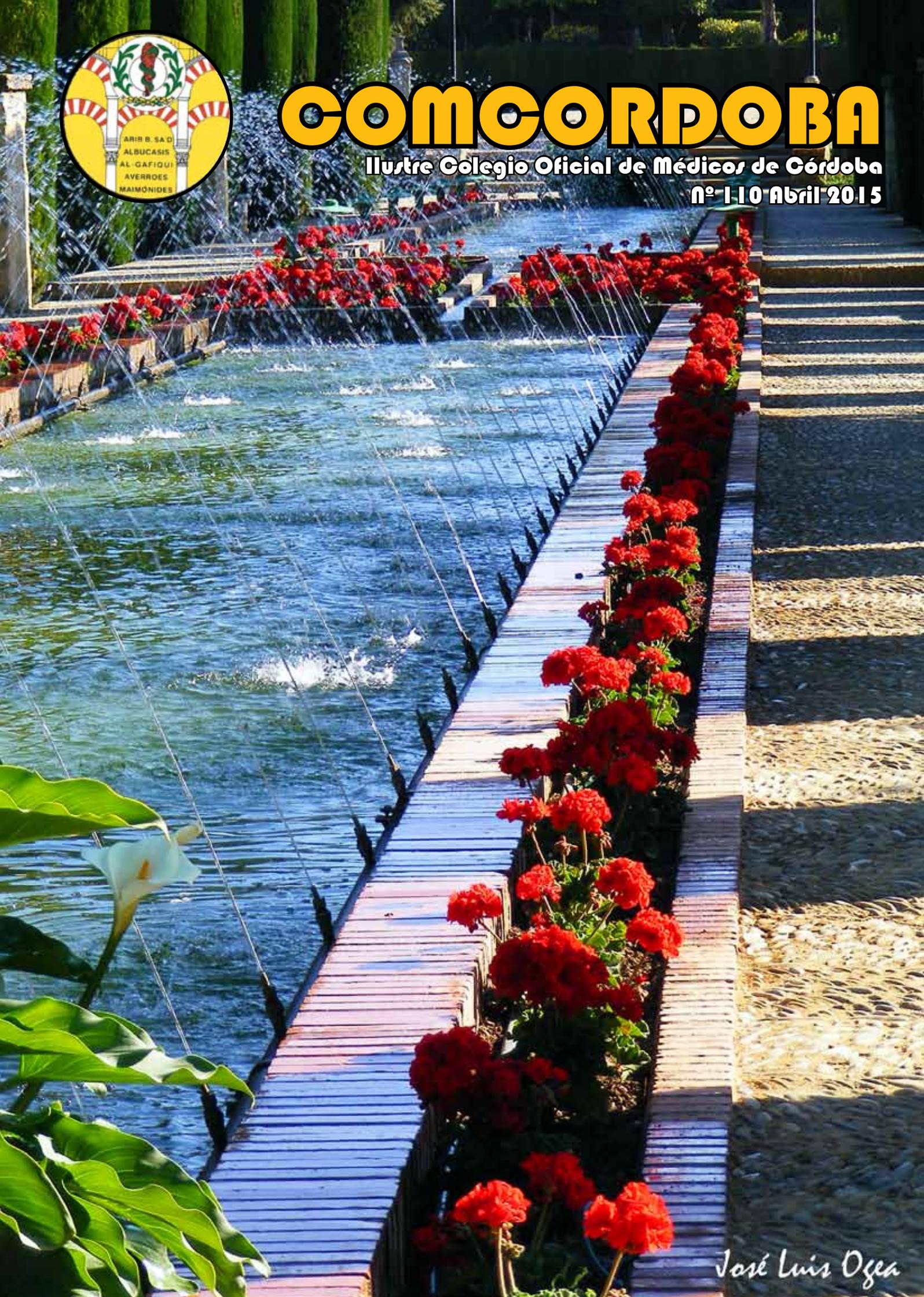




COMCORDOBA

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba

Nº 110 Abril 2015



José Luis Ojea



Innovation
that excites



NUEVO NISSAN PULSAR EL COMPACTO DE NISSAN

DESDE **13.900 €***



3 AÑOS DE
MANTENIMIENTO,
GARANTÍA
Y ASISTENCIA



CATAC

Avda. Ingeniero Juan de la Cierva - Pol. Ind. La Torrecilla 14013 Córdoba

Tel. 957 29 40 55

Consumo mixto: 5,0 l/100 km. Emisiones de CO₂: 117 g/km.

*PVP recomendado en PyB, incluye PPF, transporte, Nissan Assistance, descuento promocional, Plan PIVE 6, IVA e IEDMT que, para el mercado español, puede no ser aplicable a su Comunidad Autónoma. Oferta válida para particulares y autónomos que adquieran un nuevo Nissan PULSAR Visia 1.2 DIG-T 115CV (85 kW) manual, que entreguen un vehículo usado a nombre del comprador y financien con Magic Plan de RCI Banque S.A., Sucursal en España. Permanencia mínima de 24 meses, importe mínimo a financiar 6.000 €. Oferta no compatible con otras campañas y válida hasta fin de mes o finalización del Plan PIVE 6, lo que antes suceda. Para más información acude a tu concesionario más cercano. Modelo visualizado: Pulsar Tekna. Contrato de mantenimiento de 3 años (con límite de kilometraje). Las revisiones incluidas son las estándar según el Libro de Garantías y Certificado de Mantenimiento. Quedan excluidas Flotas y empresas.



