

LETRA



MÉ DI CA

BOLETIN DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL

Nº. 154 - Julio 1991



**Celebración del día de la Patrona Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro
del Colegio de Médicos de Ciudad Real**



**BOLETIN INFORMATIVO
DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MEDICOS DE LA PROVINCIA
DE CIUDAD REAL**

Director:
PASCUAL CRESPO CRESPO

Consejo de Redacción:
FERNANDO DE HITZA ZAMORANO
JOSE ANTONIO VELASCO MEDINA
ANTONIO J. RAMON SERRANO SERRANO
VICENTE LAZARO BENAVENT
JAIME ALEMANY SANCHEZ DE LEON
JOSE MANUEL GONZALEZ AGUADO
JUAN LUIS HERNANDEZ CASTILLO
PILAR MONTOYA BENITEZ
MANUEL NAVARRO SALAZAR
AUGUSTO PIQUERAS CABANILLAS
HELIADAS PORTILLO PEREZ OLIVARES
FRANCISCO RUIZ CARRILLO
EMILIO VENTURA GARCIA

Asesor Periodístico:
JOSE GONZALEZ LARA

Fotografía:
ANGEL SANCHEZ SEVILLA

Colaboradores:
TODOS LOS COLEGIADOS

Redacción y Administración:
PLAZA DE LA PROVINCIA, 3
TEL. 21 14 32

Imprime:
GRAFICAS CERVANTES
Paz, 4 - C. Real

Depósito Legal:
C.R.-451-1981
SVR 209
Soporte válido M. Sanidad

**Julio 1991
Nº. 154**

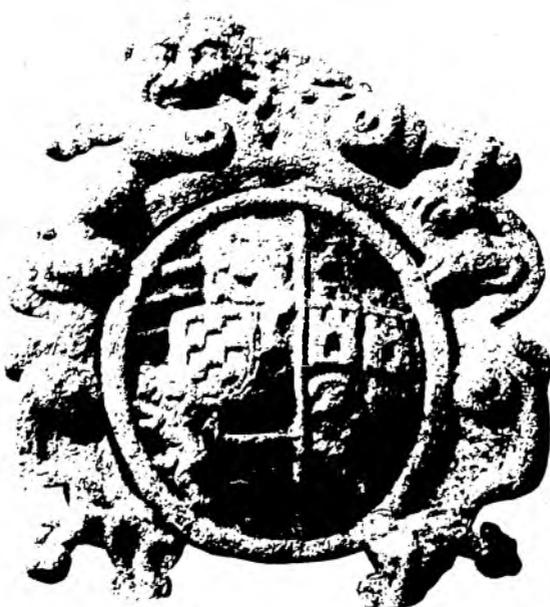
sumario

	Páginas
• Editorial.....	3
• Celebración del día de la Patrona.....	4-6
• Homologación de títulos extranjeros.....	7-9
• I Curso Práctico de Alergia e Intolerancia Alimentaria.....	10-12
• Médicos en desempleo.....	13
• Medicina y Libertad.....	14-17
• Informativo Profesional.....	18-19
• Nuevos conceptos en el tratamiento de la Úlcera Gastroduodenal.....	23
• Notas Necrológicas.....	25
• Bajas colegiales.....	27
• Altas colegiales.....	28
• Modelos de carrera profesional.....	29-30
• Jornadas sobre Salud Mental y Ley.....	31-32
• Gastronomía.....	33

humor...



editorial



«**Y**a estamos en pleno verano; tiempo de mucho calor en la Mancha; los termómetros ya han alcanzado los 40 grados en ciudad; con estas temperaturas se justifican las vacaciones de los humanos; todo mortal aspira al veraneo en la playa o en la montaña; la playa por el gozo del agua y la montaña, por el gozo del aire fresco y aromático que se respira. Y hay otro tipo de veraneo que no hay que despreciar: el veraneo en el pueblo o veraneo del descanso. En este refugio del pueblo todo placer se alcanza: el baño en el río con el deporte de la pesca; el frescor mañanero y de la noche con un aire que corre con olor a la flora del campo y con el deporte de montaña; y el descanso, en los silencios, casi eternos del pueblo.

Médicamente ya sabemos cual es nuestra elección. Acostumbrados a estar en un estrés casi permanente, porque el trabajo es duro y la vida

exige sacrificios, nada mejor que combatirlo con el descanso que puede darte la geografía de un pequeño pueblo. Otras opciones son más ruidosas; tienen una mayor atracción; es la aspiración legítima de un veraneo más en consonancia con los tiempos: la playa; el mar, con el goce y disfrute de todos sus deportes. El zambullirse en el mar es lo más apetitoso de estos tiempos de calor asfixiante que nos produce cierto aplanamiento. Luego está el ambiente social del lugar o de la ciudad en donde se encuentra la playa que todo es bueno para hacer más completo el verano.

Posiblemente, gran parte de nuestros colegiados estén ya disfrutando sus vacaciones; los meses de julio y agosto son los vacacionales por excelencia, por ser, claro, los más calurosos. Con este número de «LETRA MEDICA», brindamos por unas felices vacaciones.

Celebración del día de la Patrona por el Colegio de Médicos



Consuelo García Balaguer, esposa del Dr. Ruiz, con el Dr. Rodríguez Arévalo.



Alegría de los médicos jóvenes en la cena del día de la Patrona.

El pasado día 28 de junio se ha celebrado con todo esplendor la festividad de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Patrona del Colegio de Médicos de Ciudad Real. El acto religioso tuvo lugar en la Iglesia Parroquial de Santo Tomás de Villanueva, oficiando la misa don Tirso Fernández, coadjutor de la parroquia. La misa fue ofrecida por los colegiados médicos fallecidos y en especial por los que fallecieron en el último año: Enrique Morales Musalen; Vicente Serrano Serrano; Nestor Salido Chumillas; Antonio Fermín Murillo Mogollón; José Chacón García; Javier Paulino Pérez; Alfredo García Fernández y Blas Llaríos Fornier. Al acto religioso asistieron gran número de colegiados médicos y familiares.



Dr. de la Guía y Dr. Pizarro, en la cena del día de la Patrona.



El Decano del Colegio de Abogados de Ciudad Real, Sr. Castejón en la cena del día de la Patrona.



El Dr. Moraleda en la cena del día de la Patrona.



El Dr. Moyano en la cena del día de la Patrona.

Antes del acto religioso, y en la sede del Colegio de Médicos, tuvo lugar la Asamblea General Ordinaria, así como el Pleno del colegio, para tratar los asuntos profesionales figurados en el orden del día de la reunión. Inmediatamente después se celebró el acto religioso.

Una vez concluida la ceremonia religiosa que festejaba a la Patrona del Colegio, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, y en los salones del restaurante «EL PARAISO», se ofreció una espléndida cena, a base de ma-

riscos, que fue servida magníficamente por todo el personal afecto al restaurante. Asistieron más de 200 comensales entre colegiados y familiares y algunos invitados entre los que se encontraban el Delegado Provincial de Sanidad, Angel López; El Vicepresidente del Colegio de Farmacéuticos de Ciudad Real, Sr. López de Salazar; el Decano del Colegio de Abogados, Sr. Castejón y otros acompañados de sus respectivas esposas. Durante toda la cena se notó un gran ambiente, lo que ponía de manifiesto el



Médicos jubilados con el Delegado de Sanidad D. Angel Amador y el Presidente del Colegio de Médicos D. Pascual Crespo.

espíritu de compañerismo reinante en todos los actos de la Fiesta de la Patrona.

A los postres, se hizo entrega de la medalla de oro del Colegio de Médicos de Ciudad Real y los títulos de Colegiales honoríficos a los médicos jubilados: D. José Pizarro Ridaura de Socuéllamos; D. Aurelio Moraleda

Arranz, de Herencia; D. José de la Guía Amores, de Campo de Criptana; D. Rafael Moyano Trujillo de Almadén.

Terminada la cena y amenizada por una importante orquesta de música que en todo momento supo interpretar el sentir de los mayores y de los jóvenes llenando de alegría el recinto.



El Delegado de Sanidad D. Angel Amador con el Presidente del Colegio D. Pascual Crespo, en la cena con otros colegiados.

Todas las personas que deseen escribir algún artículo, para su inclusión en nuestra revista, deben remitirlo a:

COLEGIO MEDICO PROVINCIAL

Consejo Dirección de «LETRA MEDICA»

Plaza de la Provincia, 3 — CIUDAD REAL

«LETRA MEDICA», agradece de antemano su colaboración y se reserva todos los derechos de su publicación

Homologación de títulos extranjeros

1.— LEGISLACION:

El artículo 149.1.30 de la Constitución atribuye la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales a la competencia exclusiva del Estado.

Por su parte, la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, señala en su artículo 32.2 como función del Gobierno la regulación de homologación de títulos extranjeros.

El Real Decreto 86/1987, de 16 de enero (B.O.E. de 23), (Doc n.º 1) por el que se regulan las condiciones de homologación de títulos extranjeros de educación superior, establece en su artículo 1.º que «La homologación de títulos extranjeros supone el reconocimiento en España de la validez oficial a los efectos académicos de los títulos de educación superior obtenidos en el extranjero.

La concesión o denegación de la homologación de títulos extranjeros de educación superior corresponde al Ministro de Educación y Ciencia de acuerdo con el procedimiento establecido en el mencionado Real Decreto 86/1987.

1.º La resolución de concesión o denegación de la homologación se adoptará previo informe de la Comisión Académica del Consejo de Universidades (Art. 5.º. 1 - R.D. 86/1987).

2.º El Ministerio de Educación y Ciencia podrá solicitar el tratamiento científico-técnico de expertos españoles o extranjeros, así como recabar información de autoridades extranjeras por vía diplomática (Art. 5.2. del R.D. 86/1987).

3.º La homologación sólo podrá exigir la realización de pruebas de conjunto en aquellos supuestos en que la formación acreditada no guarde equivalencia con la que proporciona el título español correspondiente. (Art. 2.º del R.D. 86/1987)

4.º Las fuentes por las que se adoptarán las resoluciones de concesión o denegación son las siguientes:

a) Los tratados o convenios internacionales, bilaterales o multilaterales, en los que España sea parte, y, en su caso, las recomendaciones o resoluciones adoptadas por los Organismos u Organizaciones Internacionales de carácter gubernamental de los que España sea miembro.

b) Las tablas de homologación de planes de estudio y de títulos aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia previo informe de la Comisión Académica del Consejo de Universidades (Art. 6.º del R.D. 86/1987).

c) Cuando no existan las fuentes anteriormente mencionadas, se adoptarán las mencionadas resoluciones teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1) Currículum académico y científico del solicitante.

2) Precedentes administrativos aplicables al caso.

3) Prestigio en el ámbito de la comunidad científica de la Universidad o Institución extranjera que confirió el título y reconocimiento de que gozan dichos títulos.

4) Reciprocidad otorgada a los títulos españoles en el país en el que realizaron los estudios y obtuvieron los títulos cuya homologación se solicita (Art. 7.º - R.D. 86/1987).

En este resumen legislativo sobre la homologación de títulos se debe resaltar lo establecido en el artículo 9.º 2 del tan mencionado Real Decreto 83/1987, por la importancia que tomó en un momento determinado en la evolución histórica del problema sobre homologación de títulos extranjeros y que posteriormente señalaremos. El citado artículo 9.º 2, establece textualmente:

...«en los supuestos que se resulten de aplicación las fuentes mencionadas en el artículo 6.º (Tratados, Convenios Internacionales, Tablas de Homologación), tendrá carácter facultativo la petición de informe de la Comisión Académica del Consejo de Universidades».

En resumen, los expedientes de homologación de títulos extranjeros de educación superior (Diplomados, Licenciados) regulada por el Real Decreto 86/1987, de 16 de enero, según el procedimiento que en dicha norma se establece, son sometidos a informe de la Comisión Académica del Consejo de Universidades, salvo cuando resulten de aplicación Convenios de cooperación cultural suscritos por España o tablas de equivalencias aprobadas por el Ministerio de Educación y Ciencia, en cuyo caso la homologación se produce sin necesidad del mencionado informe.

En este Real Decreto se deja para posterior desarrollo la homologación de títulos de especialistas, así la Disposición Adicional Segunda indica:

Una.— La homologación de títulos extranjeros de educación superior a los correspondientes títulos oficiales españoles acreditativos de una especialización se regulará por sus disposiciones específicas.

