

M MEDICOS DE CIUDAD REAL

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Medicos de Ciudad Real

Nº 6

Septiembre - Octubre de 2001

Congreso Nacional Capítulo Español del Colegio Internacional de Cirujanos



Servicio de Cirugía del Complejo Hospitalario de Ciudad Real

Un equipo integrado, un Servicio puntero

ENTREVISTA:

**Dra. Rosa García, gerente del
Hospital Gutierrez Ortega**

DOSSIER:

**El Servicio de Anatomía Patológica
de un Hospital de Referencia**



Seguro de Accidentes Personales

Teniendo un buen Seguro de accidentes con A.M.A. nunca se romperá la ilusión para ti y los tuyos. Estúdialo y decide hoy mismo. Merece la pena.

Te ofrecemos excepcionales garantías para tener **el máximo de seguridad** no sólo en España sino también en **cualquier país del mundo y sin necesidad de reconocimiento médico**, siendo compatible con capitales asegurados en otros Seguros de Vida y Accidentes.



y... hasta un 25% más barato que la competencia

**llama, gratuitamente, al teléfono: 900 100 963
o envíanos un fax al n.º: 91 350 56 65
Centralita: 91 343 47 00
o a tu Delegación u Oficina provincial**

**Pide
información**

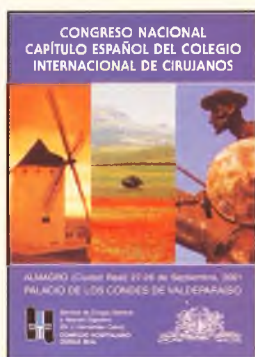
A.M.A. es solidez. Únete a lo más seguro

SEDE EN CIUDAD REAL

C/. Alarcos, 17 - Telfs.: 926 215 892 - 926 217 211 - 926 216 108
Fax: 926 216 552 - 926 216 552 - 13001 Ciudad Real

Sumario

MÉDICOS DE CIUDAD REAL. Número 6. Septiembre-Octubre de 2001



6 Congreso Nacional del Colegio de Cirujanos

Los días 27 y 28 de septiembre se celebrará en el Palacio de los Condes de Valdeparaíso de Almagro el Congreso Nacional del Capítulo Español de Colegio Internacional de Cirujanos. Se espera una asistencia de 200 profesionales.

10 Entrevista, Rosa García

Gerente del Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas. Se inició en el mundo de la gestión con el cargo de subdirectora del área médica del C.H. de Ciudad Real.



14 Anatomía Patológica en un hospital de referencia

La Anatomía Patológica (Patología), como su nombre indica, es la ciencia de la enfermedad. Su objetivo fundamental es el estudio de la lesión.

OTROS TEMAS

Un equipo integrado:

El Servicio de Cirugía del Complejo Hospitalario de Ciudad Real es referencia en la provincia. Posee una cartera de servicios completa y no derivan ninguna especialidad a otros hospitales.

7

Endoscopia digestiva:

Endoscopistas y Gastroenterólogos expusieron sus conocimientos a cerca de las últimas novedades de esta técnica, en unas jornadas con un marcado carácter práctico.

9

Velar por la seguridad sanitaria:

Desde que un paciente acabara con la vida de la doctora salmantina Elena Giner han sido muchos los alegatos que demandan mayor protección para los médicos.

12

Médicos de Hospitales:

Una nueva sección para que los vocales informen al resto de colegiados de las actividades en las que participan. En este número, Luis Calahorra.

18

SECCIONES

21 ACTUALIDAD JURÍDICA:

Hay que saber lo que se receta.

22 INTERNET:

Cámaras fotográficas digitales. ¿Cuál elegir?

24 OCIO:

Yacimiento de Alarcos, uno de los conjuntos arqueológicos más espectaculares.

26 AGENDA:

Cursos, convocatorias, ofertas de empleo.



Línea
Electrónica

Sólo con mover un dedo.

Estén donde estén,
particulares, empresas y organismos públicos
podrán acceder a multitud de servicios,
de forma **fácil, rápida, dinámica y segura**
desde su terminal con conexión a internet.

Infórmese en su oficina de CCM
ó visite la demostración en www.ccm.es



Caja
Castilla
La Mancha

MÉDICOS DE CIUDAD REAL

EDITA:

Colegio Oficial de Médicos
de Ciudad Real

DIRECTOR:

Pascual Crespo Crespo

SECRETARIA DE DIRECCIÓN:

Prado Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Fernando de Hita Zamorano, José Manuel González Aguado, Alberto López Valle, Antonio Cinca López, Antonio L. Ruiz Serrano, Juan Francisco Ayala Muñoz, Francisco Ruiz Carrillo, Heliades Portillo, Julián Deblas Castellanos, Luis Javier García Morales, Rafael V. García García, Ramón Serrano Serrano, Segundo Martín López, Ricardo Pardo García, Luis Calahorra Fernández.

COLABORADORES:

Luis Sánchez Morate.
(Asesor Jurídico)
Félix Aponte Oliver.
(Abogado. Asesor Fiscal)

COORDINACIÓN:

Sonia Tortosa

IMPRIME:

Lozano Artes Gráficas
926 21 38 77

DEPÓSITO LEGAL:

CR-340/00

TIRADA:

1.600 ejemplares

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PARA
COLEGIADOS MÉDICOS

Editorial

Todo por nuestra profesión



*Pascual Crespo Crespo,
presidente del Colegio Oficial
de Médicos de Ciudad Real*

En esta ocasión quiero dirigir mis palabras hacia los acuerdos que se adoptaron en la pasada Asamblea General de la Organización Médica Colegial, el 14 de julio, de inestimable valor para nuestro colectivo.

Se habló en primer término de la **Carrera Profesional**, una vieja aspiración de la Organización Médica Colegial. Los principios básicos que la OMC cree que deben ser respetados para el establecimiento de la Carrera Profesional en el Sistema Nacional de Salud (SNS) son, entre otros, su desarrollo a través de una Ley Básica para que su aplicación afecte a todo el ámbito estatal. Debe tener repercusión salarial. Los niveles obtenidos por el médico en su Carrera deben estar consolidados. El sistema de evaluación del médico debe hacerse

por una Comisión Nacional de Evaluación de cada especialidad del que deberán formar parte las comisiones Nacionales de las Especialidades, las Sociedades Científicas y la OMC. Por último, la Carrera Profesional deberá afectar tanto a la Atención Primaria como a la Especializada.

La **precariedad en el empleo** fue otro de los temas destacados. La Asamblea mostró su preocupación por la repercusión en la calidad asistencial que pudiera derivarse de los contratos precarios, como el que se haga trabajar a un médico al día siguiente de la guardia, a veces sin contrato y sin remuneración alguna, o tener que soportar esta situación bajo la amenaza de no seguir realizando turnos de atención continuada. Los contratos entre la Administración y los profesionales y entre los profesionales de la medicina entre sí, precisan de unas mínimas garantías para el correcto desarrollo profesional, a lo que debe corresponder un salario que dignifique y compense la dedicación y el grado de responsabilidad asumida por el médico contratado. Se entiende conveniente que los contratos eventuales sean conocidos por los Colegios de Médicos a fin de asegurar que los médicos presten una asistencia conforme con los criterios deontológicos propios de la profesión.

La Asamblea también manifestó su interés por los problemas de los **Médicos de Prisiones**, estructurales y profesionales, y su repercusión en la calidad asistencial, así como por el hecho de que las conversaciones del Ministerio de Sanidad y de Interior para la integración en el SNS estén paralizadas.

Por otra parte, mostró su apoyo a la decisión tomada por la Presidencia del Consejo General en relación a la Formación Médica Continuada de retirarse del Consejo Interterritorial hasta que no se clarifique el tema relacionado con la acreditación de la misma, teniendo presente que los colegios Profesionales pensamos que debemos participar de forma activa en dicha acreditación.

Tras el periodo estival, y con las vistas puestas ya en nuestra provincia, me queda resaltar que el Colegio de Médicos sigue trabajando de lleno por los derechos de los profesionales sanitarios, ya sea promoviendo actividades propias o bien apoyando las causas que afecten a nuestro, siempre cambiante, colectivo profesional. **M**





Reunión de cirujanos en Almagro

Los días 27 y 28 de septiembre se celebrará en el Palacio de los Condes de Valdeparaíso de Almagro el Congreso Nacional del Capítulo Español del Colegio Internacional de Cirujanos.

Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Ciudad Real

Se espera una asistencia de 120 profesionales, de los 200 socios con los que cuenta el Capítulo Español del Colegio Internacional de Cirujanos en España. Durante el Congreso se realizarán seis mesas redondas en las que participarán profesores y cirujanos seleccionados por el Comité Organizador en virtud a su reconocida trayectoria.

La organización del Congreso correrá a cargo del Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Ciudad Real que dirige el Dr. José Hernández Calvo. El apretado programa científico comprende la realización de 6 mesas redondas sobre temas de máximo interés en las que participarán 46 profesores y cirujanos de toda España seleccionados por el Comité Organizador entre aquellos profesionales expertos que destacan por su larga experiencia en los temas que desarrollarán.

Estas mesas redondas incluirán temas de actualidad como:

1. Cirugía de la Obesidad Mórbida
2. La cirugía del cáncer de esófago en el siglo XXI
3. Novedades en Cirugía Mayor Ambulatoria
4. Complicaciones de la Cirugía Laparoscópica
5. Tratamiento del Hepatocarcinoma
6. Aplicaciones de la Medicina Nuclear en Cirugía General


Junto a las mesas redondas tendrán lugar dos conferencias magistrales. La primera de ellas versará sobre los intentos actuales para conseguir una mortalidad del 0% en una cirugía complicada y difícil como es la duodenopancreatectomía y será expuesta por el Dr. J. Fabregat Prous.

La segunda conferencia será realizada por el Profesor Leslie G Walker y estará dedicada al efecto que el estado psicológico de las pacientes puede tener para el tratamiento del cáncer de mama. El Dr Walker trabaja en la Universidad de Hull (Reino

Unido) y ha dedicado gran parte de su investigación al estudio de los efectos que sobre el estado inmunológico de las pacientes pueda tener su situación psicológica y como ésta se puede mejorar para conseguir avances en el tratamiento de los linfomas y el cáncer de mama.

El Capítulo Español del Colegio Internacional de Cirujanos cuenta en España con 200 socios esperándose en Almagro una asistencia cercana a las 120 personas. Se han presentado al Comité Científico 105 comunicaciones orales, posters y videos que serán presentados en mesas de comunicaciones a lo largo de los dos días del Congreso.

Otro acto de importancia que se llevará a cabo durante el Congreso será el Nombramiento Oficial como miembro de Honor del Colegio Internacional de Cirujanos del Profesor. J. Potel Lesquereux, nombramiento que se llevará a cabo participando como presentador el Profesor. A. Gómez Alonso, Catedrático del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca.

El Servicio de Cirugía del Complejo Hospitalario de Ciudad Real participará con la presentación de tres ponencias en las mesas redondas dedicadas a la Cirugía Mayor Ambulatoria, Complicaciones intraoperatorias de la Cirugía Laparoscópica y Aplicaciones de la Medicina Nuclear en Cirugía General. Asimismo participarán como ponentes los Dres E. Rodríguez (Servicio de Aparato Digestivo) y Dr. A. Soriano (Servicio de Medicina Nuclear). 

El Servicio de Cirugía de Ciudad Real es el organizador del Congreso Nacional de Cirujanos



Un equipo integrado, un Servicio puntero

El Servicio de Cirugía del Complejo Hospitalario de Ciudad Real es referencia en la provincia. Posee una cartera de servicios completa y no derivan ninguna especialidad a otros hospitales.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

**La Cirugía de la
Obesidad y Hepática,
últimas
incorporaciones del
Servicio de Cirugía de
Ciudad Real, serán
debatidas en el
Congreso que tendrá
lugar en Almagro.**

El Servicio de Cirugía del Complejo Hospitalario de Ciudad Real cuenta en estos momentos con trece cirujanos, que realizan unos doce quirófanos semanales de cirugía mayor, entre el Hospital del Carmen y Alarcos. Además se hace cirugía por las tardes cuando la lista de espera se incrementa más de tres meses, como está pactado por el INSALUD. Según Ricardo Pardo, uno de los integrantes del equipo, «la cirugía que sale en proporción coste beneficio es una de las mejores de España. Se opera un gran volumen de cirugía en un hospital que está limitado por el número de quirófanos que tiene en estos momentos. Se realizan todo tipo de intervenciones y ya no se remite nada a Madrid. El Servicio está com-

puesto por grandes profesionales, muchos de ellos procedentes de los hospitales punteros nacionales. Entre todos se ha configurado un equipo de gente que funciona bien. Por ejemplo se está haciendo una Cirugía Laparoscópica a nivel de los mejores hospitales. Este Servicio realiza, por tanto, un trabajo de muy alta calidad.

El nuevo hospital

Para un futuro, y de cara al nuevo hospital, el Servicio de Cirugía se tendrá que ampliar o poner a la altura del hospital que va a tener. «Eso es indudable, va a tener que dar servicio al propio hospital y al número nuevo de especialidades que va a venir», explica José Hernández Calvo,





Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. «En líneas generales, la cartera de servicios está completa. Lo único que le quedaba por hacer era la Cirugía de la Obesidad y la Cirugía Hepática y ya se hace. Ahora somos referencia en la provincia y con el nuevo hospital habrá intervenciones en las que nuestro Servicio se convertirá en centro de referencia para nuestro entorno.