Publicación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Córdoba

Consejo de Redacción: Junta Directiva
Comité Editorial: Dres. Bernabé Galán Sánchez, Manuel Montero Pérez-Barquero, Carmen Arias Blanco, Luis Jiménez Reina, Carlos Baamonde Laborda, Ginés Delgado Cerrillo, Rafael Castro Jiménez, Felipe Toledo Ortiz.

Coordinación Técnica: Isabel Vega Millán
Dirección: Ronda de los Tejares, 32. 14001 Córdoba

Tf. 957 47 87 85; Fax: 957 47 93 53
e-mail: comunicacion@comcordoba.com
www.comcordoba.com

Horario de atención al colegiado:

Mañanas: 8,30 a 14,30 h.

Tardes: lunes a jueves de 17 a 19,30 h.

Verano: de 8,30 a 14,30 (Julio y Agosto)

Asesor Jurídico: D. Antonio de Torres Viguera
Horario orientativo: mañanas de 10.30 a 13.45 h. (sujeto a señalamientos judiciales)

Tarde: Concepción 12, de 17 a 20 horas.

Asesor Jurídico-Fiscal: D. Luis Galán Soldevilla
Horario orientativo: mañanas de 10.30 a 13.45 h (sujeto a señalamientos judiciales)

tardes: Ronda de los Tejares, 32, acceso 1-1º

Corredería de Seguros: Dª Marta Pérez Garrido
Horario Colegial. Tlf. 957/470323 Fax: 957/470861

Publicidad: Juan Pablo Carmona. Telf. 652164236

Depósito Legal: CO-1548-2001

Imprime: Digital Asus, S.L. Tel. 957 270 200

COMCORDOBA

no se responsabiliza de la opinión vertida en los artículos de sus colaboradores

Parte de la información recogida en esta Revista ha estado expuesta, desde su recepción, en el Tablón de Anuncios de este Colegio, quien sólo se hace responsable de la que tenga su origen en los órganos y servicios dependientes del mismo.

Se entiende que los interesados en las ofertas, deben hacer de las mismas su propia valoración, para lo cual pueden efectuar las consultas que deseen a las empresas o personas ofertantes, ya que la decisión, evidentemente, es libre y de carácter personal.

El Colegio no se responsabiliza de la veracidad de aquellos anuncios profesionales que no esté a su alcance comprobar.

SUMARIO

Abril 2015



Dr. Bernabé Galán Sánchez
Presidente C.O.M. Córdoba

Editorial

Solidaridad entre Médicos 4

Además....

Programa de la XIX Semana Cultural Galeño. 5

OMC. Declaración de la Asamblea de la O.M.C. sobre Gestión del Medicamento. 7

Facultativos Residentes, ahora, ¿Cuántos hay? (V. Matas Aguilera) 8

A los herederos del Médico Responsabilidad Civil después de la muerte. (A. de Torres Viguera). 10

VI Congreso PAIME. Badajoz 16/17 Abril 2015. 14

El Colegio de Médicos renueva su convenio con el IMIBIC. 16

Medicina de Veteranos para noveles 2014-2015. 17

Comida Saludable para niños (R.A. Castro Jiménez) 18

Yo comencé... (C. Orense Cruz) 19

Ensayos Clínicos en Homeopatía (G. Sánchez Ruiz) 22

Buzón del Colegiado. Dr. Guisado responde a Dres Collazo y Zerolo. 24

In Memoriam Dr. Cazalla Cadenas. 25

Aula Cultural Dr. Luis Armenta. Resumen actividades 1º trimestre 2015. 26

Club de Senderismo "Anda, ¡ya!". Noticias. 29

IMIBIC. La Presidenta de la Junta de Andalucía visita el nuevo edificio del IMIBIC. 32

IMIBIC. Ingenieros y cirujanos andaluces presentan el primer robot quirúrgico hecho en España. 35

Médicos al Día. 36

II Campeonato de Mus Colegios Sanitarios. 41

Libreta de notas. 42

Gala benéfica "Música para Proyecto Visión" 43

¿Qué es ACALI? 44

Dionisio el Exiguo (E. Bellido Muñoz) 45

Comunicación (A. Baena Hidalgo) 40

El Cargo. ¿Provecho ajeno o beneficio propio? (J.A. Baena Fernández) 48

La Ansiedad desde una perspectiva etológica (J. Sama Naharro) 50

Córdoba, ciudad del conocimiento (II) (R. Martínez Sierra) 52

El Corpus de Sangre (M. Carpio González) 54

Carta abierta a Córdoba (Mons. Juan J. Aguirre Muñoz) 56

Un año de ébola (Médicos sin Fronteras) 58

Médicos escritores en Córdobas en el siblo XIX. (F. Blanco López) 60

Fundido en Amarillo. El "contagio" de los años 1800 a 1805 (R. Asencio González) 63

Tablón de anuncios 66

Beneficios que ofrece la colegiación. 67

Si desea colaborar en la edición de esta publicación, con artículos de opinión, puede enviarlos a www.comunicacion@comcordoba.com

NUESTRA PORTADA: Primavera en Córdoba



Jardines del Alcázar de los Reyes Cristianos (Córdoba)

Agradecemos al Dr. José Luis Ogea, autor de la fotografía, su desinteresada colaboración.

SÍGUENOS EN:



[colmedcordoba](https://twitter.com/colmedcordoba)



[comcordoba](https://www.facebook.com/comcordoba)

FE DE ERRATAS:

En el artículo "Epilepsias e Ibn Firnas, dos grandes desconocidos" del Dr. Francisco Cañadillas, publicado en nuestro número anterior, por error, aparecía el nombre de Alfred Einstein (musicólogo y abogado), cuando se refería a Albert Einstein. Pedimos disculpas a los lectores.