Dos.— En el supuesto de homologación de títulos extranjeros de educación superior a los correspondientes títulos oficiales españoles acreditativos de las especializaciones médicas y farmacéuticas, las disposiciones especí-

ficas a que se refiere el apartado anterior se dictarán a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

En el último Pleno del Consejo de Especialidades Médicas se presentó un borrador de Orden que desarrolla la homologación de títulos de especialistas extranjeros que no pertenecen a la C.E.E. para su informe, por lo que presumiblemente a primeros de octubre del presente año se podrá publicar. (Doc. 2).

2.— HOMOLOGACION: RECONOCIMIENTO DE TITULOS

La homologación de un título se define, en el citado Real Decreto, como el reconocimiento de su carácter oficial, a efectos académicos en todo el territorio nacional.

La expresión «efectos académicos», aparentemente limitativa y excluyente de efectos profesionales, engloba de hecho éstos últimos, desde el supuesto de que el reconocimiento de la competencia de su poseedor para el ejercicio de la profesión o profesiones relacionadas con dicho título. Ello es así porque la ley Orgánica 7/1985 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, a la hora de establecer los requisitos para que un ciudadano extranjero pueda ejercer en España profesiones para las que sea exigible una determinada titulación (artículo 16) menciona la posesión del título español correspondiente o de un título extranjero homologado (y la colegiación, en su caso). Es decir, la Ley no establece requisitos distintos de la homologación, en relación con la validez del título universitario. Cosa distinta es la necesidad de obtener, de las Autoridades que corresponda, los pertinentes permisos de residencia y de trabajo, para hacer efectiva la posibilidad del ejercicio profesional en España. Estas limitaciones obviamente, no existen en el caso de ciudadanos españoles poseedores de títulos extranjeros homologados.

Otra cosa bien distinta es el reconocimiento de determinadas titulaciones, unida al derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios que está regulado para los países miembros de la Comunidad Económica Europea en una serie de directivas se refieren a las siguientes titulaciones y profesiones:

- Médicos
- Médicos especialistas
- Farmacéuticos
- Veterinarios
- Enfermeras
- Matronas
- Arquitectos
- Odontólogos

Exceptuando las Directivas de Matronas, el resto de las Directivas han sido traspuestas al Derecho español por medio de Reales Decretos, aplicándose todas ellas desde el primero de enero de 1986 en España (incluidas Matronas), salvo las Directivas 78/686/CEE y 78/687 CEE

relativas a Odontólogos. En efecto, en el Acta de Adhesión de España a las Comunidades Europeas (Doc. n.º 3) se estableció un periodo de carencia para su aplicación hasta el primero de enero de 1991, año en que se producirá la primera promoción española de Licenciados en Odontología. como es bien sabido, la creación de esta licenciatura fue consecuencia de la Adhesión de España a las Comunidades Europeas.

3.— CONVENIOS DE COOPERACIÓN CULTURAL

Los Convenios de Cooperación cultural suscritos por España con otros países contienen distintas fórmulas para abordar el mutuo reconocimiento de títulos académicos de los diferentes niveles educativos (Doc. N.º 4). Los mayores compromisos se contienen en convenios suscritos con países hispanoamericanos. A este respecto cabe establecer tres grupos:

- a) Convenios que incluyen el mutuo reconocimiento de títulos con efectos académicos (Argentina y Perú).
- b) Convenios que abordan la habilitación profesional de los títulos respectivos en uno y otro país (Bolivia, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay y República Dominicana).
- c) Convenios que prevén el mutuo reconocimiento de los títulos con efectos académicos y profesionales (Colombia, Costa Rica, Haití, Nicaragua y Chile).

Conviene aclarar que las obligaciones derivadas de la Adhesión de España a las Comunidades Europeas no interfieren en la necesidad de cumplir los compromisos que España tenga establecidos con terceros países, como es el caso de los Convenios mencionados.

4.— HOMOLOGACIÓN DE TITULOS DE MEDICOS ESPECIALISTAS EXTRANJEROS.

Ante la ausencia de las anteriormente citadas disposiciones específicas, la homologación de los títulos de Médicos especialistas se realiza en la actualidad de la siguiente forma:

La solicitud de homologación junto con el correspondiente expediente de los interesados de títulos extranjeros, bien sean de nacionalidad española, o bien sean extranjeros nacionalizados en España, es tramitada por la Dirección General de Enseñanza Superior, y específicamente por la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud y Relaciones con Instituciones Sanitarias, la cual los remite a la Secretaría del Consejo Nacional de las Especialidades correspondiente, una vez estudiada la documentación remita a la citada Subdirección General un informe debidamente motivado sobre la formación científica, teórica y práctica realizada por el solicitante de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1.º Correspondencia entre la duración del período formativo acreditado por el solicitante y el establecido oficialmente en España.

2.º Correspondencia entre los contenidos del programa formativo español y el realizado por el solicitante valorando si este último capacita para la adquisición de los conocimientos y habilidades propias de la especialidad, así como de la responsabilidad en el ejercicio profesional, y si en el mismo se cumplen los objetivos generales fijados en el programa formativo español.

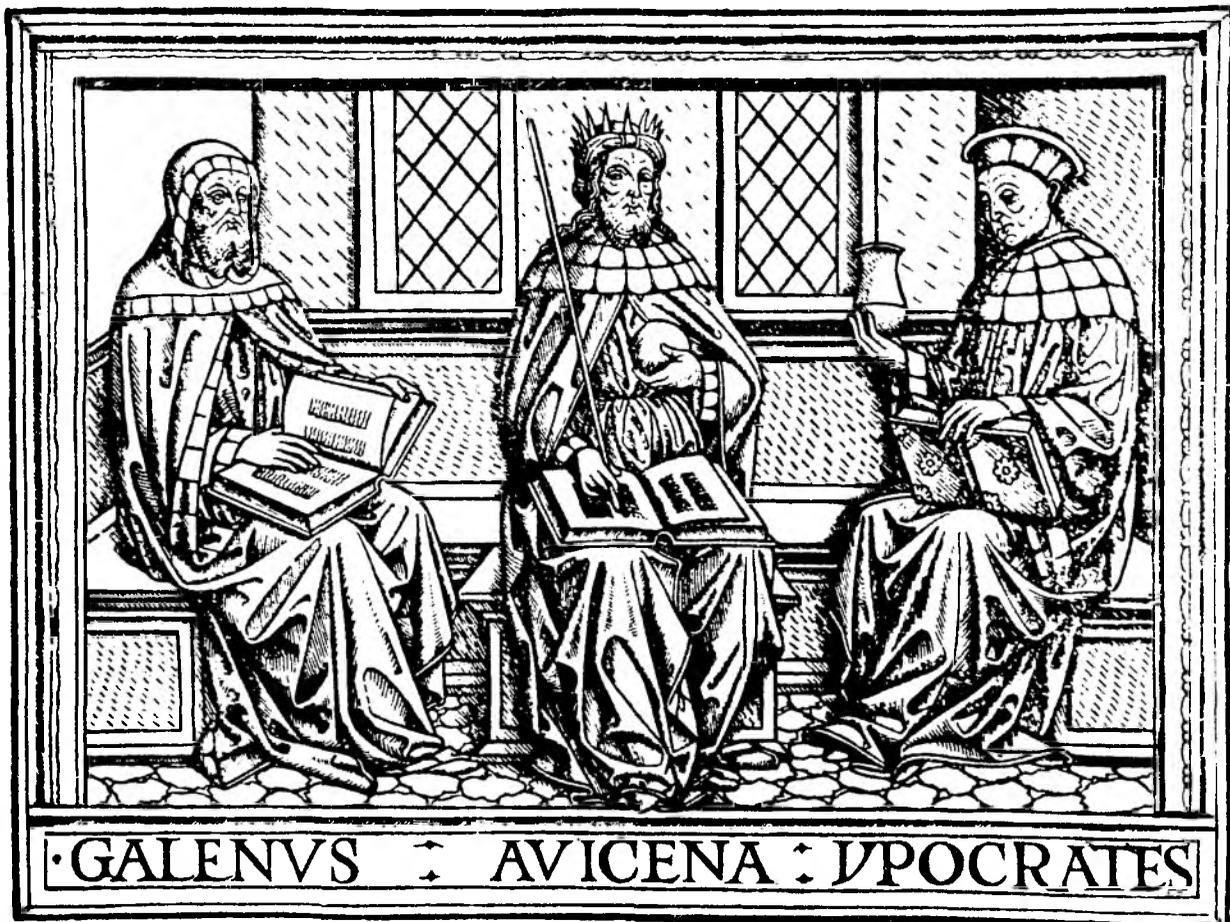
La resolución de los expedientes de homologación se realiza mediante Orden del Ministros de Educación y Ciencia firmada por delegación por el Secretario de Estado de Universidades e Investigación.

En el caso de la concesión de homologación se comunica al interesado mediante credencial acreditativa expedida por la Subdirección General de Títulos, convali-

daciones y Homologaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

En el último Pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, celebrado el día 14 de Septiembre, se informó favorablemente la norma que regulará las condiciones y procedimientos de homologación de títulos extranjeros de Farmacéuticos y Médicos especialistas por los correspondientes títulos oficiales españoles, y que a expensas del informe del Consejo Nacional de Especializaciones Farmacéuticas será próximamente aprobada por la autoridad competente.

En los Cuadros 1,2 y 3, y en las Gráficas 1 y 2 se resumen los títulos homologados durante los años 1989 y 1990, distribuidos en función de la nacionalidad de los solicitantes, el país en el que se formaron y la especialidad.



I Curso práctico de Alergia e Intolerancia Alimentaria

Durante los días 8, 15 y 22 de Junio, se celebró el «I Curso Práctico de Alergia e Intolerancia Alimentaria», intervinendo cómo ponente el Dr. J.A. Ojeda Casas, Jefe del Servicio de Alergia del Hospital La Paz, organizado por la Sección de Alergia del Complejo Hospitalario y Colegio Oficial de Médicos. El objetivo del Curso ha sido actualizar las «intolerancias» y las «alergias» alimentarias, que constituyen un diagnóstico muy popular para múltiples enfermedades.

Dentro de la alergia o hipersensibilidad a alimentos se incluyen no sólo las reacciones mediadas por anticuerpos homocitotrópicos IgE con liberación de mediadores (anafilaxia y atopia a alimentos), sino también las que puedan producirse por cualquier otro mecanismo (complejos inmunes, hipersensibilidad celular, etc.).

En la intolerancia a alimentos se engloban las respuestas adversas debidas a acciones tóxicas, farmacológi-

cas metabólicas o de otro tipo, tanto en sujetos normales, cómo en sujetos especialmente susceptibles (Idiosincrasia).

Algunos alimentos contienen aminas vasoactivas (tiramina, triptamina, histamina, feniletilamina, etc.) u otras sustancias naturales farmacológicamente activas (cafeína intolerancia, afectando fundamentalmente al aparato digestivo y sistema nervioso central).

Otras veces, la intolerancia a alimentos se manifiesta por su acción sobre el metabolismo del individuo. Aunque puede ocurrir en sujetos normales, cuando algunos alimentos se ingieren en grandes cantidades, la mayoría de estas intolerancias metabólicas suelen presentarse en individuos especialmente susceptibles. bien de forma temporal (cómo la intolerancia a leche por deficiencia secundaria de lactasa a consecuencia de una gastroenteritis inespecífica, o de forma permanente (cómo en determinados errores innatos del metabolismo: fenilcetonuria, enferme-



I Curso Práctico de Alergia e Intolerancia Alimentaria. Detalle del Curso. Presentación del Dr. Ojeda Casas.



Dr. J. A. Ojeda Casas, Jefe del Servicio de Alergia del Hospital la Paz



Detalle del curso

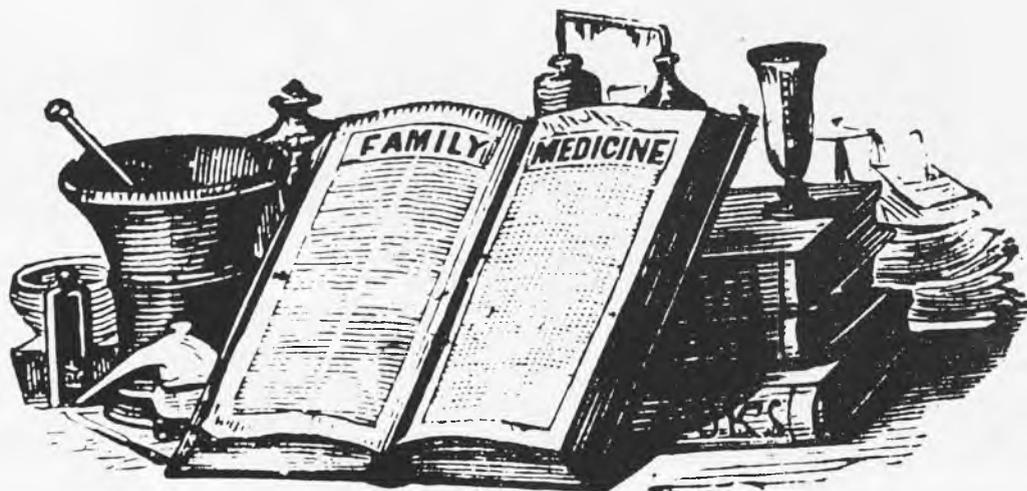
dad de Wilson, déficit de glucosa-6- fosfato deshidrogenasa, etc.).