Por ahora, todas las posibilidades que tiene un hospital de esta categoría, están en marcha. Si se hacen más cosas va a depender del desarrollo del propio hospital».

Prioridades

Dentro de las prioridades que tiene el equipo de Cirugía es mejorar la Unidad de Mama, que

existe y la lleva el propio Servicio. «Nosotros estamos tratando de hacer las cosas bien pero muchas veces no depende sólo de los cirujanos sino de que todo el engranaje encaje perfectamente. Creemos que el funcionamiento es ampliamente mejorable, y hay que solucionarlo porque afecta mucha población. Pensamos que existe una voluntad política por ponerle solución, de hecho, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ya ha planteado algunas reuniones con las unidades de mama que funcionan en toda Castilla-La Mancha».

Organizar congresos

Uno de los retos más importantes del Servicio de Cirugía ha sido organizar el Congreso Nacional Capítulo Español del Colegio Internacional de Cirujanos, que conlleva un trabajo inmenso, «no sólo por lograr que vengan los mejores profesionales sino que hay que sumarle una búsqueda de financiación para hacer frente a unos montantes tremendos».

Los avances en la especialidad de Cirugía se basan en el conocimiento de lo que cada especialista realiza en cada momento.

Existen varias formas de poner esos conocimientos en común, y una de ellas es la realización de congresos. Así, en las mesas redondas se debate sobre temas muy concretos y de candente actualidad con el apoyo de gente sobresaliente que hable de ello y diga lo que están haciendo y cuál es el estado actual de ese tratamiento. Los cirujanos, en este caso, exponen su experiencia personal, se renuevan y aprenden. Se transmiten los conocimientos de una forma más rápida que las publicaciones.

Detalles

Para ayudar a los asistentes en el seguimiento del Congreso Nacional, y para facilitar también el debate posterior sobre métodos, nuevos tratamientos y tratamientos alternativos, la organización prepara un libro guía con las comunicaciones que se van a presentar. «La clave de los congresos es la inmediatez, la información la contrastas en ese momento».

Priorizando la calidad técnica del Congreso se ha renunciado a celebraciones majestuosas y otro tipo de gastos superfluos.

Se ofrecerá una cena para los asistentes y la representación de la obra «Médico a palos» de Molière, a cargo de la compañía de teatro ciudadrealña C+C, en el Corral de Comedias de Almagro. «La mejor gente llegará a Ciudad Real a dar sus conocimientos. Se trata de conseguir un Congreso de altura desde el punto de vista científico, y es por lo que la gente va a venir», concluye **José Hernández Calvo.**

VI Jornadas Regionales de Endoscopia Digestiva y II de Enfermería Endoscópica



Puesta al día en la endoscopia digestiva

Endoscopistas y Gastroenterólogos expusieron sus conocimientos a cerca de las últimas novedades de esta técnica, en unas jornadas con un marcado carácter práctico.

Eduardo Rodríguez, jefe de la Unidad de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Ciudad Real y Director de las Jornadas

Durante los días 6 y 7 de julio se celebraron la VI Jornadas Regionales de Endoscopia Digestiva y II de Enfermería Endoscópica, organizadas por la Unidad de Endoscopia del Hospital de Alarcos de Ciudad Real, en colaboración con la Escuela Universitaria de Enfermería de la UCLM. Se contó con la participación de eminentes Endoscopistas y Gastroenterólogos de Madrid, Barcelona, Navarra, Ávila, Burgos, La Coruña y, naturalmente, de todos los hospitales de nuestra provincia. Durante dos días que duró, se trataron distintos temas de actualidad tal y como los nuevos enfoques terapéuticos de la ERGE, tanto endoscópicos como quirúrgicos, los avances en la EII, tratamiento endoscópico de la enfermedad pancreática crónica, así como las posibilidades diagnóstico terapéuticas de la enteroscopia.

En una segunda sesión, dedicada a videoteca, se visualizaron diversos casos endoscópicos, con interés eminentemente práctico, presentados por

los distintos endoscopistas que participaron en las jornadas. La última parte del primer día fue dedicada a una conferencia sobre la situación actual de la CÁPSULA ENDOSCÓPICA, a cargo del Dr. **Pérez Plqueras**, pionero a nivel nacional en su utilización, suscitándose una acalorada discusión, dado los distintos enfoques y opiniones existentes sobre dicha técnica.

En la sesión del día 7 hubo dos mesas redondas. La primera versaba sobre el papel de la Enfermería en las Unidades de Endoscopia, planteándose la necesidad de formación especializada de las mismas, así como el reciclaje de la Enfermería. Esta mesa redonda, integrada por digestólogos y enfermeras, contó con una participación activa de todos los asistentes. La segunda mesa redonda se dedicó a la conveniencia de que la endoscopia esté al alcance de Atención Primaria. Las jornadas se clausuraron con dos conferencias, una a cargo del Dr. **Ramírez Armengol**, jefe del Servicio de Endoscopia del

Hospital Clínico de Madrid, sobre la gestión económica en dichas Unidades, y otra a cargo del Dr. **Vázquez Iglesias**, jefe del Servicio de Ap. Digestivo del Hospital Juan Canalejo de la Coruña, y presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva, sobre «Pasado, Presente y Futuro de la Endoscopia».

Como congresistas, participaron unos doscientos profesionales médicos y diplomados en Enfermería así como una nutrida representación de estudiantes de la Escuela de Enfermería de la UCLM.

Al acto de inauguración acudieron, entre otros, el director provincial del Insalud, **Juan José Jiménez**, el alcalde ciudadrealeño, **Francisco Gil-Ortega**, la subdirectora de la Escuela de Enfermería, **Julia Pinilla**, y el presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, **Pascual Crespo**. Fue clausurado por **Fernando Lamata**, consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.





Rosa García:

«Me gustaría que la gente estuviera orgullosa del Hospital de Valdepeñas»

Se inició en el mundo de la gestión «por casualidades de la vida», cuando Francisco Rodríguez Perera, ex-gerente del Complejo Hospitalario de Ciudad Real confió en ella para ocupar el cargo de subdirectora del área médica.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Como le gustaban «los retos y las aventuras» aceptó el puesto de subdirectora. Estuvo cuatro años con Rodríguez y después, el entonces director provincial quiso hacer cambios en algunos hospitales y le propuso la gerencia del Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas.

¿Podría hacer un balance en conjunto de su evolución en el mundo de la gestión?

Personalmente me ha enriquecido bastante. La gestión te permite una visión más amplia de la Sanidad. Cuando somos especialistas nos limitamos un poco nuestro campo, miramos más por nuestro desarrollo personal. Desde el punto de vista de la gestión lo ves un poco más en conjunto, tienes al paciente siempre presente, intentas repartir los recursos de manera que obtengas la mejor distribución para un mejor rendimiento, y que la gente pueda disfrutar más de la escasez que siempre existe. Es una actividad muy variada, muy entretenida, te provoca momentos de tensión pero a la vez de satisfacción cuando consigues algunos resultados, es mucho más intensa que la labor asistencial que es más previsible, aunque yo sigo considerándome una clínica porque es en lo que más me he formado. Cada faceta tiene su parte interesante.

¿Cómo lleva la gerencia de Valdepeñas desde que la ocupara en abril de este año?

Allí llegué con mucha ilusión y sigo con mucha ilusión porque veo que se pueden hacer muchas cosas. No puedo quejarme de la acogida que me han dado, de la colaboración que tengo. Si algo va mal, desde luego, va a ser responsabilidad mía, y no porque haya habido un bloqueo por parte de nadie. He visto que existe servicios y profesionales de un nivel que en nada tienen que envidiar a otros centros sanitarios y estoy esperando que se puedan ir desarrollando poco a poco algunos proyectos que tenía desde que llegué.

¿Por dónde empezó cuando llegó a la gerencia de Valdepeñas?

Empecé de forma más intensiva con las listas de espera porque era lo más urgente. Intenté reducir las demoras quirúrgicas y de consultas externas porque el enfermo no percibe la calidad que le das si le haces esperar unos meses. El resultado es que se ha aumentado bastante el rendimiento quirúrgico: se opera más tanto por la mañana como por las tardes.

A partir de ahí tenemos en proyecto montar la anestesia epidural a partir de octubre. Creo que es algo irrenunciable. No se puede permitir que ante cualquier dolor intenso y agudo que se da en un paciente, el médico se encuentre muy sensibilizado a tratarlo de manera urgente e imperiosa y, sin embargo, no ocurra lo mismo con los dolores del parto. Cuando un paciente llega con un cólico

CURRICULUM

Hasta hace cuatro años, Rosa García ha sido médico con labor asistencial. Es alergóloga, se formó en el Hospital 12 de Octubre. Tras trabajar varios meses como médico general a causa de falta de plazas en la especialidad, estuvo tres años en Huesca de especialista en alergia y después en el año 90 volvió a su tierra, con plaza en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real como Alergóloga. Allí ejerció desde 1990 hasta el 1996. Tras ese periodo comenzó su labor en la gestión de hospitales.

nefrítico siempre se le da un analgésico, un espasmolítico y a la mujer se le deja sufrir unas cuantas horas cuando en el siglo XXI tenemos medios más que suficientes para evitar esas molestias. A partir de octubre podremos contar con otro anestésista más y espero que podamos implantar la epidural.

Luego, si fuera posible me gustaría hacer reforma en el hospital. El área quirúrgica está sin reformar y tenemos una reanimación pequeña, que a veces es un poco de cuello de botella, los quirófanos son muy antiguos y también habría que reformar el área de consultas externas para modernizarlas y adquirir algún local más. En conjunto tratar de buscar un poco más de comodidad para el paciente, tanto en las instalaciones como en la atención, intentar que haya más consultas de alta resolución, es decir, consultas en las que se le pueda hacer todo al paciente en el mismo día.

A la hora de poner en práctica esos proyectos, ¿cuáles son los problemas más graves a los que hay que enfrentarse?

He encontrado bastante colaboración aunque tampoco hay que negar que cada uno va tirando y te presiona de cara a sus legítimos intereses profesionales. En el caso de la epidural, por ejemplo, no habido grandes reticencias. Por parte de ginecología ninguna, y por parte de anestesia, pues el temor a que esto le pudiese bloquear un poco su actividad. Es cierto que hay veces que el parto dura varias horas y si el anestésista debe estar vigilando, le puede impedir desarrollar otras actividades. Han exigido una mayor dotación que es al final lo que vamos a poner y algún aparataje más.

En general ha habido bastante colaboración, por ejemplo para el aumento del rendimiento quirúrgico no han puesto ninguna pega. No hay grandes problemas realmente.

A más largo plazo, ¿qué otros objetivos contempla?

Quizás completar la cartera de servicios. Ya tenemos el escáner. Acaban de instalarlo y no está en pleno funcionamiento, pero pronto evitará un montón de desplazamientos, -actualmente se realizan unas 2.600 exploraciones al año de TAC-. También hemos hecho un concierto para las resonancias, que se van a hacer en el Hospital de Valdepeñas una vez a la semana, lo que que también va a evitar los desplazamientos.

Una vez que tenemos el escáner y siendo la patología neurológica, junto con digestivo y cardiología, una patología bastante frecuente, sería interesante poder contar con la especialidad de neurología, por lo menos tener un médico consultor si no se puede tener un servicio por ser un hospital comarcal. Es un proyecto bastante realista que podría beneficiar bastante a la población.



En cualquier caso, para ser un hospital comarcal, la dotación que tiene en cuanto a especialidades no me parece mal, abarca las especialidades razonables. Es suficiente para cubrir las necesidades de la población aunque hay algunas especialidades que a lo mejor necesitarían mayor dotación de personal para reducir demoras o para completar con alguna actividad. En cuanto a servicios, salvo neurología, no está mal dotado.

De cara a los profesionales, ¿qué actividades formativas se llevan a cabo dentro del hospital?

Es un hospital comarcal que no tiene docencia, no tiene formación de residentes especializadas. Pero sí que tenemos una Comisión de Formación Continuada, coordinada por el Dr. Héctor Huertas, que dinamiza las actividades formativas e impulsa la formación. Cuenta con fondos de algún convenio que hemos hecho con Caja Castilla La Mancha, El Insalud o el Ministerio de Administraciones Públicas, por ejemplo. Se están haciendo numerosos cursos y se van a seguir haciendo. Se ha hecho un curso nacional de Traumatología y Politraumatología, se van a hacer Cursos de Calidad, intentaremos que haya alguno de Medicina basado en la Evidencia, y diversos congresos y cursos de especialidades. Nuestros profesionales se mueven.

En líneas generales, ¿cómo valora la Sanidad en Castilla La Mancha?

Se dice que el presupuesto per cápita es algo inferior al resto de otras comunidades, pero lo que sí puedo decir con toda seguridad es que los presupuestos se han incrementado en estos últimos años notablemente. La evolución presupuestada ha superado el 7% interanual por lo menos en el hospital de Valdepeñas. Aunque estemos a niveles inferiores a la media nacional, el progreso ha sido bastante evidente, aunque no quiere decir que estemos satisfechos, siempre queremos más.