EDITORIAL

Solidaridad entre Médicos



Dr. Bernabé Galán Sánchez
Presidente COMCórdoba

Estos últimos días, dos hechos son noticia que nos ocupa a los españoles y, como humanos, a todos los Médicos: El terremoto de Nepal y la declaración de Hacienda (que os recuerdo se puede hacer en el Colegio de Médicos) En ambos hechos se pone a prueba la solidaridad de distinta manera y sentimiento dispar, ya que la desgracia de un país, aunque lejano, nos sensibiliza de muy distinta forma que el deber de contribuir al mantenimiento y desarrollo de nuestro Estado, con la “que está cayendo” enterándonos a diario de nuevos casos de corrupción política, en la que impunemente unos pocos se están llevando lo que es de todos.

No quiero seguir escribiendo en la línea de criticar a la corrupción, pero sí que me da pie a hacerlo de algo opuesto totalmente, ya que se trata de una Fundación solidaria que tenemos los Médicos, y que es una gran desconocida entre nosotros, a pesar de existir desde hace casi cien años (se fundó en 1917) y ser modelo mundial único de solidaridad entre Médicos: Me estoy refiriendo a la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias o más resumido Fundación para la Protección Social de la OMC.

Esta Fundación, a la que pertenecemos los Médicos colegiados que voluntariamente aportamos una pequeña cuota de algo más de siete euros mensuales y con ella se mantiene la condición de Socio Protector de la Fundación y por lo tanto potencial beneficiario de un amplio catálogo de servicios, ayudas y prestaciones, que ahora después intentaré resumir, pero que también son accesibles en internet tanto en nuestra página web como directamente en la dirección electrónica:

http://www.fphomc.es/catalogo_2015/index.html

Existen dos situaciones en nuestra vida laboral en la que nos pensamos o planteamos el ser o no Socio Protector del Patronato de Huérfanos: En los primeros años de ejercicio profesional y al llegar a la jubilación. En ambas ocasiones es cuando es más necesario que aflore la solidaridad. En los jóvenes porque piensan en la improbabilidad de tener que solicitar alguna de las numerosas prestaciones y en los jubilados porque no pagan cuota colegial y dejan de abonar su cuota solidaria a la Fundación.

Estas letras quiero que sirvan de llamamiento a todos para mantener la Fundación con esa pequeña cuota, especialmente para proteger a nuestros jóvenes compañeros quienes, a pesar de su edad, pueden tener necesidad de ayuda en cualquier momento, no solo para ellos mismos en caso de sufrir cualquier tipo de discapacidad, sino también para sus padres, hijos, cónyuge o pareja de hecho. Incluso pensando en la lejana jubilación, suya o de sus compañeros, en el lamentable caso de que cuando llegue el momento jubilar no se haya cotizado suficientemente en el sistema público y no se alcance una pensión digna para atender las necesidades básicas.

Aunque recomiendo consultar, en el enlace escrito arriba, para conocer toda la amplia y variada gama de servicios, pres-

taciones y ayudas que ofrece la Fundación de Protección Social de la OMC, hago a continuación un breve resumen de las mismas, que son compatibles con otras ayudas públicas y privadas, y tienen como objetivos la universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación de todos los socios donantes.

- 1. Servicio de Atención Social:** Es un servicio de información, valoración y orientación social mediante una red nacional compuesta por profesionales de atención social personalizada, que ofrecen gratuitamente información, asesoramiento y tutorización en las áreas sociales de: Menor, Adolescencia y Juventud, Familia, Mayores, Discapacidad, Dependencia, Recursos Sociales, Empleo, sobre los recursos, servicios y normativas existentes. Este servicio se entiende al cónyuge, hijos y los padres del colegiado.
- 2. Prestaciones asistenciales para:** Huérfano Discapacitado, Huérfano Mayor de 60 años, Médico Discapacitado, Médico Jubilado, Viudedad o pareja de hecho y Atención temprana a hijos discapacitados/dependientes de 0 a 11 años.
- 3. Prestaciones educacionales:**
 - a. Prestación educacional mensual para menores de 21 años para cubrir gastos educacionales que se puede prorrogar después de cumplirlos.
 - b. Beca para Estudios Oficiales, destinada a contribuir a paliar los gastos originados por la realización de estudios oficiales.
 - c. Expedición de Títulos Oficiales. Ayuda económica destinada a cubrir los gastos originados por la expedición del título oficial de los estudios realizados.
- 4. Prestaciones para la conciliación de la vida personal, familiar y profesional,** beneficiar también los padres y cónyuges o parejas de hecho de socios protectores de la Fundación: Servicio de Teleasistencia Domiciliaria (SAT), Servicios de Atención en el Domicilio (SAD), Servicios de Respiro (apoyo y respiro al cuidador familiar), Ayuda Mensual a Residencia de Mayores, Ayuda Mensual para Ingresos de Urgencia. Residencia Siglo XXI.
- 5. Prestaciones para la protección, promoción y prevención de la salud del Médico.**
 - a. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME): Ayuda económica destinada a hacer frente a los gastos originados por el ingreso en centro especializado para el tratamiento de enfermedad mental y/o conductas adictivas.
 - b. Programa para el Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones, en un centro privado, tanto para el médico colegiado, o sus hijos, con problemas de drogodependencias.
- 6. Servicio de Asesoramiento para el acceso al empleo:** Para asesorar en el proceso de búsqueda activa de empleo, tanto en el territorio nacional como en internacional.