Por otra parte, a veces estas situaciones de intolerancia a alimentos, por cualquiera de los mecanismos citados y también por otros no precisables, dan lugar a la

liberación no inmunológica de mediadores químicos, produciendo una sintomatología superponible a la de la alergia alimentaria de tipo inmediato, lo que se conoce como reacciones anafilactoides a alimentos o falsas alergias alimentarias.



Cursillistas del I Curso Práctico de Alergia e Intolerancia Alimentaria



Médicos en Desempleo

Ultimamente se ha producido en los medios informativos una sana preocupación por la enfermiza situación de los estamentos sanitarios. Las cifras, no coincidentes a veces, son suficientemente reveladoras, no sólo de la catastrófica situación actual, sino, de lo que es peor aún, la falta de política resolutive futura.

Limitándonos exclusivamente a los médicos, digamos que de los 130.000 colegiados y, por lo tanto los autorizados legalmente para el ejercicio profesional, 30.000 (Presidente OMC 29.7.90), están en paro. Las cifras tomadas aisladamente darán, sin embargo, una falsa idea de la situación, porque, en la realidad, en España faltan médicos especialistas y en algunas especialidades el déficit es alarmante. Quiere esto decir que los 30.000 médicos en paro no gozan de título de especialista al no haber podido acceder a la única, restrictiva y oficial vía de formación de especialidades: El Sistema MIR.

El MIR viene a ser una forma más de monopolio estatal que justifica plenamente el castellano refrán del perro de hortelano. Actualmente este déficit es dramático en especialidades como Anestesia y Reanimación, para lo cual el propio Insalud, culpable corresponsal de dicho déficit, ha recurrido a la contratación de «anestelistas» argentinos (principalmente en Extremadura y el País Vasco), muchos de los cuales no han podido demostrar documentalmente su capacitación ante los respectivos colegios de médicos, siendo, no obstante, contratados. Es decir, se intenta solucionar una falta propia de previsión con una actuación ilegal y peligrosa.

El hecho ha preocupado tan hondamente a las instituciones profesionales médicas, auténticas garantes de una calidad asistencial óptima, que, no solo se han producido las correspondientes denuncias, sino que los cirujanos de esas regiones invadidas han sido advertidos de sus posibles responsabilidades.

A pesar de negativa experiencia, el Ministerio de Sanidad ni abre vías paralelas de formación de especialistas ni amplía la cobertura MIR, lo cual producirá fenómenos similares, pero aumentados, en el futuro.

Cifras recientes nos dicen que, por ejemplo, en España hay 143 médicos geriatras, que son los encargados de velar por la salud de una población creciente como son los ancianos. La simple división demostraría lo imposible de su tarea. Hay 90 médicos inmunólogos que tendrán que trabajar duro en la curva ascendente de la patología inmunodeficitaria. Y así por el estilo.

Como es lógico, el problema se agrava por las emigraciones de especialistas de élite desde la miseria de la remuneración pública al atractivo medio competitivo de lo privado. Un cálculo reciente llegaba a la conclusión de que la creación de 4.700 médicos al año es suficiente para

paliar la asistencia primaria en los próximos 10 años. Conjuntamente, una política práctica y alternativa de formación de especialistas entre los 30.000 parados y la homologación de un numeroso grupo de otros, que reúnen la capacitación suficiente pero no tienen título oficial de especialidad, amortizaría el problema. Como quiera que 27 Facultades de Medicina, muchas más que otros países europeos, creadas desde la complacencia política a demandas infundadas, son excesivas para fabricar 4.700 médicos/año, se haría necesario el reciclaje de algunas para dedicarlas a formación de especialistas, constituyendo una de las que nosotros denominamos vías alternativas.

Los números están claros, y enero de 1993 a la vuelta de la esquina, para hacer más patente nuestro ridículo en el panorama médico europeo, pero los últimos movimientos de peón en el tablero de ajedrez de la Sanidad oficial no apuntan a una estrategia de prudencia con fondo práctico. Hay demasiada preocupación por crear plazas a las que se accederá por baremos tendenciosos, prefabricados a medida de determinados colectivos y hasta de específicas personas de afin pensar. Y sobre todo, por si faltar poco para consumir el delirio, existe un interés especial en penalizar la experiencia.

DR. FRANCISCO ACEVEDO

*Representante Nacional de
Medicina Extrahospitalaria del
Consejo General de Colegio de Médicos*



colaboración

Medicina y Libertad

Hay dos palabras que aparecen íntimamente unidas, Medicina y Libertad. La tesis de esta conferencia, es probar, que sin esa unión, se desnaturaliza la acción y la eficacia de los médicos.

La relación médico paciente.

Si se me preguntase cuál es el hecho capital para la Medicina, afirmaré sin vacilar, que **la relación médico-paciente.**

En Grecia, hace unos tres mil años, se pasó de la magia y la religión en el arte de curar, a la ciencia y a la técnica. Dos hombres casi míticos, Alcmeón de Crotona e Hipócrates, fueron los padres de ese cambio trascendental, descubriendo las posibilidades de esa relación biperpersonal. Para entenderla, hay que decir que la amistad entre los griegos, era un sentimiento amoroso: la *Phylia*. Platón en el *Lysis*, decía: «El enfermo es amigo del médico, a causa de su enfermedad». Hipócrates la reafirmaría, en los Preceptos, sosteniendo, que: «Donde hay amor al hombre, en tanto que hombre (*Phylantropía*), hay también amor al arte de curar (*Phyloteknie*)».

El resultado de tal amistad, era lo que hoy llamamos empatía, es decir un *asintonía*, un sentimiento emocional común durante el acto médico, y por ello, una mejor comprensión. Para alcanzar esa entrega con plenitud, se requería intimidad, tiempo ecuanimidad y ausencia de presiones externas o sociales.

Lain Entralgo, distinguía cuatro momentos fundamentales en el acto médico:

1) **El momento cognoscitivo o diagnóstico**, durante el cual al dar nombre a la enfermedad, conseguimos, la clave para tratarla.

2) **El momento operativo o terapéutico**, en el que prescribimos el tratamiento.

3) **El momento afectivo**, entendido al modo de la amistad griega, y explicado hoy por los psicoterapeutas, como un intercambio de emociones y sentimiento, **la transferencia**, entre el sufridor y su curador.

4) **El momento ético religioso**, referido al ambiente, en el que se mueven los dos personajes del encuentro.

La edad de oro de la amistad entre médicos y pacientes sobrevivió hasta finales del siglo XIX. Entre 1881 y 1883, el Parlamento alemán discutió, y aprobó al fin, la primera Ley conocida sobre el Seguro de Enfermedad. A partir de entonces, se interpuso un tercero en la relación amistosa curativa: el Estado y sus instituciones, que-



brando la eficacia humana del encuentro primario, deshumanizándolo en una palabra, e iniciándose el dominio sobre la Medicina y sus profesionales, por otros organismos ajenos al arte de curar.

Tal vez la definición más certera del acto médico, sea la del francés Portes. Para él, la relación médico paciente, **brota del encuentro de una confianza, que va en busca de una conciencia.** Confianza del ser temeroso, ante el dolor y el mal, que se acerca a la conciencia y la experiencia moral y profesional, de quién puede tener la llave, para mitigar su angustia, o acabar con su padecimiento.

Pero el deterioro no acaba aquí. En 1980, en un discurso académico, apunte el gravísimo peligro, de la intromisión de terceros para el Arte Clínico, y hablé del «**Qtoño del Arte Clínico**», Hoy diez años después, mi predicación se ha confirmado.

La crisis mundial de la Medicina.

En 1941, Lord. Beveridge, el enocomista inglés, propuso el plan que lleva su nombre en el que proponía: «La abolición del estado de necesidad, y el trabajo para todos en una sociedad libre», complementado con la inclusión

de un Servicio Nacional de Salud. Hoy la persona menos informada, sabe que esos objetivos no se han conseguido. Hablar de la crisis mundial de la Medicina estatal, es ya una afirmación tópica. Esa crisis depende de factores muy diversos (pésima planificación y fracaso de los ideólogos sanitarios; encarecimiento de los actos médicos; masificación de hospitales y ambulatorios; **medicalización** de la vida cotidiana, basando la salud de la comunidad, con el recurso continuado a la Medicina y sus profesionales). Para mi como para otros analistas del tema, **los Seguros de Enfermedad, han cumplido su ciclo histórico**, confirmando, que las reformas sanitarias, han de aplicarse sin brusquedades convirtiendo a los médicos en conservadores de la salud, sin descuidar su misión milenaria de curadores. Hemos comprobado hasta la saciedad, que el profesional puro de la salud, es tan ineficaz, como el médico que desconoce los factores sociales de la enfermedad. Desde el punto de vista social, la Medicina, incluye al hombre y su circunstancia social. A la vista está toda una patología sociógena, con un alcoholismo galopante, las drogadiciones, el Sida, la afición al juego (ludopatía), que se relacionan con el comportamiento y la irresponsabilidad de las masas humanas.

Nuestro enemigo el Estado.

Filósofos, pensadores e historiadores, han señalado, desde la época griega, que el drama para la libertad del hombre, ha radicado en el enfrentamiento entre el individuo y el Estado.

Hobbes, el clásico inglés, dibuja los rasgos del Estado, como un poder absoluto y mecanicista, al que bautiza con el nombre bíblico de Leviathan, que el arte cristiano primitivo identificará con el infierno. En nuestros días, Octavio Paz, lo rebautiza como el «ogro filantrópico» una institución alimentada, con la sangre y el trabajo humano. «La gran realidad del siglo XX -escribe- es el Estado... Su realidad es enorme; lo es tanto, que parece irreal; está en todas partes y no tiene rostro. No es tanto, que parece irreal; está en todas partes y no tiene rostro. No sabemos ni quién es. Como los budistas de los primeros siglos, que solo podían presentar al Iluminado por sus atributos, nosotros conocemos al Estado, solo por la inmensidad de sus devastaciones. Es el Desencarnado, no una presencia, sino una denominación. Es la impersona».

Tomás Szasz, coincidía con esta apreciación, y señalaba el peligro de la fusión entre Estado y Medicina, originando lo que llamaba el «Estado terapeutico», institución en que apartase de las normas era una desviación, o una enfermedad, que imponía su tratamiento. «Aparentemente, la gran disputa moral de nuestra época, no es la lucha entre el comunismo y el capitalismo -afirma-. En realidad esa lucha encubre una disputa todavía mayor, la batalla librada por los políticos y sus lacayos intelectuales, tanto en el Este como en el Oeste, contra el libre albedrío y la responsabilidad personal. Ofrecido con la ima-

ginería del determinismo histórico o biológico, o contemplando como ciencia marxista o de la conducta, el mensaje real es el mismo: el individuo no es responsable de su comportamiento, es una víctima, que debe ser salvada (del capitalismo o de las drogas), por un Estado protector terapeutico».

Me he extendido en estas citas, para mostrar, que el hombre actúa, está viviendo el drama de erigir y tolerar, como único protagonista de la Comedia Humana, a una entidad desencarnada y prepotente, a la que se atribuye una omnisciencia, que en el Estado religioso se reservaba a la Divinidad.

A finales del siglo XIX, Nietzsche, individualista a machamartillo, advertía del peligro y de su remedio. «El socialismo, puede servir para enseñar, de una manera brutal y notoria, el peligro de todas las acumulaciones de poderes en el Estado, y en este sentido, insinuar una desconfianza contra el Estado mismo. —y reafirmaba—. Cuando su dura voz se mezcle al grito de guerra que proclama: «La mayor cantidad posible al Estado», este grito se hará más poderoso que nunca, pero bien pronto estallará con igual fuerza, el grito contrario: «La menor cantidad posible de Estado».