¿Qué opinión le merece la negociación de las transferencias sanitarias?

Espero que simplemente supongan un cambio en nuestros dirigentes sanitarios a alto nivel. Creo que todos tenemos los mismos objetivos: mejorar la atención al paciente y procurar dotarlo lo mejor posible. No sé cuales son los cambios que tienen en mente los nuevos responsables, pero desde luego, nosotros estamos trabajando como si no fuesen a darse las transferencias, día a día, intentando mejorar los servicios.

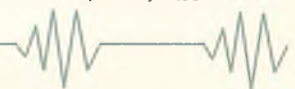
¿Cuáles son los grandes retos para la Sanidad en la provincia?

De forma global, el gran reto es que los servicios sanitarios sean muy accesibles a la población, y que el paciente se sienta bien atendido y que la Sanidad que demos satisfaga sus expectativas. A nivel de indicadores sanitarios, los españoles son bastante buenos con respecto a otros países, y eso se consigue a través de una mayor motivación de nuestros profesionales.

En Valdepeñas, me gustaría que la gente estuvieran orgullosa de su hospital, que no tengamos que oír que nos demandan irse a otro hospital a pedir que le atiendan allí porque no confían en nuestros profesionales, y para ello nuestros profesionales tienen que estar constantemente formándose.

A nivel personal, ¿se sigue viendo en un futuro desarrollando labores de gerencia?

Me gusta la gerencia como me gustaba ser la labor asistencial porque los enfermos te aportan muchísimo. A todo le encuentro su parte atractiva, interesante y que te aporta y te enriquece un montón. No tengo una especial aspiración, me dejo llevar. No me importaría volver a la actividad clínica aunque tampoco me importaría seguir en la gestión con responsabilidades de este tipo, estoy un poco al servicio de lo que surja. **M**



La OMC insta a los médicos a que denuncien las presiones de los pacientes

Velar por la seguridad de los médicos

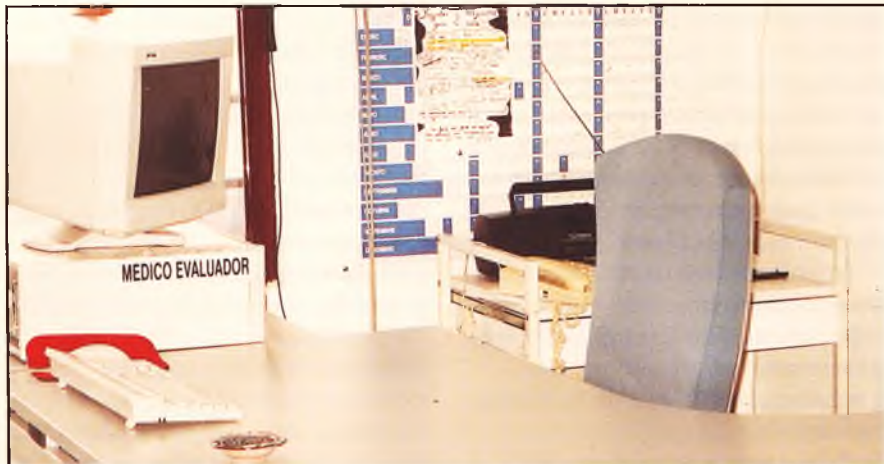
Desde que un paciente acabara con la vida de la doctora salmantina Elena Giner, por no querer prolongar su baja laboral, han sido muchos los alegatos que demandan mayor protección para los médicos.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Se ha puesto de manifiesto, según fuentes ajenas a la Inspección Médica de Ciudad Real, que la agresión a Elena Giner no fue un caso aislado y que existen muchos profesionales amenazados por idénticas circunstancias.

La Asamblea de la Organización Médica Colegial ha aprobado por unanimidad un documento de su Comisión Central de Deontología y Ética sobre «*Ética y Deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión*». En el escrito se hace referencia a las obligaciones y responsabilidades de los facultativos en la expedición de partes de bajas y altas laborales, así como las presuntas presiones que pueden recibir éstos tanto de los propios pacientes como de las empresas para los que trabajan. Desde la OMC se ha instado a los médicos españoles a que denuncien las presiones ante su Colegio o ante el órgano administrativo correspondiente. En el documento se hacen además una serie de recomendaciones para salvaguardar a los médicos de enfrentamientos conflictivos.

Por su parte, la Asociación Profesional de Médicos Evaluadores de la Seguridad Social APROMESS, que representa a cerca del 80% de los 400 médicos evaluadores del INSS, ha pedido medidas ante las amenazas de pacientes. «Exigimos de la Seguridad Social la protección y la consideración adecuada por un trabajo que implica



evidentes riesgos».

Jesús Hernández Manso, jefe del Área de Inspección Sanitaria de la Dirección General del Insalud, opina en un artículo publicado en *Diario Médico* que «la Administración no defiende a sus médicos evaluadores y propone que cuente con seguros para hacer frente a las agresiones contra su personal. Además denuncia la violencia institucional. «Existe una gran indefensión y la vergüenza impide hablar. La única salida es que el afectado demande al agresor, ya que en general, la Administración se inhibe. Pero al ser efectuada directamente por él, personaliza aún más el conflicto, lo que puede, en ocasiones, agravar las cosas. Elena Giner demandó tiempo atrás al que luego fuera su asesino. El

seguro de responsabilidad civil cubre los daños que pueda sufrir un usuario por los profesionales del sistema de salud, pero no a la inversa».

Los procesos que han tenido lugar últimamente con ocasión de agresiones a médicos se han resuelto en la vía penal. Según una sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, el Insalud debe indemnizar el daño sufrido por todos sus trabajadores que sufran lesiones o perjuicios con ocasión de la prestación de su actividad asistencial. Es el caso de una enfermera que prestaba sus servicios en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del Insalud, y que sufrió una agresión por parte de un paciente que le ocasionó una serie de lesiones. La

enfermera reclamó al Insalud una indemnización, y la entidad gestora le denegó la indemnización porque consideraba que la enfermera no era un particular, concepto tradicional que se maneja para aquéllos que instan las reclamaciones de responsabilidad por funcionamiento de la Administración. Entraba por tanto dentro del concepto de administrador, es decir, el que presta su trabajo al servicio de la Administración. Según este razonamiento, los trabajadores del Insalud sólo podían reclamar los daños que sufrirán en el ejercicio de su actividad demandando a la Administración o al paciente por la vía civil o penal. El alto tribunal declaró procedente la indemnización rechazando el argumento de la entidad gestora.

En Ciudad Real

Los servicios de la Inspección Médica de Ciudad Real realizaron un paro de cinco minutos de protesta ante las puertas de la Dirección Provincial del INSS por el asesinato de Elena Giner, al igual que se hizo en muchas otras localidades españolas. Sin embargo, según algunas fuentes consultadas, este hecho es algo excepcional en la provincia.

Dependiente de este Servicio está la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS, que tiene como una de sus funciones hacer un seguimiento de las personas con incapacidad temporal (IT). En un segundo plano, lo que se hace es una valoración de incapacidad, una vez que el trabajador ha agotado ya todo el proceso de IT que por ley se establece en 18 meses. En un informe elaborado por estos médicos evaluadores, se recoge cuál es el estado actual del paciente, cuales son las enfermedades que tiene y el grado de inhabilitación que esas enfermedades le ocasiona. La resolución es misión de la comisión formada por un inspector de insalud, un inspector médico evaluador de la unidad, la subdirectora de invalidez, secretario de invalidez y un inspector de trabajo. Sin embargo eso es algo que el paciente no siempre asimila. Entiende que todo lo que se pueda derivar de ese reconocimiento se debe al médico que le ha visto, y no es así. De todas formas, no se suelen dar casos de agresiones ni físicas ni psicológicas en esta unidad. «Conocen que tarde o después van a adquirir una invalidez, vienen sin muchas ínfulas; de una forma solapada te dicen 'a ver qué va a hacer usted conmigo' y ahí entiendes lo que quieras. Suelen ser comedidos, pero claro, la unidad propiamente de inspección es la que está en el hospital del Carmen, que hace el seguimiento de la IT y es con quien pueden tener más o menos enfrentamientos.

La Unidad de Ciudad Real se creó hace cinco años. En estos momentos cuenta con siete médicos evaluadores, que examinan cada día a cerca



de 70 pacientes. En el lugar donde están ubicados, frente al Hospital del Carmen, llevan desde enero. Es una unidad nueva y que está muy bien equipada. Cada médico tiene su despacho y su sala de exploración con el utillaje que necesita, y una sala de exploración común donde hay un aparataje más sofisticado. Está dotada al cien por cien de lo que precisa un médico evaluador.

Para el colectivo en general, la Asociación Profesional de Médicos Evaluadores demanda hacer valer una serie de derechos como son la forma-

ción continua de estos profesionales que están trabajando para el INSS y que se encuentran en tanto olvidados del contexto médico.

APROMESS pretende, además, que a todos los médicos evaluadores se les acredite con la titulación de especialistas en medicina del trabajo, pero hasta ahora sólo es una pretensión, como también lo es, en el tema que nos ocupa, impedir que el médico esté sólo en la consulta para, llegado el caso, poder hacer frente a una presunta agresión. **M**

Resoluciones y recomendaciones de la Organización Médica Colegial

La Asamblea de la Organización Médica Colegial (OMC) reunida el 26 de mayo de 2001 aprobó por unanimidad un Documento de su Comisión Central de Deontología y Ética sobre "Ética y Deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión". El documento desarrolla la actuación ética de los médicos de atención primaria y especializada y de los médicos inspectores

Se han aprobado como conclusiones de dicho documento que:

1-. La comunicación del resultado de las evaluaciones o inspecciones realizadas a los pacientes no es recomendable que la manifieste personalmente el médico evaluador o inspector. Debe instarse a las Administraciones o gestores competentes en ésta materia a que articulen un procedimiento administrativo para estos comunicados, salvaguardando a los médicos de enfrentamientos conflictivos, y reservando a las vías legales y administrativas preceptivas los derechos de los pacientes para las reclamaciones o recursos.

2-. Los partes de bajas y altas, cualquiera que sea el Médico que los expida deben ser elaborados bajo criterios de autenticidad y veracidad, previas las exploraciones complementarias oportunas, con plena colaboración entre la asistencia primaria y especializada, con sometimiento a los principios de libertad e independencia en el ejercicio profesional y con prevalencia del principio de justicia sobre el de beneficencia.

3-. El control de los partes de baja y alta a cargo de los Inspectores Médicos, deberá guiarse por los mismos principios, con especial sujeción a los de confidencialidad y secreto profesional, con el fin de garantizar la intimidad de los pacientes y de que las discrepancias profesionales no trasciendan fuera de la estricta esfera de colaboración de los profesionales que actúan en el procedimiento para otorgar las altas y bajas laborales.



El Servicio de Anatomía Patológica de un Hospital de Referencia

La Anatomía Patológica (Patología), como su nombre indica, es la ciencia de la enfermedad. Su objetivo fundamental es el estudio de la lesión.

Dr. D. Manuel Carbajo Vicente

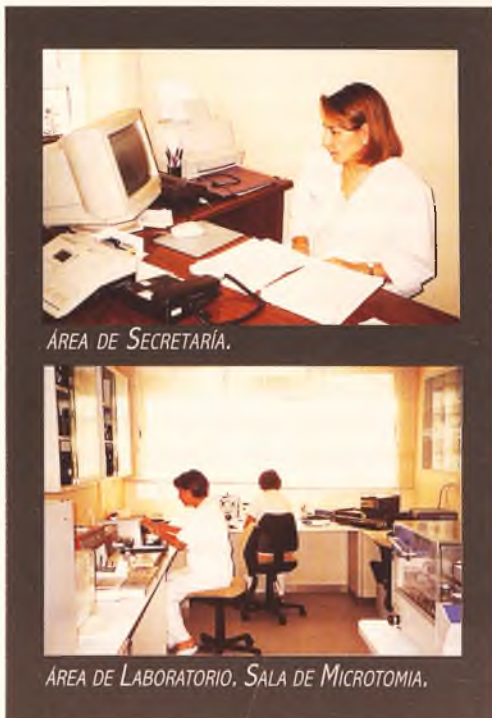
Jefe de Servicio de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario de Ciudad Real

Hoy gracias a sus avances podemos conocer las causas de la enfermedad, su progresión en el cuerpo humano y, su expresión clínica. También a través de ella podemos valorar el efecto de ciertos agentes externos e internos sobre el organismo. Es una especialidad que confiere una base científica a la medicina clínica con la que se encuentra muy estrechamente relacionada. Por ello la correlación clinicopatológica es el único método que aquilata a la Anatomía Patológica. Pero la clave de ésta se encuentra en la realización de un diagnóstico anatomopatológico correcto, reflejado en un informe anatomopatológico que confirme o modifique los diagnósticos radiológicos o clínicos. A él puede llegarse a través de tres áreas fundamentales: **la citología, la patología quirúrgica y la necropsia clínica.**

La citología es una disciplina que nos lleva al diagnóstico de múltiples enfermedades a través del estudio de las células del organismo. Es un método rápido y sencillo y que no ocasiona molestias al enfermo. Existen diversos tipos de citologías según el lugar y la forma de obtención. La más conocida es la citología genital realizada por un ginecólogo que extrae el material del aparato genital femenino. Pero hay otros tipos materiales que se extraen para su estudio como son la orina, los líquidos pleurales, peritoneales y los aspirados y cepillados bronquiales. El estudio de estos nos puede indicar si nos encontramos ante un proceso infla-

matorio, un tumor benigno o un tumor maligno. En muchos casos se puede sospechar la naturaleza de éste. Un método que actualmente se está utilizando mucho para obtener células es la punción aspiración con aguja fina (P.A.A.F.). Se trata de puncionar zonas de órganos superficiales y profundas con una aguja fina. Los órganos superficiales más estudiados son las glándulas salivales, el tiroides, la mama y los nódulos cutáneos. Para estudiar los órganos profundos como son el hígado, páncreas o pulmón, es necesario la colaboración de los radiólogos porque es imprescindible la fluoroscopia, el TAC ó la resonancia magnética nuclear.