XIX SEMANA CULTURAL GALENO

1/6 JUNIO 2015

---oOo--- Programa

Salón de Actos Fundación Cajasur (Reyes Católicos, 6) Todos los actos darán comienzo a las 19 h.

1 Junio Inauguración

- Conferencia:
El Jazz y su historia
Dr. Alfredo Jurado Ramos
- Concierto:
The Almost Dixieland Jazz Doctors

2 Junio (martes)

- Lectura de Poemas y relatos cortos

3 Junio (miércoles)

- Conferencia:
Museo Gamelo: una joya en Montilla.
D. José Antonio Cerezo, Director Museo Gamelo
- Concierto:
Grupo Tocados por el Jazz

4 Junio (jueves)

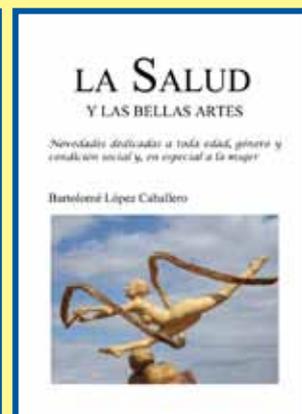
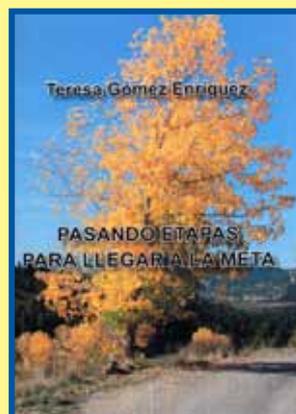
- Conferencia:
"Dietas Milagrosas" Dr. Pedro Benito López
- Concierto:
Stephen & Medicine Doctor' Music

5 Junio (viernes) Clausura

- Conferencia:
"Historia de poemas premiados"
Dr. Francisco J. Zerolo Valderrama
- Presentación libros:
 - La Salud y las Bellas Artes (Dr. B. López Caballero)
 - Pasando etapas para llegar a la meta
(Dra. T. Gómez Enríquez)

Exposición: Sala del Colegio de Arquitectos
(Reyes Católicos, Esq. Gran Capitán)

Inauguración de la exposición:
lunes 1 de junio a las 21 h.





GESTIÓN DEL MEDICAMENTO

DECLARACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS (CGCOM)

Madrid, 28 de marzo de 2015

Prensa cgcom

La Asamblea General del Consejo de Colegios de Médicos en relación a la gestión del medicamento, quiere manifestar su postura en relación a cuatro cuestiones que considera del máximo interés para el cuidado de la salud, la seguridad de los ciudadanos y las garantías de nuestro SNS, que precisan corrección urgente, a nuestro entender, por el Ministerio de Sanidad y concretamente por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia.

1. MEDICAMENTO, ENFERMERÍA Y RIESGOS PARA LOS PACIENTES

Los médicos, como responsables principales de la salud de la población, manifestamos nuestra preocupación por la calidad de la asistencia y entendemos que la prescripción forma parte indisoluble del Acto Médico. Asimismo, debemos manifestar nuestra seria preocupación y nuestro rechazo ante cualquier intento de prescripción de medicamentos no realizada por el facultativo que previamente haya establecido el diagnóstico, puesto que puede suponer un grave riesgo para la salud y la seguridad del paciente.

En este sentido, el nuevo borrador de proyecto de Real Decreto conocido a través de los medios de comunicación y no desmentido por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, además del riesgo anteriormente mencionado, contraviene con su actual redacción la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias y la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional del medicamento, al otorgar a los enfermeros una competencia profesional que no pueden tener atribuida (y así lo aclaró en su día el Tribunal Supremo), como es la de ordenar la dispensación de medicamentos sujetos a receta médica, de forma autónoma, sin la previa prescripción por parte del médico, odontólogo o podólogo.

Dicho borrador, bajo el subterfugio de utilizar unas guías o protocolos ad hoc y de obtener una “acreditación administrativa”, permitiría a los enfermeros ejercer aquella competencia -científico-técnica y legal- de la que carecen en la actualidad.

Incluso al permitir de forma autónoma a los enfermeros emitir órdenes de dispensación de medicamentos no sujetos a receta médica, sin prever límites o condición alguna, se pueden provocar graves riesgos, entre los que no podemos descartar que dichas órdenes interfieran e, incluso, alteren el o los tratamientos que previamente el médico u odontólogo, en su caso, hubieran podido prescribir al paciente.

Ante el mencionado borrador, la Asamblea General del Consejo de Colegios de Médicos, manifiesta su rotunda oposición al mismo por considerar que una acreditación adminis-



trativa en ningún caso puede modificar las competencias profesionales recogidas en la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias y poner en peligro la salud pública. Por lo tanto, en ningún momento los enfermeros, pueden usar, indicar o dispensar de forma autónoma medicamentos sujetos a prescripción médica, salvo en el ámbito colaborativo, previo diagnóstico y prescripción médica y en el contexto de guías y protocolos clínicos debidamente consensuados.

El desarrollo irresponsable de este borrador de proyecto en los términos actuales es inaceptable, por lo que hacemos un llamamiento a la ciudadanía y pacientes sobre los riesgos manifestados.

Su puesta en marcha en los términos actuales nos llevaría a los médicos a expresar nuestra oposición total al mismo con la adopción de todas aquellas actuaciones que consideremos necesarias.