¿Podremos recuperar un Arte Médico, con la menor cantidad posible de Estado?: Esta es la duda que nos atenaza, en las postrimerias de un siglo, hecho de incertidumbres y dominaciones.

Medicina y Poder.

El hombre moderno se enfrenta a diario con el Poder en todos los rincones de la tierra. Lo sentimos como una amenaza indefinida, que surge cuando intentamos hacer algo concreto. El Poder nos impone el pago de impuestos, el horario de trabajo, la regulación del tráfico, el precio de la gasolina, los programas de radio y de televisión y naturalmente, el precio de los servicios sanitarios. El diccionario de Fairchild, lo define así:

— «Poder, es la capacidad o autoridad para dominar a los hombres, refrenarlos y controlarlos, obtener su obediencia, coartar su libertad y encauzar su actividad, en direcciones determinadas»—.

El análisis de esta definición, muestra las dos caras del Poder; por una parte del poderoso o ejerciente, la coacción; por parte del sumiso o sufriente, la sumisión, de donde inferimos, que cuando mayor sea el Poder, mayor será la sumisión.

Galbraith, en su «Anatomía del Poder», distingue tres modos de ejercerlo y tres instituciones que lo propician: Hay un **poder punitivo** que castiga. El individuo obedece o es reprimido más o menos dolorosamente. Hay un segundo **Poder remunerativo**, que obtiene la sumisión del súbdito, mediante una recompensa positiva, que se convierte en algo valioso para el transigente. Hay por último, un **Poder condicionante**, que no emplea ni el castigo ni el premio, sino cierta presión social, que presenta como justo y necesario, todo lo ordenado desde arriba.

Las tres instituciones complementarias del Poder son: la personalidad del poderoso, la propiedad de la riqueza, y la organización social.

El Poder se concentra o canaliza a través del Estado y del Gobierno. El Estado es la institución política social, autorizada para el monopolio de la fuerza. Los gobiernos están formados por aquellas personas, que cumplen los fines del Estado mediante la autoridad. El Estado no tiene rostro; el Gobierno, se concreta en unos individuos que pueden pertenecer a los partidos, conformándose así la llamada pirámide del Poder, en cuyo vértice, coronándola todopoderoso, está el Estado; debajo el Gobierno, donde son visibles las personas; más abajo, en la base, los partidos, que proporcionarán las ideas y personas que acabarán dirigiendo el Estado. En los regímenes totalitarios, Estado, Gobierno y partido se funden en un solo instrumento prepotente; en los regímenes democráticos, el juego de los partidos, pueden dar opción en teoría a las opiniones más diversas, pero también puede suceder, que un Partido, se quede con todo el poder; es la partitocracia, capaz de degradar el mejor sistema democrático.

La Medicina, como actividad pública, se ha convertido en un objetivo apetitoso para el poder. La historia del último siglo, nos muestra, que cuando el médico y la Medicina, avanzaban en el arte de curar, sufrían el ataque y la subyugación, por la pirámide del Poder y sus detentadores los políticos. El concepto de una Medicina en libertad, nos lleva ahora a estudiar el concepto de autoridad, y el intento de hacer de ella, un instrumento de dominación política.

Medicina y Autoridad.

Para que funcione cualquier institución social, se precisa autoridad. La autoridad es el poder que se confiere a una persona, para el mando sobre la función pública. Esa capacidad, puede conferirla el Gobierno por Ley, o deberse a las condiciones específicas de la persona en cuestión. Si al poder otorgado legalmente, se suman la capacidad y las dotes intelectuales, el individuo autorizado, impone su autoridad por el respeto; si por el contrario, en cualquier situación el Gobierno exige la sumisión incondicional o arbitraria al mandamás, aparece una caricatura de la autoridad, el autoritarismo.

Todos los médicos, sabemos, que al autoritarismo, es desde hace unos años y en este país, el instrumento sanitario empleado para la subyugación de médicos y sanitarios, a través de un aparato médico-político, usado por advenedizos incompetentes, para hostigar a otros profesionales que saben y valen más que ellos. Tal vez exista agazapada en el subconsciente de los mandarines ministeriales, además de la mentalidad inquisitorial, un complejo de inferioridad profesional, ligado a la conciencia íntima de quienes se saben incapaces y mediocres, para un ejercicio médico de calidad.

El médico cabal, no es sólo la única persona autorizada por la ley, para aplicar con autoridad su saber en el terreno de la medicina, sino que posee, aquella autoridad, que se llama carismática, consistente en una capacidad personal, que como ha demostrado la escuela de Balint, le hace capaz de curar con su presencia o su palabra, tanto más que con sus instrumentos o sus medicamentos. Si se decapita, esa autoridad curativa, se cercena toda su tarea clínica y humana.

Medicina Política

La Política es una emanación del Poder. En la medicina, cuando ciertos grupos de presión, ayudados por una minoría médica, y con el apoyo del Gobierno, inoculan sus virus ideológico, hacen enfermar a todo el dispositivo sanitario.

La casta de los manipuladores de la Sanidad, consta de cuatro especies zoológicas principales:

1) **Los ideólogos de la Salud**, para quienes la Sanidad se contempla a través de su credo político.

2) **Los tecnócratas**, plaga burocrática que con el pretexto de organizar, acaban como la carcoma convirtiendo en polvo, las más valiosas instituciones..

3) **Los economistas**, casta no médica, de la que deriva la especie gerente, para quienes el drama de la enfermedad o la muerte, es mera estadística; tienen una palabra mágica, productividad.

4) **Los logreros y arribistas**, casta médica integrada por aquellos, no habiendo podido alcanzar un puesto clínico relevante, buscan esa relevancia, mediante la sumisión política y administrativa.

Todos ellos, tienen además otra característica común, la de aumentarse sueldos y gratificaciones, con una autogenerosidad, que logra diferenciarlos económicamente, de quienes realmente, trabajan para la Medicina y la Sanidad.

El lenguaje de tales manipuladores, está teñido de ideología. Hablar, por ejemplo de una medicina socialista o progresista o democrática, es incurrir en idiotismo, ya que lo único democrático en el ejercicio profesional, es hacer que la medicina llegue a todos, sin distinciones de raza, sexo, religión, credo político o cualquier otro motivo de discriminación.

El sometimiento de la Medicina a un gobierno, o a un partido, la desnaturaliza perdiendo su esencia (la relación médico paciente), su autonomía, (la libertad en el encuentro), y su eficacia (la capacidad de curar o de aliviar); convirtiéndola en un muñón reseco de la burocracia estatal e incurriendo en un pecado de esa medicina.

Por otra parte, la Historia más reciente, nos ha enseñado, que cuando el Estado se convierte en el amo absoluto de la Medicina, convirtiendo a la clase médica, en un funcionamiento sumiso aterrado, contaminándola con el veneno político, se llega a su total dominio por un proceso que pasa por estas fases: primero, se la subordina al

programa político del gobierno, luego se la manipula, luego se la subyuga mediante el terrorismo administrativo, y al final, desarmada moral y científicamente, la incorpora al aparato represor.

El caso de la nación alemana, es elocuente. Himmeler, que fue amo y doctor de la tecnocracia de la muerte, decía de sus médicos germanos: «Los médicos, son unos burócratas lamentables, capaces de hacer llorar a un perro». Oponerse a tener alma de perro burocrático, será el primer mandamiento defensivo de los médicos y sus pueblos, que quieran tener una sanidad eficiente y libre, porque cuando se prima demagógicamente, la Política sobre la Medicina, podrá hacerse Política pero nunca se hará una Medicina digna.

Sobre la situación sanitaria española.

La presente sanidad pública española, se ha afrontado con un criterio económico y generencial, poniendo a su frente como ministros a dos gerentes. Estos han elegido sus equipos, no funcionan de la capacidad clínica o sanitaria, sino en razón de su docilidad política. Tal mezcla de incapacidad y política, ha provocado la actual crisis de la sanidad pública, denunciada a todos los niveles y medios. Las tres directrices de la política sanitaria socialista son:

- a) el concepto político de la Sanidad.
- b) la burocratización.
- c) el economicismo.

a) el concepto político de la Sanidad, no difiere de la táctica empleada en otras instituciones estatales. Se trata de la infiltración de personas afines al partido, que desalojando de los órganos de gestión a médicos y sanitarios independientes, emplean con las consignas del Poder. La idea socialista de tal servidumbre se apoya en el igualitarismo médico. La consigna de un hombre igual a un voto, es sustituida en el terreno sanitario, por la de una bata blanca igual a otra bata blanca, despreciando el curriculum, la capacidad profesional y los títulos docentes. El ataque al sistema de jerarquización, ha permitido secuestrar o decapitar a las mejores cabezas, sustituidas casi siempre por advenedizos sin capacidad ni prestigio. De idéntica manera se ha intentado eliminar a los centros de más notoria relevancia, (Clínica de la Concepción, Hospital Central de la Cruz Roja, Instituto de Oncología).

b) La burocratización, complementa el dispositivo de dominio socialista; para ello se han apartado los cuerpos de Inspección sanitaria, dejando en los controles a quienes por su servilismo o ambición, eran más manejables, sustituyendo a los funcionarios por delegados gerentes y directores de nombramiento directo. Del mismo modo, se han ido expropiando los puestos legítimamente ganados mediante una Ley de Incompatibilidades, que dicho sea de paso no afectaba a los cargos políticos. Siguiendo por esta vía burocrática, que es el cáncer del Estado terapéutico, hemos llegado a alcanzar las cotas más altas, de la historia sanitaria española entre puestos clínicos y pue-

tos burocráticos. Para mantener la docilidad de los sanitarios que realmente, hacen la Medicina, se ha montado un mecanismo represivo: el expediente, en donde la Administración-sanitaria se convierte en juez y parte, constituyendo un auténtico comisariado político para la Sanidad.

c) El economicismo, consiste en la aplicación de un criterio económico restrictivo, para la Sanidad pública. Recordemos, que la economía, ha sido el arma política del socialismo. El racionalismo económico, implica que el dinero sanitario se use con imaginación, corrigiendo la desviación de gastos. Gastar mejor no implica gastar menos, sino saber gastar, atendiendo lo prioritario y demorando lo superfluo. De hecho el gobierno socialista, ha hecho y sigue haciendo, una reconversión sanitaria permanente, este concepto se traduce para la Sanidad, en la reducción de puestos de sanitarios en la congelación de presupuestos, en la pérdida de poder adquisitivo, en el envejecimiento de instalaciones, y finalmente en la pérdida de la eficacia, frente a la población asistida, que sin embargo ha pagado estos servicios con los tributos y fiscalidad más elevados de Europa.

En esta cuestión del dinero hay otra faceta discriminatoria. Los mandarines (como ha ocurrido en otros sectores de la Administración) reciben los sueldos y gratificaciones más substanciosos, ya que en la escala de valores oficial, no en balde, son «sus» sanitarios de primera clase. Por el contrario, los médicos y el personal auxiliar sanitario, salvo que sean adictos al «mando», cobran cifras menores, convirtiéndose en sanitarios de segunda clase.

Para justificar, esta operación nacional de acoso y derribo de los mejores profesionales, el Poder y sus acólitos han montado toda una mitología de la mentira, que justifique la caza de batas blancas, intentando presentar a los médicos, como vagos, desidiosos, poseídos por un espíritu corporativista, ávidos de lucro y ganancias y hasta peligrosos para la salud, nacional, solo posible, con tal criterio, en la medicina monopolista del estado. El «buen» médico, para un sistema socialista, es aquel técnico mediocre, dedicado a la burocracia de los volantes, dócil a la consigna de la Administración, conformista, y no excesivamente inteligente ya que la consigna de «muera la inteligencia» clínica, parece ser la predilecta de estos padres del progresismo médico oficial. Este hombre de bata blanca y entendimiento corto, es quien en los llamados países socialistas del este, ha personificado la antimedicina, el aborto, la eutanasia, las tremendas salas hospitalarias soviéticas, algo cuya última referencia, es el Poder inhumano y antipersonal, que sin embargo parece ser el modelo para nuestros gobernantes y reformadores de la Sanidad.

Elogio y defensa de la libertad médica.

Mi discurso ha intentado mostrar, que la libertad ha sido desde la época aurora de la medicina, el ingrediente imprescindible del Arte de curar. La libertad no es un principio ni una doctrina, sino un estado de vigilia per-

(Continúa en la pág. 22)



INFORMATIVO

DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGIA Y LEGISLACION SANITARIA

PARA: D. Pascual Crespo Crespo
Presidente «Colegio O. de Médicos»
CIUDAD REAL

Estimado amigo y compañero:

Me es muy grato comunicarte, que afortunadamente, a partir del próximo curso lectivo 1991-92, se podrá obtener en nuestra Universidad y País por primera vez, el título de ESPECIALISTA EN TOXICOMANIAS.