La patología quirúrgica es otra de las competencias de la anatomía patológica. A través de ella se estudian las biopsias y piezas quirúrgicas. Las primeras son fragmentos de tejido que el cirujano extirpa y envía al servicio de patología para su estudio. Las segundas son generalmente órganos o segmentos de ellos de los que el Patólogo debe realizar un diagnóstico anatomopatológico. Para realizar esta valoración el material debe de sufrir una serie de procesos técnicos como son la fijación, el tallado, la inclusión, el corte y la tinción. Pero las técnicas que se han aplicado a los tejidos para su tinción han evolucionado mucho en los últimos años. La Histoquímica es la primera disciplina que intenta cambiar el sentido de la tinción utilizando reacciones químicas en los tejidos tratando de detectar determinadas sustancias químicas en ellos. La histoquímica aunque trascendente por el cambio doctrinal no tenía suficiente capacidad para poner de manifiesto gran parte de los procesos vitales.



AREA DE SECRETARÍA.

AREA DE LABORATORIO. SALA DE MICROTOMIA.

Para conseguir esta capacidad hubo que esperar a la **inmunohistoquímica (IHQ)** que comienza tímidamente utilizando técnicas de fluorescencia para el estudio de biopsias renales y cutáneas. Esta técnica se encuentra en pleno desarrollo y en este momento ocupa el primer plano del diagnóstico histológico de los tumores. En ella se utilizan anticuerpos marcados a través de los cuales se podían localizar "in situ" ciertos componentes moleculares característicos de unos tipos celulares y no de otros. El aporte mayor de la IHQ a la Patología diagnóstica corresponde al conocimiento de los tumores pobremente diferenciados. Si utilizamos un Kit de anticuerpos como son el leucocitario común, la Proteína S-100, las citoqueratinas de diferente peso molecular, los anticuerpos asociados a melanoma, la desmina muscular y la vimentina, como cada anticuerpo marca selectivamente un tipo histológico aquel que lo haga definirá el tipo de neoplasia. Hoy ya tenemos en el mercado marcadores tumorales de prácticamente todos los tumores benignos y malignos y sus variedades correspondientes. Así cuando un tumor es positivo con el antígeno leucocitario común se debe investigar si se trata de un linfoma tipo B ó tipo T para lo cual utilizamos un anticuerpo monoclonal de tipo Pan-B ó Pan-T. También se utilizan anticuerpos monoclonales específicos para la enfermedad de Hodgkin. Aunque en muchos tumores epiteliales el diagnóstico morfológico es suficiente puede la IHQ valerse en algunos casos de anticuerpos denominados cromograninas propios de los tumores endocrinos o de la tiroglobulina propia del carcinoma folicular y papilar de tiroides o de la fosfatasa ácida prostática característica del cáncer de próstata para diagnosticar el origen del tumor primario en caso de metástasis.

Cuando se realiza el estudio anatomopatológico de un tumor maligno es muy importante que el oncólogo conozca además del diagnóstico final otros datos que el patólogo está hoy obligado a ofrecer como son el tamaño del tumor, tipo histológico, el grado histológico, la extensión del tumor la invasión vascular, la invasión ganglilar etc. Estos datos que sirven para diagnosticar un tipo de tumor sirven también para establecer una terapéutica concreta y un pronóstico. Paralelamente hoy se realizan técnicas inmunohistoquímicas en los Laboratorios de Patología como indicadores pronósticos independientes. En el caso del cáncer de mama la determinación de receptores estrogénicos y de progesterona se considera como uno de los principales indicadores pronósticos pero además se utiliza para tomar decisiones terapéuticas. Sabemos por ejemplo que el oncogen c-ErB-2 se encuentra amplificado en el 30% de los carcinomas de mama y se ha llegado a la conclusión de que es



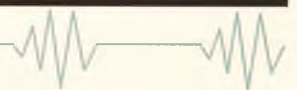
ÁREA DE LABORATORIO. CRIOSTATO.



ÁREA DE LABORATORIO. ZONA DE TINCIÓN.



MÁQUINA AUTOMÁTICA DE TINCIÓN DE RUTINA

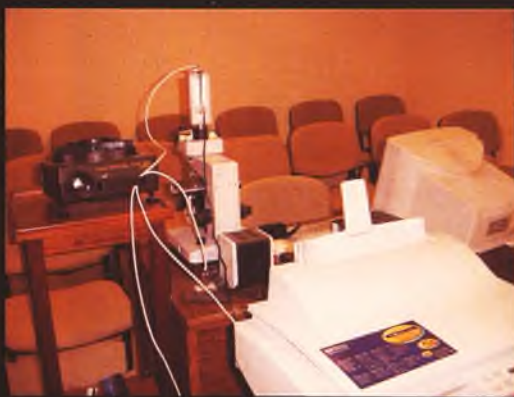




MÁQUINA AUTOMÁTICA DE TINCIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA.



DESPACHO DE PATÓLOGOS.



AULA CLÍNICA DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

un factor pronóstico de la supervivencia total, y del periodo libre de enfermedad en pacientes con Ca de mama y ganglios positivos. Hay otros factores pronósticos como el Ki 67 que identifica células proliferantes y su presencia es directamente proporcional a la agresividad del tumor. El gen p53 se considera un regulador negativo del crecimiento celular. La mutación p53 que se detecta por inmunohistoquímica cuando se acumula en el núcleo se considera un factor de mal pronóstico .

En los últimos años la aplicación de las técnicas de la **biología molecular** a las enfermeda-

des ha permitido conocer los mecanismos fisiopatológicos de ellas facilitando así su diagnóstico y a veces su tratamiento. Como toda la información genética del individuo se encuentra en el ADN/ARN. Para llevar a cabo el estudio genético es necesario extraer estos de una muestra que en el caso de la anatomía patológica se realiza en cortes de tejido parafinado. Las técnicas utilizadas son de dos tipos: las que se basan en la amplificación del DNA como son la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) simple y la PCR transcripción inversa (RT-PCR), y las técnicas de hibridación molecular que se basan en el estudio de secuencias específicas de ARN ó ADN. Las dos técnicas más utilizadas son la hibridación "in situ"(HIS) y la hibridación "in situ" con fluorescencia (FISH). A través de la PCR se pueden detectar citomegalovirus, virus herpes, virus de la hepatitis y virus de la inmunodeficiencia humana. También se pueden estudiar a través de esta técnica y en cortes de parafina protooncógenos tumorales y muchas enfermedades hereditarias. La hibridación "in situ" (HIS) se utiliza en Patología tumoral para detectar alteraciones oncogénicas y es en el estudio de infecciones por virus en el campo en donde tiene mayor aplicación. La hibridación "in situ" con fluorescencia (FISH) se realiza en áreas muy diversas de la patología. La más importante es la que se basa en el estudio de las anomalías cromosómicas de muestras prenatales. Con esta técnica se pueden detectar alteraciones oncogénicas (aneuploidias, traslocaciones etc.) y también se utiliza en determinados carcinomas (ovario, mama etc) y , leucemias para estudio de las alteraciones cromosómicas.

La observación es la fuente más directa de conocimiento de la Anatomía patológica. Esta se realiza a través de la **necropsia clínica** cuya práctica y estudio nunca será suficientemente encomiada. Consiste

en el estudio reglado de órganos y sistemas procedentes de un cadáver proseccionado. De esta manera se consigue uno o varios diagnósticos que en muchos casos explican la causa de muerte del paciente. Hay diferentes tipos de necropsia: la total en la que se estudian la mayor parte de los sistemas del organismo, la parcial en la que se estudiarán solo los órganos sospechosos de afectación patológica y la necropsia por punción en la que se investiga el parénquima de ciertos órganos. La necropsia se realiza con fines muy diversos. Una de las principales misiones de ella es la de investigar la causa de la muerte a través del

diagnóstico anatomopatológico. En otras necropsias clínicas se trata de averiguar el efecto ejercido sobre los órganos las diferentes terapias .La investigación epidemiológica es utilizada en muchas ocasiones para corregir directrices sanitarias de determinadas áreas de salud .Sin embargo se debe hacer hincapié que en el control de calidad de las instituciones hospitalarias colabora decisivamente los resultados derivados del estudio anatomopatológico de las necropsias clínicas.

En un **Servicio de Patología de un Hospital de Referencia** se deben desarrollar las tres áreas que anteriormente se describen como son la citología, la patología quirúrgica y las necropsias clínicas pero además hay otras misiones como son:

- Asesoramiento en la gestión hospitalaria.
 - Participación en el Control de Calidad del hospital a través de las Comisiones Clínicas de tejidos, tumores y mortalidad.
 - Colaboración con la Comisión de Docencia y en la formación de postgraduados
 - Realización de Investigación básica y clínica
- Pero para que un Servicio de Patología sea rentable y efectivo debe estar organizado.

La **Organización de un Servicio de Anatomía Patológica** debe estar basada en una clara separación entre las **áreas de trabajo** que a su vez se complementan y se continúan. Aquí todo debe funcionar en cadena. Es la idea que tratamos prevalezca en el **Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Ciudad Real**.

El **área de Secretaría** es la zona en donde se encuentran las secretarías, los ordenadores personales y los archivos. Las secretarías registran los datos de los pacientes de los que se remiten muestras y que vienen reflejados en la hoja de petición de informe anatomopatológico. También mecanografían el informe anatomopatológico realizado por los patólogos. Esto se realiza a través de un programa informático que confecciona también un archivo. La copia del informe y la hoja de petición clínica se archiva separadamente en el Servicio.

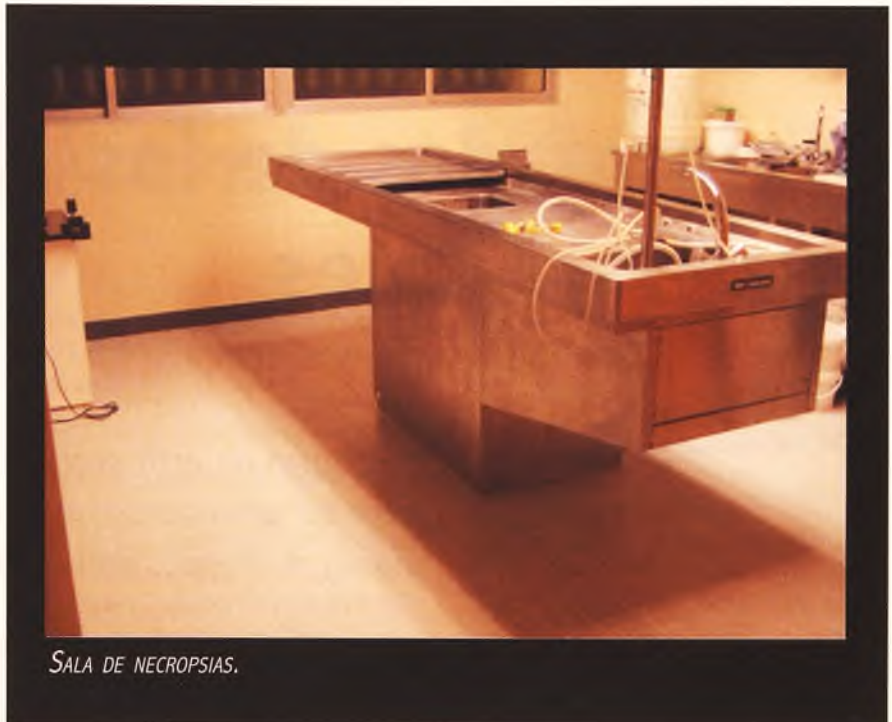
El **área de Laboratorio** es el lugar en donde se encuentran ubicados los Técnicos y los aparatos. Aquí deben existir varios puntos de labor diferentes. Uno de ellos debe estar dedicado al **tallado** de las piezas puesto compartido entre el patólogo y el técnico. Está emplazado un equipo de macrofotografía ya que en esta área es en donde se realiza el examen macroscópico de las piezas y son las lesiones que se encuentran en ellas las que deben ser fotografiadas. Se selecciona a su vez aquí el material para su procesamiento posterior.