2. RECETA MÉDICA PRIVADA

La disposición transitoria segunda del RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, establece que, una vez transcurrido el plazo de 24 meses desde su entrada en vigor, “únicamente tendrán validez las recetas médicas que se adapten a lo dispuesto” en el propio RD; el Decreto se publicó en el Boletín Oficial del Estado de 20 de enero de 2011 y entró en vigor al siguiente día 21 de enero, por lo que desde el día 21 de enero de 2013, solo era posible la prescripción de los medicamentos en los modelos oficiales y de acuerdo con los elementos reglados que establece el referido Decreto.

Sorprendente e inexplicablemente desde esa fecha no se ha promulgado disposición, resolución o circular administrativa por parte del Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que ordene la aplicación de dicha norma, lo que denunciamos además por el hecho acreditado que aún hoy día se siguen dis-

pensando medicamentos mediante recetas médicas que no se adaptan a la reglamentación contenida en dicha norma y, en consecuencia, no se aplican las medidas correctoras previstas en la Ley para el control de la prescripción y dispensación de fármacos sujetos a prescripción de médicos u odontólogos a pesar de los riesgos para la salud y la seguridad de los pacientes que ello conlleva.

3. TRAZABILIDAD DEL MEDICAMENTO

Desde hace varios años la OMC viene exigiendo por razones de seguridad de los pacientes y necesario control de la fabricación, distribución, prescripción y dispensación de los medicamentos que todo envase de medicamento sea identificado singularmente (trazabilidad) como habitualmente ocurre para cualquier otro producto de consumo humano.

A pesar del tiempo transcurrido y de las incidencias acumuladas en la cadena del valor del fármaco a través los años, de la morbimortalidad acumulada por el uso inadecuado del mismo y de los últimos casos de fraude en el ámbito de las exportaciones paralelas y el desabastecimiento de ciertos medicamentos provocados por las mismas, desconocemos iniciativa o medida alguna que permita identificar singularmente cada envase de medicamento y en consecuencia poder garantizar su trazabilidad / procedencia. No se puede justificar ni admitir por más tiempo el abandono y dejación de responsabilidades de la Dirección General mencionada si bien eso cierto que no es solo imputable a la actual sino constituye un abandono reiterado de los sucesivos Ministerios de Sanidad a lo largo de las dos últimas décadas.

Es inconcebible y hasta resulta ciertamente escandaloso que, siendo el medicamento un producto que precisa especial atención y regulación y resultando imposible la trazabilidad del mismo a pesar de la insistente reclamación efectuada durante años al respecto por la OMC, no conozcamos un compromiso o propuesta por parte de la Dirección General de Cartera Básica y Farmacia que dé respuesta adecuada a este grave déficit.

Por lo cual exigimos implementar la trazabilidad para el seguimiento singular de cada envase de medicamento que permita identificar de forma precisa: fabricante, procedencia, distribución, prescripción y dispensación de cada envase.

4. TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN DEL MEDICAMENTO

A la luz de la recientemente aprobada Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, consideramos injustificable la opacidad y ocultación de las negociaciones habidas entre las industrias farmacéuticas y la Dirección General de Cartera básica y Farmacia, en la negociación del precio de algunos medicamentos innovadores, ej: contra la Hepatitis C. La mencionada Ley no menciona en las excepciones ningún explicativo que justifique las razones esgrimidas por la propia Dirección General.

EN CONSECUENCIA, denunciamos ante la opinión pública estas situaciones que ponen en riesgo tanto la salud como la propia seguridad de los ciudadanos así como la sostenibilidad del propio SNS y exigimos su corrección urgente por la vía que corresponda en cada caso.

VENTAJAS ESPECIALES
para colegiados

tendel
LANGUAGE SCHOOL

Centro Preparador de Cambridge ESOL Examinations certificado por Cambridge University

* Apertura nueva academia en Plaza de los Carrillos, junto a Plaza Chirinos

If you want, you can
Cursos de inglés para profesionales
[Para médicos, enfermeras, turismo, ingenieros, abogados, etc.]
en horario de mañana y tarde

ie **Inglés Específico** (15h y 30h)
Preparación del CV y entrevista de trabajo
Presentaciones
Correspondencia comercial
Reuniones y conversación de negocios
Inglés telefónico

pi **Programas de inmersión**
de 1 día, de fin de semana, de 1 semana
Talleres de motivación y teambuilding en la empresa

cv **Cursos de verano** (julio y agosto)
entre 4 y 6 h semanales

ci **Cursos intensivos** PET (B1) y FCE (B2)

i **info@tendel.net 957 478 229** f t in s



FACULTATIVOS RESIDENTES, AHORA, ¿CUÁNTOS HAY?

Dr. Vicente Matas Aguilera

En estos días se habla mucho de MIR, bueno en general de residentes (MIR, PIR, FIR, QIR, BIR y RDIR), que no solo son médicos, también hacen el programa de residencia para obtener una especialidad las siguientes titulaciones superiores de futuros facultativos: Psicólogos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos y Radiofísicos. Pero en España ¿Cuántos facultativos residentes hay en marzo de 2015?, la pregunta no es fácil de responder, pues no existen datos por especialidad y Comunidad Autónoma sobre los abandonos y recirculación, globalmente podemos estimarla próxima al 10%, con importantes variaciones por especialidad. Pero si podemos conocer el número de titulados superiores residentes que en su día eligieron especialidad y que aún no habrían concluido su periodo de formación

Así pues el total posible de facultativos residentes en España en marzo de 2015, sería de 29.042, distribuidos por año de residencia según la tabla siguiente (eran 30.051 hace un año).