La enseñanza de esta especialidad, se impartirá a nivel de licenciados o doctores en farmacia o medicina, con una duración de trescientas horas por curso (treinta créditos).

La especialización será impartida en nuestro departamento de medicina legal, por un equipo de expertos en toxicomanias, en el campo farmacéutico, médico, psiquiátrico, jurista etc. etc.

Te agradeceré comuniques a todos los colegiados, el contenido de la presente, ya que conozco, son muchos los interesados en esta especialización.

Recibe un cordial saludo.

Profesor R. Garrido-Lestache Cabrera
Profesor titular, Departamento de Medicina Legal.
Especialidad en Toxicomanias

Gestión y Tecnología Asociados

Bravo Murillo, 97 - 1.º dcha.
Tels: 554 40 68 - 553 91 77 - 28003 MADRID

Muy señor mío:

Como usted recordará, el pasado año realizamos un curso de preparación de las oposiciones a Atención Primaria de Insalud en su centro.

En el presente año hemos recibido varias peticiones para la realización de dicho curso desde la provincia de Ciudad Real, lo que le comunico por si estuvieran interesados en organizar un nuevo curso.

Me permito comunicarle que las oposiciones han sido retrasadas, al menos, hasta el mes de octubre.

Para cualquier información le ruego contacte con nosotros en los teléfonos arriba reseñados.

Atentamente.

Fernando YUSTE ECHARREN
Gerente

SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA DE MEDICINA FAMILIAR

Estimado compañero:

Te comunico que el pasado día 8 de junio se celebró una reunión en Tarancón (Cuenca), entre diversos médicos de E.A.P. de la Junta de Comunidades, para poner en marcha la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los fines, de dicha Sociedad, son la potenciación de la Atención Primaria desde sus vertientes científicas y cultural.

Podrán pertenecer a la misma, todos los médicos de A.P. estén en posesión o no del título de Medicina Familiar y Comunitaria.

Todo aquel que esté interesado en pertenecer a la misma dirigirse a:

José Manuel Ortín Arroniz
Centro de Salud de la Solana
Plaza de D. Diego s/n
LA SOLANA (C. Real)



Centro de Atención a la Salud

PARA: Sr. Presidente
Colegio Oficial de Médicos
CIUDAD REAL

Estimado Sr.:

El día 21 de Marzo de 1991 se ha constituido la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud-Mental (A.E.N.) y como primera actividad científica hemos organizado unas jornadas sobre «Salud Mental y Ley» que tendrán lugar los días 8 y 9 de Noviembre del presente año, a las cuales tenemos el honor de invitarle al tiempo que rogamos les de la máxima difusión posible.

Agradeciendo de antemano su colaboración, le saluda atentamente.

Paloma San Román Villalón
«Presidente del Comité Organizador»

Informe de la Asesoría Jurídica de la O.M.C.

Debido a hechos ocurridos últimamente, en relación con la responsabilidad subsidiaria que pudiera existir ante la colaboración en equipos quirúrgicos cuando alguno de los componentes carece de título de especialista correspondiente, se incluye, para su publicación en la Revista LETRA MEDICA, el informe requerido a la Asesoría Jurídica de la O.M.C., que a pesar de venir referido a un anestesista, es extrapolable a cualquier otra situación similar que se de en otro especialista carente de título.

ASUNTO: Sobre la responsabilidad del equipo quirúrgico cuando alguno de sus componentes carezca del Título correspondiente, en concreto, el de Anestesiología y Reanimación.

El Ilmo. Presidente del Colegio de Médicos de Almería consulta de esta Asesoría Jurídica sobre la responsabilidad civil profesional del equipo quirúrgico, cuando uno de sus componentes carezca de titulación profesional correspondiente a «anestesista», debidamente homologada, a lo que procede informar lo siguiente.

1. Planteamiento.

Ante la situación de hecho de que el Insalud está contratando Anestelistas procedentes de países Hispano-Americano (vgr. Argentina), sin el título homologado y como complemento al informe que esta Asesoría Jurídica elaboró el día 10 de julio de 1990, el Colegio de Almería se cuestiona si incurrirían en responsabilidad los otros Médicos del equipo quirúrgico que, conociendo aquella situación, la consintieran e intervinieran junto con el supuesto anestesista.

Dando por hecho, como se señaló en el informe citado, que la no homologación equivale a la no titulación, surge la duda de si, efectivamente, incurriría en responsabilidad por error imputable al supuesto anestesista, aquel que interviene con él.

Se examinan los dos aspectos de la responsabilidad: penal y civil.

2. La responsabilidad penal del Médico del equipo quirúrgico.

a) Cuestión previa.

Hay que partir de la premisa de que el Cirujano o cualquier otro Médico del equipo conozca que el «anestesista» carece de título homologado y del hecho de que éste cometa un error o una mala praxis al intervenir en labores propias de la Anestesiología y Reanimación. A partir de la imprudencia del «anestesista» ¿habría imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica de los otros miembros del equipo?.

La respuesta es difícil de encontrar, y son admisibles las dos posturas.

b) En general, las causas que eximen de responsabilidad penal.

a*) Principio general

De las distintas causas que excluyen la responsabilidad, según el Código Penal, aquí nos interesa retener las de la ausencia de antijuricidad y la de la falta de culpabilidad.

A ellas nos referimos a continuación.

b*) Ausencia de antijuricidad.

Como recuerda MARTINEZ CALCERRADA (en *Derecho Médico*, Vol. I, Madrid, 1986, pág. 237 y siguientes), dentro de las denominadas causas de justificación (situaciones que hacen que un hecho aún siendo típico no sea antijurídico), pueden citarse las siguiente:

el estado de necesidad.

el consentimiento del ofendido

el ejercicio legítimo de un derecho

o el cumplimiento de un deber.

De estas tres, nos interesa destacar, a los efectos que nos interesa, la tercera.

El artículo 8 del Código Penal dice que «están exentos de responsabilidad criminal... 11) El que obra en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio de cargo».

No vamos a examinar la jurisprudencia que ha recaído sobre esta eximente. Solo señalaremos que hay dos direcciones para su aplicación: la amplia y la estricta. La amplia exige simplemente derivadas de aquel carácter, el cumplimiento de un deber atinente a tales funciones y, por último, adecuación del medio utilizado para cumplir el deber.

Así, podría decirse que el Médico siempre actúa conforme a un deber, que le impone la obligación de, por encima de todo, atender al enfermo.

c*) Falta de culpabilidad

La culpabilidad falta cuando aún siendo la acción llevada a cabo por el sujeto (el Médico) típica y antijurídica, ésta no es imputable, o no existe dolo ni culpa o en su caso, concurre una causa de no exigibilidad de una conducta distinta. De todas las eximentes que el Código Penal establece, interesa examinar, para el supuesto que nos ocupa, la de la **obediencia debida**.

El artículo 8 apartado 12 del Código Penal exime de responsabilidad criminal a quien obra en virtud de obediencia debida. Como dice MARTINEZ CALCERRADA (op. cit. pág. 247-248), «en el cumplimiento de un deber la relación entre la ley y el funcionario se establece directamente, pero en la obediencia debida se intercala, entre la ley y el funcionario, la voluntad del superior. En ésta la obligación de obedecer se condiciona al mandato, que es expresión de esa voluntad superior, y en tanto que no se dé la orden no se produce la obligación de obedecer. En el cumplimiento del deber la iniciativa corresponde en todo momento al funcionario, pero en la obediencia debida la iniciativa no le toca a él, sino al superior a quien está subordinado. Por ello en la obediencia hay una triple relación: de un lado entre el superior y el inferior; de otro, entre éste y el tercero a quien afecte el cumplimiento de la orden, y por último, entre el superior y el tercero. En el cumplimiento del deber no hay otra relación que la que se establece entre el sujeto activo y pasivo. En éste, la conducta del sujeto ha de ajustarse a derecho en todas sus partes. En la obediencia no se produce esta necesidad, y el contenido de la orden puede ser incluso antijurídico».

Bastará, por tanto, en el supuesto que examinamos, dar cuenta al superior jerárquico de la circunstancia de que no se intervendría con aquél que no tiene el Título de Anestesiología y Reanimación, para eximir de la responsabilidad si, el superior jerárquico responde que hay que intervenir, pues, en este caso, se estaría actuando según la obediencia debida.

c) La división de trabajo horizontal entre cirujano y anestésista.

Como recientemente ha señalado A. JORGE BARRERO (en *Imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica*, Madrid, 1990, pág. 137 y siguientes) «la problemática delimitación de la responsabilidad penal entre cirujano y anestésista jugarán un papel fundamental — como criterios de concreción de sus deberes de diligencia— los principios de división de trabajo y de confianza. Punto de partida básico es el de la responsabilidad propia e individual de cada especialista: el anestésista responderá del cuidado preoperatorio del paciente a los efectos de prepararle para la anestesia, y de la vigilancia y control de las funciones vitales del operado durante y después de la

intervención quirúrgica; y, por su parte, el cirujano decide sobre sí, dónde, cómo y cuándo se realiza la operación. Además, hay que tener muy en cuenta que la cuestión, sobre la responsabilidad del cirujano en relación con la del anestésista, no se puede resolver en abstracto sino en concreto».

Y el autor citado continúa, «la división del trabajo médico lleva consigo que en la Medicina moderna cada médico asuma su propia responsabilidad: el cirujano decide el tiempo, lugar y el cómo de la operación, de acuerdo con el paciente; y el anestésista actuará con plena autonomía y responsabilidad en todas las cuestiones de su competencia y especialidad (todo lo relacionado con la preparación, ejecución y vigilancia del procedimiento de la narcosis). Esta división de trabajo debe estar conectada con el otro principio fundamental de confianza: los médicos especialistas intervinientes (por ejemplo, cirujano y anestésista) en la operación, en beneficio de un desarrollo ordenado de ésta, han de poder confiar —por principio, o como regla general— en la colaboración correcta del colega de otra especialidad. Aquí, en estos supuestos de división de trabajo horizontal, el principio de confianza juega en toda su intensidad y **sólo se podrá excluir su operatividad en casos excepcionales: cuando en el caso concreto se percibe un fallo grave de otro colega — infracción de cuidado escandalosa— o existan dudas sobre su cualificación o fiabilidad, que justifiquen la pérdida de confianza en la conducta correcta del colega o anule la confianza —digna de protección— en el otro colega, lo cual fundamentaría un especial deber de cuidado mediato («secundario») —de «vigilancia» (y de evitación del resultado lesivo que pueda producirse)— y la posible imputación de la infracción del mismo y sus consecuencias al médico que ha confiado indebidamente en la conducta diligente del colega».**

Ejemplos de la responsabilidad del cirujano respecto de los errores del anestésista son contemplados en distintas sentencias, así, la de 10 de octubre de 1979, de 26 de junio de 1980, de 19 de enero de 1982 o de 22 de abril de 1988, todas citadas en la obra que hemos referenciado.

Por lo tanto, pudiera ocurrir que, el cirujano incurra en responsabilidad penal, por el mero hecho de haber confiado indebidamente en la conducta diligente de su colega, que no era anestésista.

3. La responsabilidad civil del Médico del equipo quirúrgico.

En principio, y con independencia de la responsabilidad criminal (penal) el Médico cirujano no será responsable por la simple actuación de un anestésista que no tiene homologado el Título. Ante una actuación normal del anestésista, el cirujano no es responsable de la misma.

Ahora bien, y como se señaló en el anterior apartado, si el Médico observa anomalías o irregularidades en la actuación de aquel que se hace pasar por anestésista,

y basa todo en su confianza hacia ese actuar, entonces sería responsable del daño que podría irrogar la conducta anormal del anestesista.

Estaríamos ante la responsabilidad que en términos jurídicos se **denomina extracontractual o aquiliana**. Esta responsabilidad supone la **producción de un daño a otra persona sin que exista una previa relación jurídica entre el autor del mismo y esta última**. El deber transgredido es el genérico *meminen laedere*, es decir, **el abstenerse de un comportamiento lesivo para los demás**. Esta responsabilidad se reconoce en el art. 1902 del Código Civil que dispone: «El que por acción u omisión causa daño a otro interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño». Por lo tanto, la responsabilidad se basa, ante todo, en la culpa o negligencia del agente productor del daño, y, en segundo término, en que la conducta sea dolosa, es decir, se precisa que el daño sea atribuible al agente, bien porque tuviera intención de causarlo, bien porque, **pudiendo y debiendo preverlo, no lo previó por negligencia inexcusable**.