El área siguiente es aquella en donde están los

aparatos que realizan el **procesado** de las piezas (Inclusión en parafina). La sala de **microtomía** consta de una serie de puestos y está equipada con un inclusor con frío y calor y un microtomo en donde se cortan los bloques de parafina con tejido incluido. Existe una zona especial en donde se encuentra un aparato denominado criostato que puede enfriar una biopsia de 2 cm a 23 grados bajo cero en 8 minutos. Se utiliza para estudiar una biopsia enviada del quirófano en plena intervención (biopsia intraoperatoria) y de la que se solicita un resultado inmediato. Todos los cortes realizados en el Laboratorio es necesario teñirlos para su estudio posterior. La **tinción** de rutina y la Inmunohistoquímica se realiza en nuestro servicio con una máquina automática. Las tinciones especiales y las se realizan de forma manual. Una sección del Laboratorio que en algunas Instituciones funciona de forma independiente es la **Citología**. Esta debe constar de una sala de punciones en donde se encontrará el material propio para la realización de las mismas y una zona de laboratorio destinada a procesar y teñir el material citológico. Para ello es imprescindible una citocentrífuga y una centrífuga. El teñido se realiza con una máquina automática. Toda la labor descrita anteriormente en el área de Laboratorio la realizan exclusivamente los Técnicos especialistas de Anatomía patológica.

Los **despachos de los patólogos** deben ser amplios, si es posible individuales y deben tener un mínimo de dotación. Es imprescindible un buen microscopio, un ordenador personal que en el caso de nuestro Hospital lleva el Programa informático del Servicio y una pequeña biblioteca personal de consulta. En los despachos también existe un programa Intranet para que cada Patólogo solicite las Técnicas Inmunohistoquímicas que desee al Laboratorio. Los patólogos además de realizar las proyección de las necropsias realizan el tallado de las piezas. Un cometido muy comprometido que tiene que realizar el Patólogo es la biopsia intraoperatoria cuyas características ya se han comentado. Pero la función más delicada y responsable del Patólogo está en el estudio macro y microscópico de las piezas. Para ello debe apoyarse cuando lo necesite en todas las técnicas especiales, inmunohistoquímicas y de biología molecular que se realizan en el Laboratorio para poder finalmente emitir un diagnóstico anatomopatológico correcto. Pero no termina ahí la labor del Patólogo ya que este está obligado a organizar conferencias extra e intradepartamental. Por eso es necesario poseer en el Servicio una pequeña aula clínica. También debe participar en los diferentes Comités de calidad del Hospital (tejidos, mortalidad, y docencia).

El **área de necropsias** es otra zona obli-



SALA DE NECROPSIAS.

gada de un Servicio de Anatomía Patológica. Debe ser independiente del Laboratorio, de la Secretaría y de los despachos de Patólogos. Aquí se ubica la **sala de necropsias**. Esta debe ser amplia, estar aislada y bien ventilada. Debe poseer como elementos básicos una mesa especial de autopsia con manguera para lavado de cadáveres y órganos. También debe poseer un sistema de aspiración de fluidos y por último debe estar dotada de un sistema de elevación mecánico o eléctrico. También en la sala debe instalarse una báscula de órganos y un equipo de macrofotografía. Es imprescindible una vitrina con todos los utensilios de corte incluida sierra con aspiración cerrada y material de protección es-

pecial (guantes de amianto, mascarillas con filtro, escafandras etc.). La necropsia la realiza el Patólogo ayudado por el **mozo de autopsia** que es quien prepara el cadáver, limpia el material y se ocupa del mantenimiento de la sala de autopsias. También prepara las piezas para su fijación y almacén.

AGRADECIMIENTO: El autor de este Trabajo agradece a todo el personal del Servicio de Patología del Complejo Hospitalario de Ciudad Real (patólogos, técnicos especialistas, auxiliares de clínica, secretarías y celadores) la constante colaboración y estímulo para poder llevar a cabo los objetivos previstos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bullon Ramírez A, Fariña J.:** Autopsia Biopsia y citología Sesiones anatomoclínicas. Anatomía Patológica J.Fariña .Salvat Editores 1990.
- Carbajo Vicente M.:** El Servicio de Anatomía Patológica en una Residencia Sanitaria de tipo intermedio. Revista del Colegio Médico de Ciudad Real vol II pag 52-56. 1982.
- García Rojo M ,Morillo Castro M.:** Técnicas de biología molecular en el diagnóstico en Dermatología.Dermatología Peruana vol 9 sup 1999.
- Lopez Beltrán A.:** Metodología inmunológica ,principios de Inmunohistoquímica J.Fariña Anatomía Patológica .Salvat Editores 1990.
- Puras Gil A.:** Anatomía Patológica y Atención Primaria. Boletín Oncológico de Teruel.16, 1 ,21-22, 2001.
- Suster S,Moran C and Wick M.:** Inmunohistochemistry in tumor diagnosis.Seminars in diagnostic Pathology 17-3,2000.
- Vera Alvarez J.:** Factores pronósticos del Cáncer de mama. Boletín Oncológico de Teruel .13,1, 6-11,2000



Prioridades de los Médicos de Hospitales

El objetivo de esta sección es manteneros informados sobre las actividades que se están llevando a cabo por la sección de Médicos de Hospitales de la OMC.

Luis Calahorra Fernández, vocal de Médicos de Hospitales en Ciudad Real



Con fecha 15 de junio del 2001 se celebró la Asamblea de Representantes Provinciales de esta sección, en los locales del Consejo General de Colegios de Médicos. El motivo de esta convocatoria fue la reciente toma de posesión como presidente de la Organización Médica Colegial de **Guillermo Sierra** quien ha solicitado se establezcan las prioridades de la sección de Médicos de Hospitales.

En el orden del día destacaron tres puntos: Informe del representante nacional, situación actual del problema de los interinos y prioridades de la sección de cara a la etapa que se inicia con el nuevo presidente de la OMC.

El informe del representante hizo hincapié, en primer lugar, en el salario del médico. Planteó la necesidad de analizar el estudio existente sobre los salarios en la Unión Europea para presentar a la administración y a los sindicatos.

Respecto al tema de la carrera profesional, insistió en la necesidad de desarrollar el documento sobre carrera profesional, aprobado hace ocho años. Se están planificando reuniones informativas al respecto, incluso el nuevo presidente de la OMC ha solicitado una reunión con representantes del Ministerio de Sanidad para tratar de este tema.

Otro aspecto importante es la necesidad de actualizar el registro de médicos especialistas con el fin de planificar las necesidades de formación. En la actualidad, los registros existentes son muy incompletos (20 de errores). Se plantea hacer un sistema de registro informatizado mediante tarjeta.

Se trataron además los programas de formación, y la acreditación una vez que se produzcan las transferencias sanitarias. En primer lugar, la formación por parte de la OMC, -OMC-Formación-, en la actualidad se está reorganizando. Existen contactos con el Instituto de Salud Carlos III para la planificación de la misma.

Respecto a la acreditación y evaluación de las unidades, una vez que se produzcan las transferencias sanitarias, pasarán a depender de las distintas autonomías, algunas de las cuales podrían encargar a los colegios de médicos esta tarea. Se insiste en la necesidad de que el Consejo General de Colegios de Médicos luche por ser la responsable de la acreditación y evaluación a través de los consejos autonómicos. En algunas autonomías con competencias transferidas ya existen consejos autonómicos de acreditación.

El segundo punto del orden del día fue la situación actual del problema de los interinos y las negociaciones en la OMC con ANFEI, ANFET y los sindicatos. En la fecha de la reunión, 15 de junio, se estaba pendiente de la propuesta del INSALUD. Ha sido la OMC la que ha conseguido el diálogo que ANFEI, ANFET y los sindicatos, con excepción de la CESM, y el acercamiento de posturas con objeto de resolver el difícil problema.

Prioridades

Finalmente las prioridades que ha establecido la sección de Médicos de Hospitales para este nuevo periodo son las siguientes: establecimiento de la carrera profesional; mejora de los salarios; estabilidad laboral; responsabilidad civil y errores médicos y, finalmente, favorecer las relaciones entre atención Primaria y Especializada.

En la actualidad, en la sección de Médicos de Hospitales existen varios grupos de trabajo: Gestión Clínica; Estructura; Organización y funcionamiento del Hospital del Futuro; Estatuto Marco; Relación médico-paciente, Formación Continuada, Acreditación y Evaluación de la Competencia.

En los sucesivos números trataré de teneros informados sobre la actividad de esta sección de Médicos de Hospitales y de sus grupos de trabajo. Aprovecho estas líneas para ponerme a vuestra disposición desde esta vocalía. **M**

Con la discrepancia de los grupos políticos

Aprobado el Pacto por la Sanidad para Castilla-La Mancha

El pasado 15 de julio, los miembros de la Comisión para la Defensa de una Sanidad Pública Justa en Castilla-La Mancha suscribieron el Pacto por la Sanidad, un documento que recoge las principales demandas en materia sanitaria de la región con vistas a los próximos diez años. Con el texto se pretende tener mayor fuerza a la hora de negociar con el Gobierno Central las transferencias sanitarias, en buenas condiciones. Es, según **Fernando Lamata**, consejero de Sanidad, «una sola voz firme y fuerte que sonará en Madrid para conseguir unas transferencias justas y equilibradas» que hagan posible equiparar a Castilla-La Mancha con el resto de regiones españolas.

Han sido muchos los ayuntamientos de la provincia los que han suscrito el acuerdo (Puertollano, Daimiel, Alcázar de San Juan), siempre con la oposición del Partido Popular. Además se han adherido un total de 548 asociaciones y todo tipo de colectivos de las cinco provincias.

El PP no ha suscrito el Pacto Regional porque entiende que el documento hace «borrón y cuenta nueva» con los déficit sanitarios de la región que fueron provocados por la falta de inversión de los gobiernos socialistas.

Contenidos

El texto consta de 20 puntos. Entre sus exigencias está que se equilibre la situación de Castilla-La Mancha respecto a las regiones que ya han asumido las competencias en Sanidad, y que se tengan en cuenta factores como el envejeci-

miento o la dispersión de la población, los déficit estructurales y la creación de un fondo especial para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Déficit

Según el documento, en el último acuerdo de financiación sanitaria, Castilla-La Mancha dejó de percibir respecto a la región mejor dotada algo más de 86.000 millones de pesetas entre 1998-2001. Respecto a las áreas, en Atención Primaria los profesionales soportan mayor presión asistencial que en el resto de territorio INSALUD, lo que hace que el tiempo que le dedican los profesionales de AP al paciente tenga que ser menor. En número de camas, tiene 600 menos que la media nacional. Necesitaría crecer un 22% en recursos profesionales para ajustarse a la media del Insalud, es decir 2.432 profesionales. La lista de espera sigue siendo el problema más acuciante que tiene el sistema sanitario público en la región.

Exigencias

Entre las exigencias del Pacto está un transporte sanitario cómodo, ágil y eficaz; que los ciudadanos participen cada vez más en los asuntos relacionados con la atención sanitaria y potenciar los consejos de Salud; la construcción de nuevos centros de Salud; reforzar el equipamiento clínico; construcción de nuevos hospitales comarcales; dotar al sistema público de Castilla-La Mancha de los Servicios Especializados de los que carece, y un largo etcétera. **M**

BREVES



Centro de Salud de El Torreón

En el próximo mes de diciembre podría reanudarse la atención médica en el Centro de Salud de El Torreón, que sufrió un incendio en marzo que lo dejó inservible. Los usuarios de este centro están siendo atendidos desde entonces en el de la C/ Postas. La zona más afectada será reconstruida en su totalidad.

Ampliación de los C. S.

Con un presupuesto superior a ocho millones de pesetas, el Insalud acometerá las obras de ampliación remodelación del Centro de Salud de Solana del Pino.

En Santa Cruz de Muldela, el Centro de Salud contará próximamente con una Unidad de Fisioterapia. El Insalud ha conseguido una partida de 13 millones para, además, ampliar y reformar este centro.

Será el Ayuntamiento de Argamasilla de Calatrava el que ceda instalaciones para ampliar su Centro de Salud y se mejore así su atención sanitaria. Supondrá una inversión de 17 millones de pesetas.

PIENSA EN TI

Hazte Donante

INFORMATE:



Tel. (24 h.) 91 / 314 24 06

COORDINACION REGIONAL DE TRASPLANTES

Complejo Hospitalario "La Mancha-Centro"
Avda. de la Constitución s/n-13.600 Alcázar de San Juan

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ CODIGO POSTAL _____ POBLACION _____

Deseo donar mis órganos, para que después de mi fallecimiento puedan ser utilizados para la curación de otras personas.

Recorte y envíe esta tarjeta o llame por teléfono al 926.580.678

DESEO HACERME DONANTE DE ORGANOS



Conde conoció la opinión de los profesionales sanitarios

Agustín Conde, presidente regional del Partido Popular, convocó a principios de julio a los presidentes de los colegios profesionales sanitarios, entre ellos el del Colegio de Médicos, Pascual Crespo, y a otras personalidades relacionadas con la Sanidad de Castilla-La Mancha, entre ellos el ex director regional del INSALUD, Alfonso Noblejas, y el director provincial del INSALUD, Juan José Herrera. Su objetivo era conocer los problemas más urgentes que tiene planteados la Sanidad Regional.



Momento de la reunión entre Agustín Conde y los presidentes de los colegios profesionales sanitarios de Ciudad Real.