Año residencia	Sexo Femenino	Porcentaje feminización	Sexo Masculino	Total año residencia	Porcentaje sobre total
Primer año	4.380	68,3%	2.032	6.412	22,1%
Segundo año	4.591	67,1%	2.251	6.842	23,6%
Tercer año	4.712	65,4%	2.492	7.204	24,8%
Cuarto año	4.701	65,5%	2.471	7.172	24,7%
Quinto año	748	53,0%	664	1.412	4,9%
Total Nacional	19.132	65,9%	9.910	29.042	100,0%

Destaca el descenso de residentes entre las convocatorias de 2013 (residentes de segundo año) y la del 2014 (residentes de primer año), descenso que por desgracia se verá incrementado en la convocatoria actual que tomarán posesión en mayo próximo, ya que el número de plazas convocadas es levemente inferior. En esta convocatoria se incrementan las plazas de Química (3) y Radiofísica (1) mientras que disminuyen en Farmacia (14), Biología (13), Psicología (3) y medicina que sufre un recorte de 47 en números absolutos, el 0,76%.

Con los importantes descensos de plazas convocadas, estamos llegando a una situación que de no corregirse, va a impedir que todos los egresados de las Facultades de Medicina puedan realizar su periodo de formación especializada. No podemos olvidarnos que este periodo de formación, es obligatorio para poder ejercer en los Servicios Públicos de Salud de España y el resto de la Unión Europea.

La inmensa mayoría de los facultativos residentes están completando su formación especializada por el sistema de residencia y en centros de financiación pública, en concreto 28.351 que supone el 97,6% del total, de ellos el 66% son mujeres (18.708).

Centro residencia	Sexo Femenino	Porcentaje feminización	Sexo Masculino	Total año residencia	Porcentaje sobre total
Escuela Profesional	219	59,5%	149	368	1,3%
Residencia Privado	205	63,5%	118	323	1,1%
Residencia Público	18.708	66,0%	9.643	28.351	97,6%
Total Nacional	19.132	65,9%	9.910	29.042	100,0%

En el sector privado están realizando la residencia el 1,1% del total, en concreto 323 facultativos residentes, de ellos 205 son mujeres (el 63,5%) y los 118 restantes varones.

Un total de 368, con un porcentaje de feminización del 59,5%, realizan la formación en las Escuelas Profesionales.

La evolución de facultativos residentes en los últimos años ha pasado de un incremento paulatino entre los años 2010 a 2013, como consecuencia del incremento de plazas convocadas en los años previos a un descenso continuado que se agravará en los próximos años como consecuencia de los drásticos recortes de plazas en las convocatorias en los años 2010 a 2015.

Se ha pasado de convocar 7.294 plazas para comenzar la formación en 2010 a 6.401 para comenzarla en la convocatoria de este año.

	Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año	Quinto año	Total Nacional
Marzo 2010	7.208	6.698	5.781	5.601	975	26.263
Marzo 2011	7.468	7.208	6.644	5.687	1.122	28.129
Marzo 2012	7.401	7.468	7.154	6.508	1.151	29.682
Marzo 2013	7.258	7.401	7.414	7.012	1.279	30.364
Marzo 2014	6.842	7.258	7.347	7.240	1.364	30.051
Marzo 2015	6.412	6.842	7.204	7.172	1.412	29.042

Conviene destacar que han existido años en los que no se han cubierto todas las plazas convocadas y además un porcentaje importante de las plazas fueron cubiertas por médicos extracomunitarios.

Por otro lado está creciendo el número de egresados de las Facultades de Medicina por los incrementos de plazas y de facultades de los últimos años, que tras seis años de formación universitaria terminan sus estudios.

El grado de feminización está en torno a los 2/3 en todos los años, con la excepción de los residentes de quinto año en el que el porcentaje es del 53%, son los residentes que comenzaron su residencia en el año 2010 y a su vez corresponden a trece especialidades, de ellas diez quirúrgicas o médico quirúrgicas y tres médicas (Cardiología, Medicina Intensiva y Medicina Interna).

En cuanto a la titulación mediante la que los residentes acceden, podemos comprobar cómo los médicos suponen más del 93%, los farmacéuticos el 3,7%, los psicólogos el 1,8%, los biólogos son el 0,6%, químicos el 0,3% y radiofísicos el 0,2%. Por titulación el grado de feminización es máximo en el caso de Psicología (81,3%), para Farmacia es del 74,9%, Medicina tiene un 65,4%, le sigue Química con el 50,7%, Biología el 59,2% y por último Radiofísica presenta el menor grado de feminización con el 39,4%. El grado de feminización está creciendo año tras año.

Titulación	Sexo Femenino	Porcentaje feminización	Sexo Masculino	Total por Titulación	Porcentaje sobre total
Médico	17.724	65,4%	9.380	27.104	93,3%
Farmacéutico	797	74,9%	267	1.064	3,7%
Psicólogo	435	81,3%	100	535	1,8%
Biólogo	103	59,2%	71	174	0,6%
Radiofísico	37	39,4%	57	94	0,3%
Químico	36	50,7%	35	71	0,2%
Total Nacional	19.132	65,9%	9.910	29.042	100,0%

Las especialidades médicas suponen el 63,6% de los facultativos residentes, las médico quirúrgicas el 9,7%, las quirúrgicas el 10,5% y dentro de otras especialidades (laboratorio, imagen, farmacia, psicología...) tenemos el 16,2%. Nuevamente destaca que el grado de feminización en el caso de las especialidades quirúrgicas es del 48,4%, muy por debajo del resto de especialidades.