Y ¿qué es la culpa o negligencia a estos efectos?. El Tribunal Supremo ha declarado en reiteradas ocasiones la aplicación del artículo 1.104 del Código Civil al ámbito de la responsabilidad extracontractual. Este precepto dispone que la culpa o negligencia «consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar».

Pues bien, de la doctrina expuesta, parece claro que el cirujano que va a hacer una intervención quirúrgica, debe prever, que si interviene con un médico que no ostenta el Título de anestesista, el daño o perjuicio al paciente es posible. Estaríamos ante una responsabilidad también del cirujano, por omisión de la diligencia debida.

Ahora bien, ¿qué ocurriría si, a pesar de observar-se las anomalías, el Médico no tiene otra alternativa que operar, porque está ante un caso de «vida o muerte», en el que la intervención quirúrgica es inexcusable en esos momentos, y no hay otros anestesistas disponibles?.

En este supuesto podría considerarse que no hay negligencia, pues siendo el juicio de previsión del daño, producto de una valoración objetiva, podría demostrarse que el Médico obró con la diligencia que exigía el momento o que correspondía con «las circunstancias de las personas, el tiempo y del lugar» (artículo 1104 citado del Código Civil). Sin embargo, esa observación quedaría al criterio del Juez, teniendo en cuenta que la jurisprudencia siempre ha venido aplicando el principio de favorecer al más débil, es decir, al que ha sufrido el daño, estableciendo los siguientes criterios:

—La presunción *iuris tantum* de culpa del agente, con la obligación por su parte de desvirtuarla mediante la prueba de que cobró con la diligencia debida (inversión de la carga de la prueba).

—Principio de expansión en la apreciación de la

prueba en beneficio del más débil, cuando no se puede probar con exactitud la causa del daño y la culpa del agente.

—No basta el cumplimiento de las disposiciones legales que obligan a la adopción de garantías para prevenir los daños previsibles y evitables, ya que cuando no se han dado resultados positivos se revela la insuficiencia de las mismas y que faltaba algo por prevenir, no hallándose completa la diligencia contemplada.

—Y mayor rigor en la apreciación e interpretación del citado art. 1104 DEL Código Civil. (Así, entre otras las Sentencia de 30 de Junio de 1959, 5 abril de 1963 y 15 de junio de 1967).

Por lo tanto, parece difícil que el Médico pudiese evitar, según esos criterios, que se le atribuyese una **culpa consciente**, pues, a pesar de intervenir, estaba previendo el daño posible.

4. Conclusión.

Para concluir, es posible que el cirujano que conoce que interviene con un anestesista que no tiene el título homologado, pueda incurrir en la doble responsabilidad civil y criminal, según los términos expuestos en el cuerpo de este escrito.

Este es el informe del letrado que suscribe, que somete a cualquier otro mejor fundado en derecho.

Madrid, 3 de agosto de 1990

Fdo.: Pedro González Salinas



manente, en defensa del libre albedrío, capaz de romper en cada ocasión, las ataduras con que el poder, la sociedad o las conveniencias pretendan encadenarnos.

En esta santa tierra de Quijotes y Sanchos, donde a diario se la prostituye, cobran renovado valor, los consejos, que, por boca de don Quijote, enderezaba a Sancho el indomable cautivo, Don Miguel de Cervantes.

«La libertad Sancho —sentenciaba el hidalgo— es unos de los más preciados dones, que en los hombres dieron los cielos; con ella, no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra, y el mar encubre; por la libertad, así como la honra, se puede y se debe aventurar la vida, y por el contrario, el cautiverio, es el mayor mal, que puede venir a los hombre»—.

Hoy en muchos países, el Poder y sus usufructarios han cautivado la Medicina, de forma brutal, en los países totalitarios o socialistas; de forma solapada, en los países teóricamente, democráticos. Con ello han adulterado la relación amorosa o Phylia, entre el médico y su paciente, hecho gravísimo y trascendente, como indicador fiable de la auténtica libertad de un pueblo.

Uno de los grandes precursores, de la medicina social, fue el fundador de la anatomía patológica Rudolf Virchow, médico joven, luchador por la libertad, condenado a muerte, y refugiado en el exilio. Su tesis doctoral, publicada en 1843, es todo un manifiesto: «Sólo el espíritu liberal, puede formarse idea de la medicina».

Sandro Pertini, el gran Presidente italiano, dirigiéndose en 1983, en Venecia ante la XXXVI, Asamblea de la OMS, remachaba, la identidad entre Medicina y Libertad.

—«Allí, donde el ejercicio de esta profesión antigua y esencial, se deba subordinar a la razón de estado o a un diseño político de sumisión, es en realidad, la misma libertad humana que está en peligro, y con ella, el derecho ineludible, a la integridad física de la persona.

Uno, que es hombre dado a la lectura de los clásicos, encontró las mismas ideas en un diálogo de Luciano de Samosata, escritor de este siglo II de nuestra era:

—«En el caso de la profesión médica, para que sea más distinguida y más útil al mundo, debieran evitarse cualquier tipo de restricciones, sobre quienes la ejercen. Es de entera justicia, que el arte de curar, debiera conllevar algún privilegio, relativo a la libertad de quienes lo practican, que no debiera ejercerse ni coacción ni mandato, sobre una vocación sobrada, enseñada por los dioses y ejercida por hombres peritos, que no debiera ser sometida a una servidumbre legal, al voto o al castigo jurídico, o al miedo y la amenaza personal de la gente corriente».

Esto, es algo, de cuanto tenía que decirles sobre mi experiencia vital de médico, plena si la refiero a mi vocación; dolorosa a ratos ante un poder y unos políticos, que en algún país han sido afrenta histórica para la humanidad. No me siento ni optimista ni pesimista, y sé, por la Historia recientísima, que los crímenes contra la libertad, acaban en el repudio o el castigo de sus autores.

Por otra parte, creo que fue Borges, el autor de una frase que aviva la lucecilla de esperanza sobre el destino de los hombres; decía así:

—«*Cuando el mundo se tambalea y parece que va a desplomarse, siempre hay espaldas de cuatro justos, que lo sostienen*»—
Estoy seguro, que uno de tales justos será un médico



Nuevos Conceptos en el Tratamiento de la Úlcera Gastroduodenal

1. INTRODUCCION CONCEPTUAL MICROBIOLÓGICA SOBRE EL HELICOBACTER PYLORI.

En el año 1983 Warren y Marshall, cultivaron un bacilo gran negativo productor de ureasa. El *Campylobacter Pylori*, actualmente llamado *Helicobacter Pylori* por tratarse de bacterias curvadas. El cultivo lo realizaron a partir del antro gástrico de pacientes con úlcera péptica. (1)

Su identificación se realiza bruscamente por:

a) cultivo y tinción con Gram y pruebas de catalasa oxidada.

b) examen Histopatológico y tinción con Hematoxilina Eosina, Gram, Warthin-Starry, etc.

c) Test de la urea rápida, en el que las biopsias introducidas adquieren un color de rosa a rojo, considerándose en este caso como positivas.

Desde este descubrimiento se han multiplicado los trabajos que relacionan claramente este microorganismo con la gastritis crónica antral tipo B(2) y con la úlcera gastroduodenal (3) e incluso con el cáncer gástrico a través de la gastritis crónica atrófica.

2. EPIDEMIOLOGIA

Estudios de anticuerpos mediante ELISA, indican una prevalencia elevada de la infección por *H. Pylori* en la comunidad. Se considera que están infectadas más del 50% de las personas por encima de los 50 años. En niños prevalece similar en sintomáticos y no sintomáticos de un 12 a 17%.

La transmisión de este microorganismo se desconoce, se cree que es oral, aunque no se ha detectado en la saliva ni en heces. Se ha encontrado un mayor reservorio en trabajadores de mataderos. Se ha descrito transmisión con certeza a través del gastroscopio (5).

El hecho de que la seropositividad para *H. Pylori* fue sistemáticamente más frecuente en los pacientes con retraso mental, es muy sugestivo de transmisión de persona a persona (6).

En este aspecto destaca un trabajo publicado en *Lancet* (junio 89) por el Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Universitaria de Navarra, titulado «Úlcera Epidémica» en el que cuatro miembros de una plantilla total de ocho, presentaban una úlcera duodenal, con positividad para *H. Pylori*.

Se sospecha la transmisión por gotas de la respiración o por vía fecal/oral, no los postulados de Koch, aunque tampoco los cumple el *Treponema Pullidum*.

3. MECANISMO DE ACTUACION EN LA ÚLCERA DUODENAL

Los pacientes con úlcera duodenal a menudo tienen áreas de mucosa en el duodeno (metaplasia plástica). El *H. Pylori* coloniza estas áreas de metaplasia, que anteceden a la formación de la úlcera.

Por otra parte, el *H. Pylori* al deteriorar la capa protectora de moco, el ácido gástrico y la pepsina pueden ocasionar erosiones epiteliales y úlceras. Por tanto la duodenitis por *H. Pylori* será la principal causa predisponente de úlcera duodenal (7).

4. TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DUODENAL.

Se ha demostrado que el índice se reducirá en la úlcera duodenal de los pacientes en los que se erradicó el *H. Pylori* fue del 25% en comparación con un 75% en los que no se eliminó la bacteria.

Basándose en estos conceptos se han ensayado varias pautas terapéuticas para erradicación del *H. Pylori* y en consecuencia curación de la Gastritis antral superficial y la úlcera gastroduodenal.

Así en la revista *A.C.A.D.* enero-marzo 89, un grupo cubano (Dres. A. Sotto Escobaret al) realizan un ensayo con Cimetidina y Metronidazol.

GRUPO I: 2 comprimidos de 400 mg. de cimetidina al acostarse más 750 mg metronidazol. (250 en cada comida)

GRUPO II: cimetidina 1 gr. al día (200-200-200-400) más metronidazol 1 gr./día (250 en cada comida y al acostarse).

GRUPO III: cimetidina 800 mg/día (400 en desayuno y 400 al acostarse), más metronidazol 500 mg/día (250 en almuerzo y cena).

Resultados del total de 18 úlceras gástricas:

Cicatrizaron a las 4 semanas: 50% del I.

100% del II.

88,8% del III.

Resultados del total de 69 úlceras duodenales:

Cicatrizaron a las 4 semanas: 92 % del I.

100 % del II.

100 % del III.

En otro trabajo de *Lancet* vol. 18 N. 12. 1991, asociando Oxacilina + Ranitidina curaron la úlcera en 100 % y con Ranitidina sola el 88%.

Similares resultados se han obtenido con Famotidina y Sucralfato.

Se han propuesto otras pautas para la erradicación del *Helicobacter Pylori*:

- Subcitrate de Bismuto Coloidal.
- Gentamicina.
- Eritromicina.
- Asociación de Subcitrate de Bismuto Coloidal con tinidazol (500 mg dos veces al día de tinidazol).
- Fenoximetil Penicileno oral: 500 mg/(Horas.
- Ciproflaxacino.
- Amoxicilina.
- Metronidazol.
- Asociación de Metronidazol con Omeprazol o

Ramtidina, etc.

—Asociación de Amoxicilina con Omeprazol o Ramtidina, etc.

Actualmente la terapia oral triple es la más aconsejable en esta enfermedad.

500 mg/8 horas de Amoxicilina	10 días	
500 mg/8 horas de Metronidazol		
600 mg/8 horas de Subsalicilato de Bismuto		4

semanas.

Produciendo después de un mes de tratamiento curaciones en nueve de cada diez enfermos, haciendo desaparecer el *H. Pylori*.

Debido a hechos ocurridos últimamente en relación con la responsabilidad subsidiaria que pudiera existir ante la calaboración en equipos quirúrgicos cuando alguno de los componentes carece del título de especialista correspondiente, se incluye, en su totalidad el informe requerido a la Asegoría Jurídica de la O.M.C. que a pesar de venir referido a un anestesista es extrapolable a cualquier otra situación similar que se dé a otro especialista ausente de título.

notas necrológicas

* ANASTASIO MARTIN PEREZ, nació el 22 de agosto de 1899, en Ciudad Real desempeñó el cargo de Cirujano del Hospital Provincial. Fue nombrado colegiado honorífico el 8 de Noviembre de 1968. Fue vocal representante de Médicos jubilados.