Fue una jornada de trabajo donde también visitó las obras del futuro Hospital de Ciudad Real y asistió a una reunión de la Comisión Provincial de Sanidad del Partido Popular.

Conde afirmó que el Gobierno regional no tiene un planteamiento serio a la hora de abordar la negociación de las transferencias sanitarias, y que está actuando con improvisación. **M**

Fecha y lugar del examen

Han comenzado las clases de repaso para las oposiciones

Tal y como se publicó en el número 5 de MÉDICOS DE CIUDAD REAL, la fecha, hora y lugares de celebración del Ejercicio de la Fase de Oposición del Proceso Selectivo del Cuerpo Superior de la Administración de la Junta de Comunidades, Escala Superior de Sanitarios Locales. Especialidad de Medicina son: FECHA: 21 de octubre de 2001 HORA: 10.00 horas. LUGARES: Centro: Universidad de Castilla-La Mancha. Fábrica de Armas. Avda. de Carlos II S/n Aspirantes de ABAD IZQUIERDO, Elena a DURO MOTA, Elena. Centro: Instituto de Educación Secundaria «Universidad Laboral» Avda. Europa, nº 28. Aspirantes de EITO CATIVIELA, José Luis a OYONO ONGOENE, José. Centro: Instituto de Educación Secundaria «El Greco». Paseo de San Eugenio nº 23. Aspirantes de PABLO PASCUAL, Luis Fernando de a ZURITA ISLA, Antonio.

Para preparar estos exámenes y también para obtener créditos de homologación para el título de médico de familia ha desicisvo el II Curso de Actualización en Atención Primaria organizado por el Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real y coordinado por el Dr. Julián Deblas. Empezó en noviembre de 2000, y han solicitado que sea valorado de Interés Sanitario por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Han asistido 72 alumnos. Ya se han empezado a impartir las clases de repaso en la sede del Colegio de Médicos. **M**

Noblejas abandona el cargo por «motivos personales»

Antonio Rincón, nuevo director territorial del INSALUD

A tan sólo seis meses de haber tomado posesión como director territorial del Insalud, Alfonso Noblejas ha cesado en su cargo por «motivos personales», aunque algunas voces apuntan a que se ha debido a discrepancias con la Dirección General en la forma de gestionar. Desde el Gobierno Regional se están reclamando recursos e inversiones para Sanidad con las que el Gobierno Central no está del todo sensibilizado.

Es Antonio Rincón Palenciano, de 55 años y natural de Cuenca, el que se ha hecho cargo de la dirección territorial. Rincón pertenece al Cuerpo de Intervención y Contabilidad de la Seguridad Social y desde 1996 hasta la fecha, ha desempeñado el cargo de director del Instituto de la Seguridad Social en Melilla. Antes había sido jefe del Servicio de Administración del Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo, director de Gestión del Hospital de Fuenfría, el mismo cargo en el hospital Universitario San Carlos de Madrid y subdirector de gestión del mismo centro sanitario donde inició su carrera en 1992.

Su mayor reto al frente de la dirección

será su buena gestión en el proceso de las transferencias sanitarias. En el acto de toma de posesión, el pasado 11 de julio, mostró su disposición a hacer el máximo esfuerzo durante su gestión porque «cuanto mejor dotado dejemos el Insalud, con nuevas instalaciones, con nueva tecnología y nuevos centros será mejor». Quiso aclarar, no obstante, que «las transferencias las negocia el Ministerio de Sanidad con la Consejería. A él le compete gestionar la Sanidad regional mientras ésta sea del Insalud.

Juan Ignacio Zoido, delegado de Gobierno en Castilla-La Mancha, le advirtió «sobre la pesada responsabilidad que caía sobre sus hombros», como también le indicó que no se escatimaran esfuerzos para la Sanidad. Le brindó su apoyo y el de todos los subdelegados del Gobierno para conseguir los mejores objetivos. Fernando Lamata, consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, también ha ofrecido al nuevo director «toda la colaboración y toda la lealtad institucional precisa en unos momentos tan importantes, previos a la transferencia del Insalud». **M**

Hay que saber lo que se receta

El autor insiste en la necesidad del médico de conocer la composición de los medicamentos que receta, a fin de lograr su correcta administración y evitar estafas o negligencias médicas que puedan conllevar a una responsabilidad civil e incluso penal.

Luis Sánchez-Morate.

Asesor Jurídico del Colegio de Médicos de Ciudad Real

Estamos en la época de la medicación. Hay una profusión ciudadana a favor de que se le receten medicamentos, pudiendo utilizarse lo de cuanto más mejor, porque debido a la información que recibe el ciudadano, constantes descubrimientos de farmacopea, piensan que su curación va a lograrse por los medicamentos, pensando también que cuanto más medicamentos va a tener más posibilidad de curar.

Esta filosofía ciudadana hace que el profesional médico se vea fuertemente presionado por su paciente y por los familiares de éste, hasta el punto de que muchas veces se valora al médico por lo que receta, fundamentalmente si lo que receta es mucho.

Pero el médico no puede olvidar los riesgos de cualquier medicación, como buen y pleno conocedor de la medicina, sabe que debe conocer plenamente la fórmula de cualquier medicamento y partiendo de ello y del paciente concreto de cada caso, tomar la difícil decisión de recetar uno u otro medicamento.

Si el médico no tuviera la prevención señalada en el párrafo anterior, podría llegar a incurrir en responsabilidad jurídica, no sólo en cuanto a reparar daños y perjuicios, que es responsabilidad civil, sino también en responsabilidad penal.

Todo esto viene al caso de una reciente sen-

tencia del Tribunal Supremo en el que condena a varios médicos en vía penal por recetar un producto que desconocía. El fondo del asunto es una estafa producida porque hubo un error en la relación de sustancias elaborada por un colegio farmacéutico, que incluyó dos productos inexistentes con una tarifa muy alta, para recetar fórmulas magistrales en las que se sustituyeron dichos productos por otros de costes muy reducidos.

Los médicos condenados no lo fueron por la estafa, porque no ha resultado probado que conociesen dicha estafa, sino que su responsabilidad básica y esencial de saber lo que recetan.

Por eso, el encabezamiento de este artículo, los doctores deber saber siempre lo que están recetando. **M**



Culpa virtual

Nos movemos en el mundo de la virtualidad. Tanto es así que pienso, al igual que otros muchos, que la palabreja se ha distorsionado y se utiliza muchas veces de forma desafortunada como si fuese un saco en el que todo cabe.

Esto ha llevado a que en el mundo del derecho se hable de la teoría de la culpa virtual. También ha sido nuestro Tribunal Supremo el que recientemente ha aplicado esta teoría de la culpa virtual.

El hecho concreto se refiere a un médico que produjo una perforación de instrumental en una intervención para dilatar el esófago.

Y se habla de esa teoría de la culpa virtual porque la condena en vía civil del caso concreto que no ocupa establece dos indemnizaciones: la primera, se refiere a la indemnización por los daños derivados de la perforación esofágica, daños emergentes. La segunda viene a cubrir el resarcimiento de perjuicios futuros como la expectativa de la vida laboral y la media de las prestaciones por desempleo, todo ello en relación al paciente.

La cuestión es medicamento importante, dado que mientras las indemnización por el daño emergente es pequeña, por el contrario, la indemnización para resarcir los perjuicios futuros es mucho mayor que la primera.

Esta teoría de la culpa virtual conviene tenerla en cuenta por los médicos, porque como acabamos de decir su responsabilidad por daños y perjuicios resultante de sus actos médicos, puede sufrir un espectacular incremento, por lo que una vez más conviene seguir haciendo lo que realizan los médicos, cual es esmerarse al máximo a la hora de atender al paciente. **M**



Cámaras fotográficas digitales. ¿Cuál elegir?



Se calcula que en Europa se venderán 4 millones de cámaras digitales, incluyendo todos los fabricantes. Pero esta cifra sólo supone un 5% del mercado de consumo fotográfico, aunque irá aumentando rápidamente conforme se mejora la sencillez de manejo de estas cámaras digitales.

Dr. Marcial García Rojo.

Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Los criterios a tener en cuenta a la hora de elegir una cámara fotográfica digital de ámbito doméstico o semiprofesional hasta hace poco no eran los mismos que los utilizados para elegir cámaras fotográficas convencionales, pues la principal limitación de las cámaras digitales era la resolución de las fotografías adquiridas. Hoy en día, sin embargo, este panorama ha cambiado sustancialmente, pues las nuevas cámaras digitales gracias a sus CCD (sensor electrónico que recoge la luz) de gran tamaño (a partir de 2,3 Megapíxeles), son capaces de adquirir imágenes

de gran calidad, aunque aún no alcanzan la calidad de las cámaras de carretes de 35 mm.

Una vez alcanzado el tamaño de CCD adecuado para poder obtener una calidad aceptable en fotografía digital, los fabricantes de cámaras digitales centran actualmente sus esfuerzos en ofrecer modelos que incluyan una excelente óptica en sus objetivos y permitan seleccionar manual o

automáticamente valores como distancia de enfoque, tiempo de exposición, apertura del diafragma, sensibilidad, balance de blancos, etc., que son imprescindibles para profesionales que trabajan con diversas condiciones de luz o distancias.

De esta forma, en las cámaras digitales también podemos elegir entre cámaras compactas, que permiten tomar instantáneas fácilmente si preocuparse de los detalles técnicos, o cámaras digitales reflex en las que la imagen que vemos pasa directamente a través del objetivo. Estas úl-

timas suelen ser de mayor tamaño, disponen de objetivos intercambiables, y, sobre todo, permiten realizar encuadres perfectos, y valorar los efectos del zoom, los filtros, etc.

Comparación de algunos modelos

El modelo **Kodak DX3500** es una cámara sencilla y económica (80.000 pesetas) con excelente calidad, sobre todo en las imágenes con flash, aunque su CCD es de sólo 2,2 Megapíxeles. Dentro de las cámaras con un tamaño de CCD de 3,3 Megapíxeles, uno de los modelos más recomendables es el **Nikon CoolPix 880** (150.000 pesetas), sobre todo si necesita una cámara con las opciones y ajustes necesarios para obtener fotos de gran calidad. También el modelo **Sony Cyber-shot DSC-P1** es considerada como una opción muy aceptable en cuanto a calidad, y destaca por su pequeño tamaño, aunque con un precio algo más elevado (165.000 pesetas). Las cámaras **Canon**, como los modelos **Ixus 300** (161.300 pesetas) ó **PowerShot Pro 90IS** (305.900 pesetas) destacan por la calidad de sus objetivos y otras características ópticas, aunque al poseer CCDs más pequeños (2,3 Megapíxeles), ofrecen un tamaño de imagen digitalizada algo menor que el resto. En este grupo de cámaras destaca también el modelo de **Hewlett-Packard photosmart 912** (134.900 pesetas), que integra un objetivo Pentax y es la única de bajo precio con diseño réflex. Otros modelos superiores con CCD de 3,3 Megapíxeles, aparecidos recientemente, son: **Nikon CoolPix 995**, que permite adaptar varios filtros o lentes accesorios; y **Sony DSC-S75**, con un potente zoom digital y óptico que

utiliza lentes Carl Zeiss. Algunos modelos de cámaras digitales, como **Canon EOS D30** no utilizan CCDs para digitalizar la imagen, sino que utilizan sensores tipo CMOS, menos extendidos pero que también consiguen una alta resolución (3,25 Megapíxeles) e incluso una mayor profundidad de color (36 bits)

Características mínimas

1. CCD de al menos 3,34 Megapíxeles (3,24 Megapíxeles efectivos). Esto permite almacenar imágenes de al menos 2040 x 1500 píxeles.
2. Zoom óptico.
3. Zoom digital.
4. Autofoco y, opcionalmente, foco manual.
5. Balance de blancos con varias opciones (interiores, exteriores, etc.).
6. Sensibilidad ISO adaptable a 100, 200 o 400.
7. Control de prioridad de apertura o de exposición.
8. Modo macro (10 cm a 80 cm).
9. Flash con reducción de ojos rojos y alcance superior a 3 metros.
10. Grabación de vídeo (MPEG o MJPEG) y sonido (MPEG1).
11. Para fotos de gran calidad, es recomendable que permita almacenar en formato TIFF.
12. Formato JPEG para fotos comprimidas de menor calidad que permita almacenar un mayor número de fotos.
13. Salida de vídeo (PAL).
14. Conexión al PC a través de puerto USB.
15. Visor LCD de al menos 1,8 pulgadas (4,57 cm).
16. Batería de Litio.

Otras funciones útiles frecuentemente disponibles son el autodisparador, grabación de imágenes en modo ráfaga (múltiples disparos sucesivos).

El tiempo de realización de cada fotografía es de unos 4-5 segundos.

Los modelos con alimentación mediante pilas

AA tiene una menor duración de uso, pues con cuatro pilas AA sólo es posible realizar 20 a 30 fotografías en modo normal (con flash y utilizando el visor LCD). Son más recomendables los modelos con baterías de litio recargables.