Por Comunidades Autónomas es Madrid la que tiene el mayor número de residentes, en concreto 5.779 (el 19,9% del total), le siguen Andalucía, Cataluña y la Com. Valenciana. Estas cuatro comunidades suponen el 60,68% de los residentes con 17.622 en total

Tipo especialidad	Sexo Femenino	Porcentaje feminización	Sexo Masculino	Total tipo Especialidad	Porcentaje sobre total
Médica	12.632	68,4%	5.836	18.468	63,6%
Médico-Quirúrgica	1.940	68,7%	884	2.824	9,7%
Quirúrgica	1.472	48,4%	1.568	3.040	10,5%
Otras	3.088	65,6%	1.622	4.710	16,2%
Total Nacional	19.132	65,9%	9.910	29.042	100,0%

La distribución por sexos en las diferentes Comunidades Autónomas está disponible en la tabla y podemos destacar que el grado de feminización es mayor en País Vasco con el 70,9%, seguido por Galicia (70%), Aragón (69,8%), Navarra (68,4%) y Cantabria (68%). Presentan el menor grado de feminización INGESA (63%) aunque con muy pocos residentes, seguida de Baleares (63,5%), Extremadura (64,1%), Murcia (64,3%), Cataluña (64,3%) y Castilla La Mancha (64,6%).

Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad con mayor número de médicos, que si no han abandonado, estarán formándose en la actualidad, en total más de 7.128, le siguen Pediatría y Medicina Interna con más de 1.600 por especialidad, Anestesiología con casi 1.300, Traumatología y Obstetricia- Ginecología sobrepasan a los 1.000 médicos en formación y tanto Cirugía General como Psiquiatría superan los 900 residentes. Estas ocho especialidades representan más del 54% de

Comunidad Autónoma	Sexo Femenino	Porcentaje feminización	Sexo Masculino	Total por Comunidad	Porcentaje sobre total
Madrid	3.836	66,4%	1.943	5.779	19,9%
Andalucía	2.978	65,0%	1.603	4.581	15,8%
Cataluña	2.924	64,3%	1.620	4.544	15,6%
Com. Valenciana	1.768	65,0%	950	2.718	9,4%
Castilla y León	1.097	65,5%	579	1.676	5,8%
Galicia	980	70,0%	421	1.401	4,8%
País Vasco	904	70,9%	371	1.275	4,4%
Canarias	683	64,9%	370	1.053	3,6%
Castilla La Mancha	672	64,6%	368	1.040	3,6%
Murcia	619	64,3%	343	962	3,3%
Aragón	634	69,8%	274	908	3,1%
Asturias	460	64,8%	250	710	2,4%
Extremadura	399	64,1%	223	622	2,1%
Navarra	394	68,4%	182	576	2,0%
Baleares	326	63,5%	187	513	1,8%
Cantabria	321	68,0%	151	472	1,6%
La Rioja	120	64,9%	65	185	0,6%
INGESA (Ceuta y Melilla)	17	63,0%	10	27	0,1%
Total Nacional	19.132	65,9%	9.910	29.042	100,0%

los residentes que en 2014 se están formando en España.

Ocupan los últimos lugares en número de residentes (menos de 100) Radiofísica Hospitalaria, Cirugía Torácica, Farmacia Industrial y Galénica, Farmacología Clínica, Medicina Legal y Forense, Hidrología y Radiofarmacia.

Después del gran esfuerzo personal de cada facultativo residente y del esfuerzo económico de la sociedad en su formación, es preocupante el creciente número de especialistas españoles que están saliendo fuera de nuestras fronteras, buscando un puesto de trabajo que no encuentran en España por los drásticos recortes.

Según la OMC el número de Médicos que solicitan acreditación para salir fuera de España ha pasado de 675 en 2008 a más de 3.300 en el año 2014, esto unido al importante número de residentes de nacionalidad distinta a la española que se forman y que muy posiblemente partan a sus países de origen, puede hacer complicada la reposición de especialistas que nuestro Sistema Sanitaria necesitará en unos años, cuando se produzca la jubilación de las grandes promociones de comienzos de los años 80.

Necesitamos urgentemente una planificación responsable.



Dr. Vicente Matas Aguilera



A LOS HEREDEROS DEL MÉDICO

Responsabilidad Civil después de la muerte del médico

Antonio de Torres Viguera

En Sentencia reciente (7 de mayo de 2014) de la Sala Primera del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, se ha resuelto Recurso de Casación contra Sentencia dictada, en grado de Apelación, por la Sección Cuarta de la Audiencia Provincial de Málaga, Recurso éste que tiene su origen en un Procedimiento Ordinario interpuesto en un Juzgado de Primera Instancia de los de esa población.

Ha sido Ponente un Magistrado Ilustre al que personalmente conozco a través de la Sociedad Española de Derecho Sanitario, y es éste Don José Antonio Seijas Quintana.

Procuraré que el problema que esta Sentencia resuelve lo entiendan ustedes, así como las posibles soluciones que propongo, no ya por el interés que pueda tener mi humilde trabajo, sino porque con él intento llamar la atención a resolver y cubrir una necesidad de la que ahora hablaré.

La cuestión, desde un punto de vista meramente fáctico, es la siguiente:

El 10 de mayo de 1991, una señora malagueña de nombre Yolanda, se sometió a una intervención de micro liposucción sobre el tercio superior de la cara externa de ambos muslos, y zona alta de ambas caderas, realizando la intervención el Dr. D. Alfonso.

Este Médico es Cirujano Plástico, y siete días después le es practicada a la paciente, por el mismo Doctor, una nueva intervención consistente en micro liposucción sobre la cara interna de ambas rodillas, y parte baja del vientre.