* PEDRO GASCO GASCON, nació el 22 de febrero de 1911, en Albóndiga. Ejerció en Medicina General en Arenales de San Gregorio (Campo de Criptana). Se jubiló el 22 de febrero de 1981.



Desde el último número del Boletín «LETRA MEDICA», hasta este, dos Médicos han fallecido pertenecientes a este Colegio de Médicos de Ciudad Real: D. Anastasio Martín Pérez, con domicilio en Ciudad Real, donde prestó sus servicios siendo Cirujano del Hospital Provincial y D. Pedro Gascó Gascón que practicó Medicina General en Arenales de San Gregorio (Campo de Criptana).

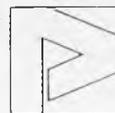
El fallecimiento de estos dos médicos-colegiados hace que el Colegio invite a todos a elevar una oración el eterno descanso de sus almas.

TARJETA VISA COLEGIO DE MEDICOS



BULEVAR

¡Solicite su tarjeta!



BANCO
POPULAR
ESPAÑOL

BAJAS COLEGIALES

N.º Colegiado	Nombre y Apellidos	Motivo Baja
Junio	3.259 Enrique GONZALEZ-AURIOLES FDEZ	Traslado a Jaén.
	3.236 M.ª Angeles LEON HERRERA	Traslado a Sevilla
	3.326 Luis Jesús GARRIDO TERUEL	Traslado a Sevilla
	3.355 Josefina GARCIA LOPEZ	Traslado a Jaén
	2.406 Emilio LOPEZ BERENGUER	Traslado a Málaga
	3.323 Juan José LUQUE CARRILLO	Traslado a Jaén.
	3.329 Fco. de Asis ASENJO HERNANDEZ	Traslado a Jaén.
	2.838 Irene SANCHEZ-VIZCAINO GOMEZ	Traslado a Cuenca
	3.277 Martina GARCIA MARTIN	Traslado a Cádiz
	3.320 Felsa SANCHEZ GUERRERO	Ejercer de Odontólogo
Mayo	2.584 Juan CARMONA SANCHEZ	Traslado a Málaga
	3.273 Antonio Domingo RUIZ SALVATIERRA	Traslado a Sevilla
	3.269 Enrique MADRID DEL CASTILLO	Traslado a Madrid
	3.343 Antonio CHICA GALLEGO	Traslado a Jaén.
	1.885 Ines ESCAMILLA GALINDO	Traslado a Guadalajara

ALTAS COLEGIALES

N.º Colegiado	Nombre y Apellidos	Procedencia	
Mayo	3.444	M.ª Concepción LAZARO BERMEJO	Toledo
	1.868	Carlos SANCHEZ ESTEVEZ	Sta. Cruz Tenerife
	3.445	Norberto Pablo SANCHEZ PEREZ	Madrid
	3.446	Roberto QUIRCE ANDONEGUI	Cantabria
	3.329	Fco. Asis ASENJO HERNANDEZ	Jaén
Junio	3.447	Estebán ROJAS CASTRO	Toledo
	3.448	Julián DEBLAS CASTELLANOS	Procede Madrid
	3.449	M.ª Carmen GARCIA BENITO	Procede Madrid
	3.450	Rafael TORRES UGENA	Nuevo
	3.451	Juan Ramón DUCHEMINT BEAS	Procede Cuenca
	2.229	Juan A. FUENTES OTERO	No ejerció temporal
	3.452	Isabel SALAS SALCEDO	Procede Zaragoza
	3.453	Elías SANCHEZ TEJERO	Procede Granada
	3.454	José Antonio MARTINEZ GARCIA	Nuevo
	3.455	Oscar QUINTANA ALAMINOS	Nuevo
	3.456	Juan Manuel MUÑOZ MARTOS	Nuevo
	3.457	M.ª Carmen DEL AGUILA GRANDE	Nueva
	2.727	José Manuel SUAREZ CARRILLO	Procede Granada
	3.458	José M.ª GONZALEZ DUEÑAS	No ejerció temporal
	2.536	José M.ª RODRIGUEZ GONZALEZ	Reintegro
	3.459	Juan Antonio GIJON ROLDAN	Procede Granada
	3.460	M.ª Gertrudis ALBA ARAGON	Procede Granada
3.461	Benjamin MARTINEZ CARO	Procede Granada	
3.462	Rafael MARTINEZ PARDO	Procede Granada	
3.463	Fco. Javier PORTERO FERNANDEZ	Procede Granada	

Modelo de carrera profesional extrahospitalaria

El modelo de carrera profesional se presenta como una de las últimas oportunidades de la administración pública para intentar enderezar el torcido rumbo político sanitario, se hacía necesario para un medio de la amplitud que implica la existencia de médicos de cupo y zona (generalistas y especialistas), urbanos y rurales, médicos de servicio de urgencia, médicos titulares —APD— y médicos de Equipos de Atención Primaria en Centros de Salud, además del difícil encuadre de los especialistas extrahospitalarios jerarquizados.

CONSIDERACIONES PREVIAS:

1.— De ninguna manera el diseño de un modelo de carrera profesional debe enmascarar ni postergar la Redacción del Estado MARCO.

2.— Debe atender a la corrección del exceso de formación de licenciados, así como la liberación del sistema de especialistas. Ampliación de la vía MIR y creación de vías paralelas (Escuelas Profesionales).

3.— Tender a eliminar la infravaloración y el desprestigio del profesional, la insuficiente formación continuada, la falta de apoyo la investigación epidemiológica o clínica, la ausencia de informatización de los centros y la persistencia de honorarios profesionales no acordes con la dedicación y capacitación profesional.

4.— la oportunidad de la carrera profesional debe servir para crear una vía de integración a los médicos en paro o subempleo, cuya situación actual aspirando sólo a convertirse en contratados sumisos, no merece más comentario.

5.— Incidir en el respeto a los derechos adquiridos.

PRINCIPIOS GENERALES.

1.— Sería deseable un marco común para todo el Estado, facilitaría los traslados sin cambios de categoría.

2.— No se puede separar a ciertos niveles los aspectos asistenciales de los de gestión, pues de esta forma se evitaría que dirija un centro una persona que jamás ha visto un enfermo.

3.— Debe defenderse la máxima garantía de consolidación de los niveles, siendo suficiente el reciclaje rechazando la utilización de exámenes.

4.— En líneas generales el aspecto asistencial disminuye porcentualmente en las Escalas Superiores.

5.— Sus diferentes categorías deben tener una DIFERENCIACION DE SISTEMA RETRIBUTIVA.

6.— Los derechos laborales adquiridos como son los del colectivo de cupo y zona o personal de 2 horas y media de permanencia física, no tienen por qué ser alterados en el nuevo programa profesional. **NO DEBE SER CONDICION INDISPENSABLE LA DEDICACION EXCLUSIVA.**

7.— El médico puede «hacer carrera profesional» desde la cobertura de un puesto laboral interino o en sustitución.

ESQUEMAS

La carrera profesional podría dividirse en tres grandes secciones:

- Carrera profesional propiamente dicha.
- Carrera mixta.
- Carrera administrativa.

CARRERA PROFESIONAL PROPIAMENTE DICHA

Se tendría acceso a ella «por ser médico», sería el tronco común y vía de acceso obligada a las otras secciones. No conllevaría tareas jerárquico-administrativas.

Quedaría estructurada en 4 niveles:

NIVEL I O FORMACION: En él estarían integrados los médicos generalistas recién licenciados, ya sea propietario, interino o sustituto (tiempo de permanencia 2 años), pues así cumple la normativa comunitaria 86/457 comienza a computar desde el primer día de trabajo en el sector público ya sea propietario o interino o en sustituciones. Su función asistencial tiene que ser colaboradora, trabajando al lado de médicos de niveles superiores. al final de los 2 años, debe realizar un CURSILLO DE ACTUALIZACION Y REICLAJE DE 3 MESES (Sin exámenes; le dará derecho a la OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, y su acceso al NIVEL II.

NIVEL II O MEDICO ADJUNTO: Integrado por generalistas en Medicina Familiar y Comunitaria (es decir, por GENERALISTAS QUE HAYAN SUPERADO EL NIVEL I. El tiempo mínimo de permanencia en este nivel es de 5 años. Su labor es **fundamentalmente asistencial**, reservando un 10-20% para labores de formación, docencia e investigación a diferencia del Nivel I, tendría menor movilidad en el área y una mayor estabilidad en el centro de trabajo. Al final se rea-

lizaría un CURSO DE RECICLAJE, de 3 meses que junto a la valoración objetiva (sin exámenes; le proporcionaría el acceso al nivel III. si no supera estos requisitos permanecería en este nivel, no pudiendo descender al Nivel I.

NIVEL III O MEDICO CONSULTOR: El tiempo mínimo del permanencia sería de 5 años y sería la **categoría mínima necesaria** para acceder a las Carreras Paralelas MIXTA O ADMINISTRATIVA. Sería asistencial en un 70% y docente investigadora en un 30%. La valoración al final vendría determinada por un CURSO DE RECICLAJE, de 3 meses y además por una TESIS DOCTORAL y por un conjunto de CREDITOS: N.º de enfermos vistos, intervenciones quirúrgicas practicadas, técnicas que se denominan, etc. No hay posibilidad de descender al Nivel II.

NIVEL IV O MEDICO CONSULTOR CLINICO: Sería considerada como categoría honorífica con una actividad asistencial docente e investigadora en proporciones similares. Podrá gozar de la potestad de un año sabático.

Tendría suplementos retributivos por sus CREDITOS.

CARRERA MIXTA

Tendrá a su cargo actividades asistenciales y además tareas jerárquico-administrativas. Se establecen 3 niveles o categorías:

• **Director de UNIDAD.**— Podría equivaler al actual Jefe de Sección; tendría a su cargo la dirección de una unidad Extrahospitalaria, coordinando distintos Especialistas de cercanía geográfica, siendo su labor asistencial al 50% como mínimo de su jornada laboral. El acceso a este nivel lo tendría un Médico Consultor con antigüedad mínima de 2 años.

• **Jefe de Servicio.**— Rango superior al anterior. Tiene dirección total de centros de determinada capacidad o la dirección de Especialidades troncales en los grandes centros. Se accede después de 3 años en nivel anterior.

• **Jefe de Departamento.**— Grado máximo de la carrera mixta. Después de 3 años mínimos en el Nivel anterior. Tendrá funciones de dirección en los grandes centros ambulatorios.



Fdo.: Francisco Ruiz Carrillo
Vocal Medicina Extrahospitalaria



Jornadas sobre Salud Mental y Ley



VIERNES, 8 DE NOVIEMBRE

- 9,00 Apertura Secretaría.
Entrega de documentación.
- 10,00 Inauguración Oficial.

MALOS TRATOS A MENORES

- 10,30 Aspectos físicos de los malos tratos.
Dra. Beatriz Agustí. Pediatra.
- 11,00 Aspectos jurídicos de los malos tratos a menores.
D.ª Elisa Veiga. Juez de Familia.
- 11,45 Descanso.
- 12,00 Prevención de los malos tratos.
Dr. Fernando Cabaleiro.
Psiquiatra Infantil.
- 12,45 Coloquio.
- 14,00 Comida.
- 16,00 Asociación madrileña para la prevención de los malos tratos en la infancia.
Dr. Luis Martín (Presidente de la Asociación).
- 16,45 Trabajo interinstitucional en la intervención con familias maltratantes.
Dña. Inmaculada Porta y
Dña. Andrea Mullor.
Instituto de Servicios Sociales de Móstoles. Madrid.
- 17,30 Descanso.
- 18,45 Coloquio.
- 19,00 Asamblea de la Asociación.

SABADO, 9 DE NOVIEMBRE

SEPARACIONES Y DIVORCIOS

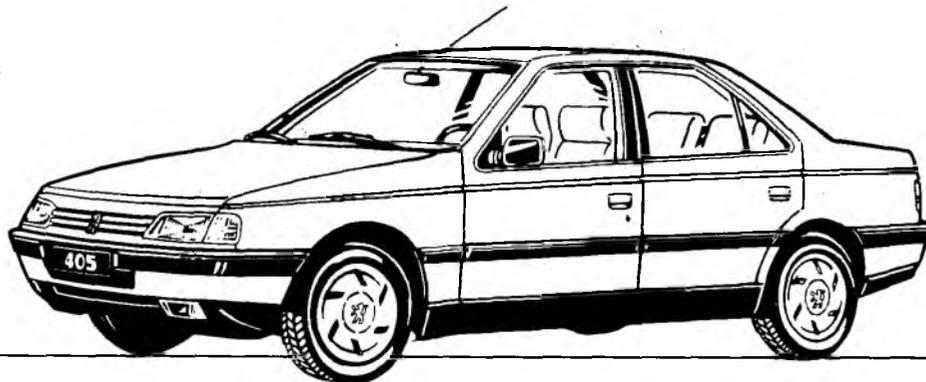
- 9,30 Aspectos jurídicos de los menores en situación de crisis familiar.
D.ª Elisa Veiga. Juez de Familia.
- 10,45 Aspectos psicológicos de las separaciones y divorcios.
Dra. Manuela Utrilla.
Psiquiatra Infantil.
- 11,00 Descanso.
- 11,30 Federación de mujeres separadas y divorciadas.
- 12,15 La mediación en los procedimientos matrimoniales: una alternativa nueva.
D.ª Trinidad Bernal.
Directora del programa de mediación. APSIDE.
- 13,00 Coloquio.
- 14,00 Comida.