Algunos modelos que cumplen estos requisitos mínimos son: **Sony DSC-S75**, **Sony DSC-F505V** (imágenes de hasta 2.240 x 1680 píxeles y visor de 2"). **Olympus C-3030 Zoom** y **C-3040 Zoom** (permiten un control flexible de exposición y un enfoque manual). **Fujifilm FinePix 6900 Zoom** y **FinePix 6800 Zoom** permiten almacenar imágenes de hasta 2.832 x 2.128 píxeles, y el modelo superior **Fujifilm FinePix S1 Pro** ofrece tamaño de archivo de imagen de hasta 3.040 x 2.016 píxeles.

Ya están disponibles en el mercado modelos de cámaras digitales con CCDs de 4,13 Megapíxeles (3,98 Megapíxeles efectivos) que capturan imágenes de hasta 2.272 x 1.704 píxeles, como **Olympus Camedia E-10** y **Olympus C-4040 Zoom**.

Calidad de la imagen

Los principales factores que influyen en la calidad de una imagen electrónica son: la resolución y la profundidad de color.

Resolución y puntos por pulgada: Ante todo conviene recordar que más bien hablamos de tamaño y no de resolución cuando decimos que una imagen tiene 1.536 x 1.024 puntos. La resolución es una magnitud para imágenes impresas o la pantalla del ordenador, en la que se indica cuántos puntos vamos a imprimir en una unidad de longitud, generalmente en pulgadas (2,54 cm).

Antes de comenzar la toma de fotografías, conviene tener clara la finalidad de las mismas. De esta forma, si buscamos una calidad máxima para imprimir en papel fotográfico o almacenarlas en un álbum de fotos, debemos procurar que la imagen final tenga una resolución de unos 300 puntos por pulgada (ppp). Es decir, en cada pulgada de papel se van a imprimir 300 puntos (horizontal y verticalmente). Si una hoja A4 mide 21 x 29,7 cm (8,26 x 11,69 pulgadas), y en cada pulgada hay que colocar 300 puntos, obtenemos $8,26 \times 300 = 2.478$ puntos de ancho y $11,69 \times 300 = 3.507$ puntos de alto. Es decir, si deseamos que la fotografía tenga un tamaño final de un papel A4, la imagen capturada debe ser de 2.478 x 3.507 puntos.

En el caso de fotografías destinadas a ser visualizadas en el monitor de un ordenador o transmitidas por Internet, se emplea una resolución de 72 ppp, lo que reduce la resolución necesaria de una imagen de tamaño A4 a 595 x 841 puntos.

Por ello, el tamaño del CCD influye directamente en el tamaño de papel fotográfico que poste-

riormente podremos utilizar. Así, un CCD de 1.901 x 1.212 permite obtener imágenes de calidad incluso con tamaños de hasta 20 x 25 cm.

A la izquierda, Tamaño CCD. A la derecha, Tamaño de papel óptimo (lado más largo):

1.024 x 768	< 13 cm
1.600 x 1.200	13 cm
1.901 x 1.212	25 cm
2.478 x 3.507	30 cm

A partir del tamaño en puntos de una imagen se puede calcular el tamaño que tendrá la imagen una vez impresa, dividiendo cada dimensión entre la resolución que vayamos a emplear y multiplicando el resultado por 2,54 para obtener las medidas en centímetros.

La profundidad de color es el parámetro que



define cuántos bits se emplean para representar cada color. Con 8 bits de profundidad de color pueden representarse un máximo de 256 (2^8) colores, pero esta calidad es insuficiente en la mayoría de los casos, por lo que debemos buscar una profundidad de al menos 16 bits, que permite representar 65.535 (2^{16}) colores, o, preferiblemente, 24 bits, que es el llamado "color real" y que permite un total de 16.777.216 colores distintos (2^{24}), que es bastante más de lo que es capaz de distinguir el ojo humano, por lo que no es necesario usar profundidades de color mayores. Prácticamente todas las cámaras ofrecen profundidad de color de 24 bits.

No debemos olvidar que el principal factor que influirá en la calidad de la copia impresa de la fotografía obtenida será la impresora fotográfica y el papel fotográfico que utilicemos. Si no disponemos de una impresora fotográfica, siempre tenemos la opción de acudir a un centro de fotografía digital para que nos impriman nuestras fotografías en el mejor dispositivo y papel que dispongan.

Memoria

Dado el gran número de píxeles necesarios para obtener imágenes de gran calidad, es recomendable instalar al menos 16 MB de memoria en la cámara. Tenga en cuenta que si su cámara dispone de 8 MB podrá almacenar un máximo de 48 fotos de calidad media (900 x 600 píxeles).

Las tarjetas de memoria permiten aumentar la memoria de la cámara y así poder almacenar un mayor número de fotografías. Hay tres tipos fundamentales de memoria para cámaras digitales: "SmartMedia", con precios que oscilan entre 6.000

pesetas 16 MB y 18.000 pesetas 64 MB. Son más pequeñas que las tarjetas tipo "CompactFlash" que cuestan 7.000 pesetas 16 MB, 18.500 pesetas 64 MB, y 36.500 128 MB. Por último, las cámaras SONY usan "Memory Stick" con precios desde 11.500 pesetas 16 MB hasta 28.500 64 MB. Los modelos con disquetes son cómodos pero en este soporte sólo podremos almacenar hasta cuatro capturas de calidad aceptable. Sony dispone de una gama (CD-Mavica) que almacena las imágenes en Discos Compactos regrabables (CD-R) de 3" con 156 MB de capacidad.

Dada la limitación de memoria de estas cámaras, conviene recordar que la grabación de vídeo suele ser de imágenes más pequeñas que las fotografías (320x240 píxeles), generalmente de 10 fotogramas por segundo.

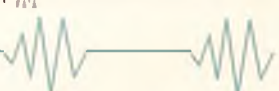
Ventajas y desventajas

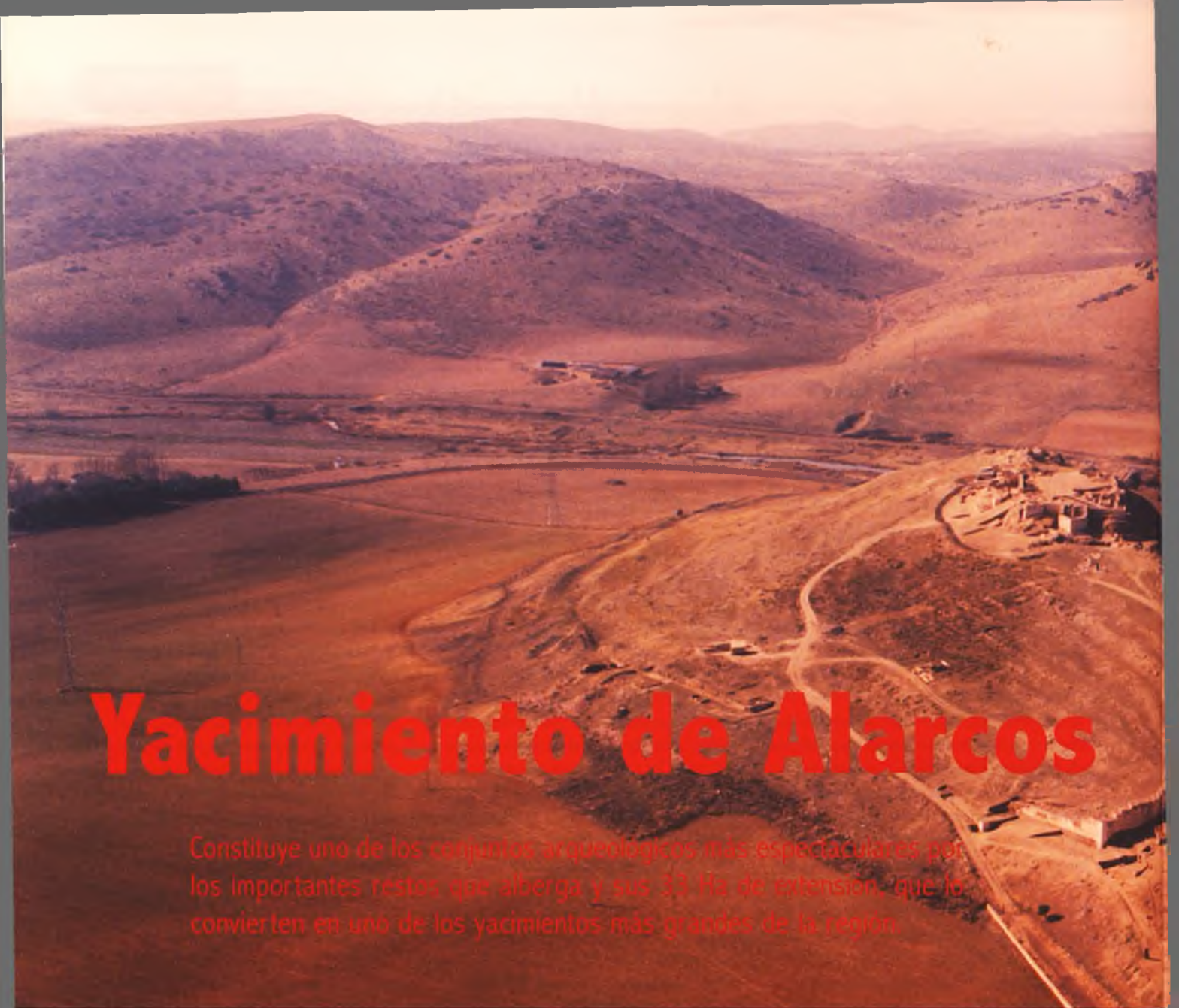
Ventajas de las fotografías digitales: 1. Rapidez. No es necesario terminar el carrete ni realizar un proceso de revelado para ver el resultado. 2. Permite tomar las fotografías varias veces, hasta que nos convenza el resultado. 3. Es posible borrar inmediatamente las fotografías que no nos gusten. 4. La imagen se almacena en un fichero, que se copia al ordenador, y no hay ninguna pérdida de calidad de la imagen. 5. El ahorro de costes de películas y revelado permite amortizar el coste de la cámara digital (equivalente a unos 70 carretes).

Desventajas de las cámaras digitales: 1. El precio es elevado. 2. Las baterías o pilas suelen durar poco, aunque generalmente son recargables. 3. El disparo se realiza con cierto retardo, lo que complica la fotografía de objetos en movimiento.

Evidentemente, si va a imprimir todas las fotografías que tome, le saldrá más cara una cámara digital que una convencional, pero si le gusta disponer de fotografías en formato electrónico, publicarlas en Internet, confeccionar trabajos científicos o retocar las imágenes, ahorrará mucho tiempo y dinero con una cámara digital.

Como alternativa a las cámaras digitales, existen los carretes digitales o e-film, con la misma forma de un carrete y que pueden ser utilizados en algunas cámaras reflex convencionales (Canon y Nikon). Ofrecen un tamaño de imagen de 1.280 x 1.024 puntos y pueden almacenar hasta 24 fotografías (www.imagek.com).

BIBLIOGRAFÍA: García DO. Fotografía digital: una alternativa. PC Actual. Septiembre 2000; 122: 154-177. Lorente A, Barahona E. Cámaras digitales. PC World. Marzo 2000; 163: 261-289. Deganzo JC, Peinado. Cámaras Digitales. PC World Julio/Agosto 2001; 178: 158-181. Lladó MA. Cámaras fotográficas digitales. PC Manía Agosto 2001; 22: 22-31. 



Yacimiento de Alarcos

Constituye uno de los conjuntos arqueológicos más espectaculares por los importantes restos que alberga y sus 33 Ha de extensión, que lo convierten en uno de los yacimientos más grandes de la región.

El Cerro de Alarcos se encuentra situado en el término municipal de Ciudad Real, lugar donde se ubica el Santuario de Ntra. Sra. de Alarcos, en el Km. 8 de la carretera de Ciudad Real a Piedrabuena y a tres km. del municipio de Poblete.

Se trata de un yacimiento iberomedieval de gran importancia, con una etapa anterior, Hierro I, y un momento de primera romanización igualmente presente. Su etapa medieval se documenta en los S. XII y XIII.

Las esculturas y los exvotos de bronce hallados en la excavación del yacimiento nos hablan de su importante pasado ibérico.

