE Bank financiación diseñada para 3. Mitsubishi recomienda Lubricantes **REPSOL**.