MALOS TRATOS A MUJERES

- 16,00 Aspectos psicológicos de los malos tratos a la mujer.
Dra. Carmen Saez de Buenaventura. Psiquiatra.
- 16,45 Asociación de investigación de malos tratos a mujeres.
D.ª Angela Cerrillo. Abogada.
- 17,30 Descanso.
- 18,00 Oficina de ayudas a la víctima del delito: malos tra-

tos físicos y psicológicos a las mujeres:
D.ª Feli González. Abogada.

- 18,45 Plan para la igualdad de oportunidades de las mujeres de Castilla-La Mancha: Recursos.
D.ª Rosario Tapia.
Viceconsejera de la mujer de J.C.C.M.
- 19,30 Coloquio.
- 20,15 Clausura.
- 22,00 Cena.



PEUGEOT 405 x 4

TRACCION TOTAL

- Transmisión Integral Permanente.
- Bloqueo electromecánico de los diferenciales.
- Suspensión trasera electrohidráulica.
- Frenos de disco con sistema antibloqueo ABR (Op.).
- Neumáticos "Todo Tiempo" 185/65/R 14T.

PEUGEOT 405
EXPRESION DE TALENTO.

M O S A

Ronda de Toledo, 21

Tlf.: 221700

CIUDAD REAL

su concesionario
PEUGEOT TALBOT



PLATOS BUENOS Y BARATOS

de arroz

ARROZ CON SALCHICHAS

Para cuatro personas.

Precio aproximado: 200 pesetas.

2 dientes de ajo, 3 cucharadas soperas de aceite, 1 tomate grande muy maduro, 4 tazas de café llenas de arroz, 5 salchichas frescas, queso rallado, sal y pimienta.

Pon el aceite en una cazuela, dora en ella los ajos, echa el arroz, rehógalo rápidamente y añade 8 tazas de café llenas de agua hirviendo. Toma una salchicha, quítale la piel y échala en el arroz bien desmenuzada, sazónala con sal y pimienta, echa el tomate, limpio de piel y semillas y bien troceado. A fuego medio, deja hervir el arroz durante 15 minutos, cinco minutos antes de acabar, echa las salchichas restantes enteras y pinchadas con un tenedor para que no se revienten. Retira el arroz del fuego y sácalo a una fuente. Trocea las salchichas y rodéala con ellas.

Rosario Sánchez Morilla
La Corredera, 61, esc. 1 - 2.º dcha.
UTRERA (SEVILLA)

ARROZ AL PAJARITO

Para cuatro personas.

Precio aproximado: 300 pesetas.

1/2 kg. de arroz, 300 grs. de carne picada de ternera, 1 kg. de patatas, aceite, ajos, zumo de medio limón.

Con el ajo, un poquito de aceite y el arroz, se hace un arroz blanco, se retira del fuego y se echa el zumo del medio limón. Se pelan y cortan las patatas en cuadraditos como para tortilla y se frien, se quita el aceite de la sartén y con una cucharada de aceite se fríe el picadillo de la carne. Se sirve en rosca el arroz y en el centro el picadillo y rodeado de patatitas.

Evelyn G. Ondina
Luis Treillard, 19
SALINAS (ASTURIAS)

PASTEL DE ARROZ

Para cuatro personas.

Precio aproximado: 500 pesetas.

3 tazas de arroz, cuarto de aceitunas sin hueso, dos huevos, tomate frito, mahonesa, 1 lata de atún, pepinillos, trocitos de pollo.

Cocer el arroz, hacer una tortilla francesa con los dos huevos, freír un poco de pollo sin que esté muy tostado. Colocar en un molde redondo una primera capa de arroz, encima de ésta la tortilla francesa, de nuevo otra capa de arroz y otra de pollo troceado, la última capa de arroz, y la de atún. Meterlo en el frigorífico hasta que enfrie y después se saca del molde y se coloca en una fuente redonda. Cúbrela con tomate frito y adórnala con mahonesa.

Nuria Beltrán
San Rosendo, 1 - 1.º B
28022 MADRID

ARROZ CORTIJERO

Para cuatro personas.

Precio aproximado: 100 pesetas.

400 grs. de arroz, cuatro cucharadas de aceite, un tomate, un pimiento, cuatro patatas, una hoja de laurel, dos dientes de ajo, perejil, pimentón, sal.

Se refrién las cuatro cucharadas soperas de aceite, se le añade el tomate, pimiento, las patatas picadas y una hoja de laurel, se le machaca un diente de ajo, perejil, un poco de pimentón añadiéndole sal y agua. Cuando ésta hierva se le echa el arroz que se servirá cuando esté bien cocido.

Silvia Plaza Ruiz
Monroy, 48 - 1.º A
SAN IGNACIO DE LOYOLA
28044 MADRID

Desde aquí os pedimos vuestros secretos de cocina. Esas recetas sencillas, fáciles, baratas, de «andar por casa»; esas mismas que te confirman como experta cocinera; esas fórmulas que hacen el milagro de comer bien por poco dinero.

Todas las recetas seleccionadas y publicadas en esta sección obtendrán 1.000 pesetas de premios. Enviadnos vuestros platos originales y su precio a Revista AMA, Arenal, 21. Madrid 28013. Indicando «Platos buenos y baratos».

ROSCA DE ARROZ CON SALMON

Para cuatro personas.

Precio aproximado: 300 pesetas.

Salmón en aceite 250 grs. Arroz 200 grs. 1 huevo cocido, 1/2 cebolla, harina 1 cucharada, 1 vaso de leche, 2 cucharadas de aceite, pimienta, sal y nuez moscada, 1 cucharada de mantequilla.

En el aceite se rehogan la cebolla picada y el arroz. Se añade agua hirviendo y se pone al horno, hasta que el arroz esté cocido. Aparte se prepara una bechamel clarita con la mantequi-

lla, leche, harina, nuez moscada, pimienta y sal, y se le añade el salmón desmenuzado. En una fuente se coloca el arroz, dándole forma de rosca. En el centro se pone la crema de salmón y se espolvorea con el huevo picado muy finamente.

Rosa María Gómez Alcalde
San Cristóbal, 19 - 1.º Izda.
QUINTANAR DE LA ORDEN
(TOLEDO)

ARROZ AMARILLO

Para cuatro personas.

Precio aproximado: 395 pesetas.

1 taza de arroz, 2 tazas de agua, 1 cebolla, 1 tomate, 2 dientes de ajos, un poco de cominos, un poco de perejil, 1 lata pequeña de guisantes, 1 lata pequeña de pimientos, condimento, 1/4 de carne de cerdo, sal, 1 bolsa pequeña de aceitunas.

Se hace la fritura con la cebolla, el tomate, los ajos, cominos, perejil y condimento. Luego se pone en una cazuela, el agua, la fritura, los guisantes, la carne picada en cuadraditos y pasada ya por la sartén, las aceitunas y la sal a gusto. Cuando hierva se le añade el arroz y el pimiento. Se deja cocer a fuego lento.

Belén Rodríguez Rodríguez
José Antonio, 2 D
Los Sauces
LA PALMA (CANARIAS)



PARA TODOS AQUELLOS
QUE QUIERAN JUBILARSE
CON TODAS LAS GARANTIAS.

PARA TODOS AQUELLOS
QUE QUIERAN
SEGUIR MANTENIENDO
SU MISMO NIVEL DE VIDA.

PARA TODOS AQUELLOS,
PSN LES PRESENTA:

SU NUEVO PLAN ASOCIADO DE PENSIONES.

Un plan especialmente diseñado
para profesionales como usted
que saben que el futuro se hace presente
día a día.

Un Plan Unico, porque en él
se contempla,
La Jubilación, La Incapacidad Laboral
y El Fallecimiento,
TODO EN UN MISMO PLAN,
que además le ofrece
importantes ventajas fiscales.

CON ESTE PLAN DESGRAVE SEGURO

El PSN PLAN ASOCIADO DE
PENSIONES, le ofrece importantes ventajas
fiscales, pues es El Unico Plan de Pensiones,
que le permite desgravar con La Misma
Fiscalidad las coberturas de Incapacidad
Laboral o Fallecimiento.

El cien por cien del Plan Asociado
de Pensiones se puede deducir de la base
imponible del I.R.P.F. siempre y cuando
la aportación no pase del menor de estos
límites:

500.000 pesetas por partícipe o que no
rebase el 15% del Rendimiento del Trabajo
Personal.

Y el resto de aportaciones, hasta
750.000 Pts. anuales, desgrava el 15% en la
cuota íntegra a pagar del I.R.P.F. (con los
límites y requisitos legales).

Ejemplo:

BASE IMPONIBLE DE I.R.P.F.	APORTACION ANUAL AL PLAN	CUOTA I.R.P.F. SIN P. PENS.	CUOTA I.R.P.F. CON P. PENS.	AHORRO FISCAL ANUAL
4.000.000	500.000	930.000	770.000	160.000



CAJA DE PENSIONES

”la Caixa”

La Caja de Pensiones de Barcelona «**La Caixa**», en un afán de favorecer al colectivo sanitario, ha creado la oferta **MEDICAIXA**, cuyas características son las siguientes:

- **Cuentas corrientes de alta remuneración** desde la primera peseta, especialmente indicada para la gestión de tesorería, y sin costos de administración.
- **Posibilidad de rentabilizar ahorros** en diversas modalidades de productos financieros adaptables a su situación y preferencias personales.
- **Préstamos personales e hipotecarios** en régimen preferencial y flexibilidad en el plazo y forma de amortización.
- **Tarjetas 6000 y de crédito** (Visa Clásica y Visa Oro), gratuitas.
- **Libreta Pensión 2000 y 2000 R**, planes individuales de Jubilación, con el tipo de interés más alto del mercado.
- **Seguro de accidentes gratuito**, por un millón de ptas.
- **Seguro de accidentes gratuito**, por un millón de ptas.
- **Gestión gratuita** en el cambio de sus domiciliaciones.

DE ESTA OFERTA PODRAN BENEFICIARSE **TODOS LOS MEDICOS, FARMACEUTICOS Y VETERINARIOS:**

Para cualquier información estamos a su disposición en nuestras oficinas de:

CIUDAD REAL

C/. Alarcos, 9

Telf. 21 08 40-21 08 41

DAIMIEL

C/. Mártires, 3

Telf. 85 07 69

PUERTOLLANO

Paseo de San Gregorio, 12

Telf. 41 11 39

VALDEPEÑAS

C/. Seis de Junio, 54

Telf. 32 44 82

MULTIPLIQUE LAS VENTAJAS DE SU NOMINA DOMICILIANDOLA EN LA CAJA

- 1.— Obteniendo el mejor trato personal.
- 2.— Multiplicando sus ingresos hasta por 6.
- 3.— Accediendo a todo tipo de créditos:
 - . Anticipos.
 - . Credinóminas.
 - . Créditos al consumo.
 - . Credicoches.
 - . Crédito Vivienda.
- 4.— Participando en el sorteo mensual de importantes regalos:
 - . Vídeos.
 - . T. V. Color.
 - . Minicadenas.
 -
- 5.— Participando en el sorteo trimestral de 25 viajes para 2 personas a la costa.
- 6.— Obteniendo un Seguro de Muerte o Invalidez Total y Permanente por Accidente, de 1 millón de pesetas.
- 7.— Obteniendo mensualmente el detalle de todos sus ingresos y pagos, con detalle de conceptos, para su más fácil contabilidad doméstica.
- 8.— Recibiendo gratuitamente su Tarjeta Visa.

y multitud de ventajas más, de las que le iremos informando.

¡ SAQUELE MAS VENTAJAS A SU NOMINA !



**CAJA DE AHORROS
DE CUENCA Y CIUDAD REAL**