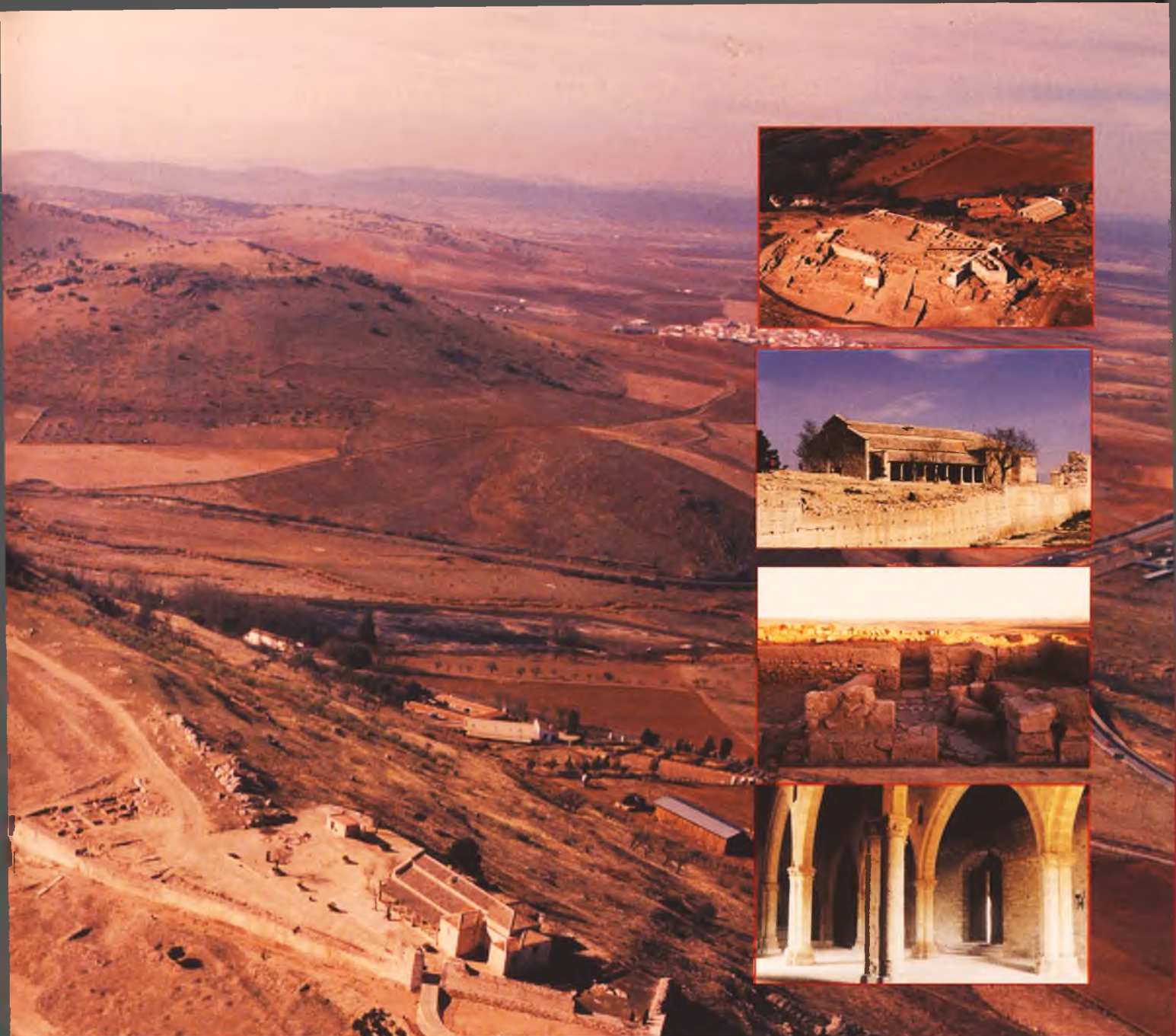
Las primeras noticias de Alarcos medieval forma parte de la leyenda, al ser incluido dentro de la dote de un posible matrimonio entre la mora Zaida y el Rey Alfonso VI. Reconquistada por Alfonso VII en 1147, es reedificada por Alfonso VII y enco-

mendada su defensa a la Orden de Calatrava. En 1195 es escenario de la famosa batalla que lleva su nombre y que supone una derrota del ejército cristiano frente a las tropas almohades de Al-Mansur. Años más tarde se da paso a la definitiva conquista y repoblación de La Mancha, y ahí empieza su declive. La población se desplaza hacia una aldea próxima, Pozo Seco de Don Gil, y se

La investigación arqueológica comenzó en 1984, bajo la dirección de Alfonso Caballero, Antonio de Juan y M.D. Macarena Fernández

funda Villa Real, en 1255.

Alarcos tuvo un momento ibérico de gran esplendor. De ese momento se han documentado estructuras en todas las zonas excavadas del Cerro, siendo la existente, a la entrada actual del yacimiento, la más definida como perteneciente a este periodo. Más próxima a la muralla medieval aparece otro conjunto de estructuras de época ibérica que están íntimamente ligadas con la zona anterior. En esta zona han aparecido varias figuritas de bronce, en su mayoría humanas, que plantean la posibilidad de encontrarnos próximos a un Santuario al que estarían asociados los exvotos. Las esculturas de piedra zoomorfas existentes en el museo de Ciudad Real, estarían asociadas al mundo funerario. Cronológicamente esta etapa arranca en un Hierro I s. VI - V a C hasta una época de máximo esplendor en los s. IV-II a C,



constatándose también una escasa presencia romana.

La Ciudad medieval de Alarcos tiene una extensión de 33 hectáreas y se encuentra rodeada de una gruesa muralla de tres metros de espesor, construida con dos técnicas claramente diferenciadas. La muralla debió ser construida a finales del S. XII, es decir, en los años anteriores a la batalla de Alarcos.

A la ermita se accede por una puerta abierta en la muralla medieval. Su planta es de cruz latina y está dividida en tres naves de altura desigual. Tiene tres portadas. A los pies del templo, y sobre la puerta, se abre un rosetón de tracería. Se puede situar su construcción en el estilo gótico, entre los siglos XIII y XIV.

En el punto más alto del cerro se encuentra el castillo, descubierto parcialmente a raíz de las

excavaciones que se suceden desde 1984. Desde la fecha se han llevado a cabo sucesivas campañas de excavación que han proporcionado restos arqueológicos de gran valor cultural, actualmente depositados en el Museo Provincial de Ciudad Real. A partir de 1990 se materializó la creación de la Escuela Taller Alarcos con el fin de consolidar y restaurar las diferentes zonas excavadas hasta el

Sólo se ha excavado un diez por ciento de las 33 hectáreas del yacimiento, por lo que aún quedan muchas cosas interesantes por descubrir

momento, así como el castillo y la muralla medieval que se encontraban en progresivo deterioro por el paso del tiempo. Todo ello está encaminado a la formación de un Parque Arqueológico con el fin de permitir la visitabilidad de todo el conjunto monumental. Parte esencial de dicho parque será la existencia de un museo monográfico y centro de interpretación que permitirá la contemplación, estudio y custodia del material arqueológico extraído en las sucesivas campañas de excavación. Con todo se intenta crear un foco cultural a escasos kilómetros de Ciudad Real que permita acercar el pasado a la sociedad actual. M

**TEXTO Y FOTOGRAFÍAS:
YACIMIENTO ARQUEOLÓGICO DE
ALARCOS, CIUDAD REAL**



Convocatorias

Congreso Nacional Capítulo Español del Colegio Internacional de Cirujanos. Almagro, Ciudad Real, 27-28 de septiembre de 2001. Organiza Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de Alarcos de Ciudad Real

V Jornadas de Patología Ocupacional Respiratoria. 12-13 de noviembre. Sala de actos del Pabellón Docente de los Hospitales Vall d' Hebron. Información e inscripciones: Rosa Lloira y Montse Murillo. Servicio de Pneumología. Hospital General Vall d' Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119 080335 Barcelona. Tfno: 93 274 61 57

Postgrado universitario a distancia en dirección y gestión de residencias geriátricas. Escuela Virtual de Salud. Información: www.evs.ub.es/agobartt@fbg.ub.es. Tfno: 93 567 73 87

XXXVII Curso Internacional de Leprología. Alicante, del 26 de noviembre al 1 de diciembre de 2001. Organiza la Asociación Fontilles y está dirigido a médicos dermatólogos. Dirige el Dr. Gómez Echevarría. Información y Secretaría: Sanatorio San Francisco de Borja. Fontilles, 03791 Vall de Laguart, Alicante. Tfno: 00 34 965 58 33 50 Fax: 00 34 965 58 33 76 E mail: sanatorio@fontilles.org

Curso de Actualización

En la sede del Colegio se encuentra la séptima y última entrega del Curso de Actualización en Medicina de Familia y Comunitaria, por lo que se ruega a los colegiados, pasen a recogerla. De no hacerlo, a finales de septiembre se les enviará por correo contrareembolso.

Vademecum

La primera remesa del Vademecum 2001 ya está en la Sede del Colegio de Médicos de Ciudad Real. Los colegiados podrán recoger su ejemplar estos días o esperar a la segunda remesa.

Abierta la matrícula para los Cursos de Inglés

A partir de septiembre se reiniciarán los Cursos de Inglés en las instalaciones del Colegio de Médicos, y ya está abierto el plazo de matrícula para las personas que quieran incorporarse a estas clases por primera vez.

Las clases se impartirán por la tarde, en tres niveles, básico, medio y nivel alto, tanto para niños como para adultos.

Para más información ponerse en contacto con **Eva Rodríguez**, en el teléfono 609 98 77 84 o en la sede colegial, Plaza de la Provincia, nº 3. Tfnos: 926 211432 / 926 211141.

Compra/venta

Se alquila piso amueblado en C/ Toledo, preferiblemente chicas. Tres dormitorios, salón comedor, cocina, cuarto de baño y aseo. Tnos: 926 25 35 64 / 659 55 91 35.

Se vende duplex. Cercano a AVE/ Renfe. Piscina, pista de tenis. Tfno 636 93 90 03.

Se vende piso. C/Ciruela. 4 dormitorios. 2 cuartos de baño. Aire acondicionado. Garaje opcional.

Cursos de informática en el aula del Colegio

A partir del 15 de Septiembre, y de forma ininterrumpida, estará abierto el plazo de inscripción para los Cursos de Informática en el Aula del Colegio de Médicos de Ciudad Real. La propuesta inicial de Cursos es la siguiente:

Informática Básica
Procesador de Textos (Microsoft Word)
Bases de Datos (Microsoft Access)
Realización de pósters y diapositivas con el ordenador

Aplicación de Internet a la Medicina
Cada grupo consta de un máximo de 10 alumnos. La duración de cada curso será de 20 horas.

La inscripción se realizará en la secretaría del Colegio por teléfono (926211432) o por correo electrónico (faponte.oc@omcf.org)

Ofertas de empleo

- Se necesita **médico** en horario de tardes. Duración estable. Centro de Reconocimientos Médicos en Puertollano. Tfno: 926 410907. Preguntar por Rosa Reyes.

- Se necesita **médico**. Trabajo bien remunerado, que permite disponer de mucho tiempo libre para poder preparar el MIR. Tfnos: 670 26 49 75 / 678 68 46 23

- Se necesita **pediatra** para el **Centro de Salud de Treviás**. Interesados ponerse en contacto con el departamento de personal del Hospital de Jarrio (Asturias). Tfno: 985 63 93 00

- Se necesita **médico** en **Psiteco**. Preguntar

por Almudena. Tfno: 636 90 60 76

- Se necesita **médico nefrólogo**. Se ocupará de la tutela de varios centros médicos de diálisis ubicados en diferentes ciudades de España. Enviar curriculum por correo electrónico a: recursos.humanos@bbraun.com. Por fax, a la atención de Rosa María Jimeno al número 93 5887085.

- Se precisa **médico** para cubrir una baja de larga duración en consulta de medicina general, en el centro de salud de **Navahermosa**, Toledo. Contrato con Insalud y Junta de Comunidades. Tfno: 925 42 83 .29

- La Embajada del Reino Unido se ha puesto en contacto con la OMC para informar sobre un proyecto piloto de oferta de trabajo para médicos especialistas. El proyecto está avalado por los Ministerios de Sanidad de ambos países. Ofertan, en principio, 38 plazas para especialistas que comenzarán su trabajo en noviembre de este año.

Antes del 20 de septiembre los candidatos deben facilitar un curriculum en inglés y en español, la fotocopia del título de Especialista, tres referencias profesionales y una foto. Enviar los requisitos a Lissa Perteghella en la Embajada Británica, c/ Fernando el Santo 16, 28010 Madrid. Más información: Lissa.Perteghella@fco.gov.uk

Seguro Colegial Médico Quirúrgico



Presta sus servicios de:

Hospitalización

Especialidades Médicas y Quirúrgicas

Medios de diagnóstico como:

- *Resonancia Magnética*
- *Scanner-Mamografías-Ortopantomografía*
- *Radiología-Ecografía*
- *Laboratorio*
- *Cirugía Laparoscópica*
- *Cirugía Artroscópica, etc.*
- *Cirugía de la Obesidad*

En toda la provincia de Ciudad Real a través de sus Centros en:



Clínica COREYSA en Ciudad Real




*Centro Clínico de
Alcázar de San Juan*



*Centro Clínico de
Tomelloso*



*Centro Clínico de
Puertollano*



**Usted aconseja lo mejor
para sus pacientes**

Nosotros, lo mejor para sus intereses financieros

Porque sabemos que las exigencias de su trabajo requieren un trato especial, en MediCaixa le ofrecemos los mejores productos y servicios financieros, diseñados a medida.

Tenemos las soluciones que usted necesita, tanto en el ámbito personal como en el profesional: desde comprar una nueva vivienda hasta adquirir equipos de alta tecnología. Sea cual sea su proyecto, en MediCaixa le garantizamos que gozará siempre de una

excelente salud. Además, le aconsejamos lo más adecuado para sus ahorros, ponemos a su disposición distintos tipos de tarjetas de crédito, le ofrecemos la posibilidad de contactar en todo momento

con nosotros a través del servicio Línea Abierta, etc.

En MediCaixa todo son ventajas para usted. Compruébelo. Pase por cualquier oficina de "la Caixa" y le informaremos personalmente del tratamiento que más le conviene.