Como quiera que no obtuvo un resultado satisfactorio, formuló demanda en exigencia de responsabilidad FRENTE A LOS HEREDEROS DE DON ALFONSO, fallecido en el año 2002, así como contra la Clínica donde se operó, y una Aseguradora.

El Juzgado de Primera Instancia condenó a pagar solidariamente a los actores una importante suma, posteriormente elevada por la Audiencia Provincial, y confirmada por el Tribunal Supremo al desestimar los distintos motivos de casación que los herederos de Don Alfonso tuvieron a bien plantear.

Es interesante valorar alguno de los motivos de recurso de Casación, y más concretamente la cuestión que a continuación expongo.

En primer lugar la muerte de Don Alfonso se produce en el año 2002, y la intervención quirúrgica en mayo de 1991, quiere decir que Doña Yolanda, la presunta perjudicada, ejercita la acción frente a los herederos de Don Alfonso 11 años más tarde de que este hiciera su trabajo. Es más, posiblemente la demanda no tiene entrada en el Juzgado hasta el año 2004, cuando tan solo quedaban, tal vez meses, para la prescripción de los 15 años de las acciones personales, teniendo en cuenta que la responsabilidad exigida a los herederos en su origen es contractual, por tratarse de actividad privada.

Cuando los herederos de Don Alfonso, agotadas todas las instancias, reciben la Sentencia definitiva, han transcurrido 24



años desde que el médico realizó la operación quirúrgica, y 13 años desde que murió.

Las fechas llaman poderosamente la atención, porque hay que pensar que la insatisfacción por la intervención quirúrgica del Cirujano Plástico ya era patente incluso en vida de él, y desde luego la Sentencia no nos habla de posibles secuelas.

Así las cosas, yo me pregunto qué elementos de seguridad deben adoptar los herederos de nuestros médicos para que el día de mañana, es decir, en periodo de tiempo tan dilatado, puedan quedar a cubierto de las responsabilidades que causó el acto médico del causante, es decir, responder de las consecuencias dañosas de un acto profesional que realizó en su día el médico al que se hereda.

Autores bastante significativos, Notarios, y expertos en Derecho Civil, denuncian que en el actual momento de la economía española hay tres factores que los herederos deben tener en cuenta antes de aceptar la herencia sin acogerse a alguno de los resortes de protección que nos proporciona la Legislación Civil Española.

Se dice que los herederos deben estar especialmente alerta si el difunto, su causante, se encuentra en una de estas tres situaciones:

- 1º.- Ante fianzas prestadas por el causante que años después de su fallecimiento puedan ser deudas de los herederos y no así al tiempo de otorgarse el testamento.
- 2º.- Ante comprobaciones fiscales que pueden producirse dentro de los cuatro años siguientes al fallecimiento del causante, y provocar la aparición de deudas inesperadas por los herederos.
- 3º.- **Ante posibles responsabilidades profesionales del causante** que se demandan a los herederos tras su fallecimiento.

Volvamos a la Sentencia. Ésta, al analizar los motivos de casación, estudia primero si los herederos adolecen de falta de legitimación pasiva, de tal suerte que los hijos y viuda de Don Alfonso no tienen por qué responder del acto médico, causante del daño, y se cita en este motivo la doctrina de la Sala en torno al Art. 659 del Código Civil, por cuya virtud:

“La herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona, que no se extingan por su muerte”.

Argumentan los herederos de Don Alfonso que carecen de legitimación porque la deuda, al tiempo del fallecimiento de su padre y esposo no era una deuda real, vencida, y exigible, y por tanto ellos no pueden responder de un acto médico cuya cuantificación, concreción y exigibilidad no conocían, y añaden que no existe doctrina jurisprudencial alguna en el ámbito de la responsabilidad civil, ni en ningún otro, que legitime para ejercitar acciones en base a meras expectativas.

Dice el Tribunal Supremo, no es aplicable esta doctrina al caso concreto que nos ocupa.

Efectivamente, según la doctrina más autorizada, el derecho de sucesiones ha de tener en cuenta que la sociedad, fundada en el crédito, no podría subsistir si las deudas se extinguieran al fallecer el deudor. De esta forma el Art. 659 del Código Civil al señalar que la herencia de una persona comprende todos los bienes, derechos y obligaciones que no se extingan por su muerte, parece entrar en colisión con esa doctrina jurisprudencial.

Ya de antaño el Tribunal Supremo había exceptuado algunos supuestos de transmisión por causa de muerte, que en principio y con ciertas salvedades comprendería los derechos de carácter público, los personalísimos, o aquellos de tal suerte ligados a determinadas personas por sus cualidades de parentesco, confianza, etc..

En principio pues, no están, sin duda, los que traen causa de la responsabilidad en que pueda incurrir el fallecido por el acto médico o acto profesional que hace tantos años realizó, es decir, como profesional de la medicina, puesto que no constituye una deuda personalísima, no transmisible a los herederos, incluida en esta norma, Art. 659 del Código Civil.

Sin embargo, mantener esta premisa y este sentido interpretativo, privaría a los perjudicados de lograr alcanzar la indemnización procedente derivada de culpa contractual o extracontractual del causante, añadiendo el Tribunal Supremo, *salvo la utilización del beneficio de inventario establecido a su favor y que los herederos pudieron y devieron acogerse, atendiendo a la actividad que el causante desarrollaba, así como el tiempo que el código computa para extinguir la deuda.*

Esto conduce a un razonamiento que no podemos eludir, y es el siguiente: con independencia de las precauciones que tomemos en materia de cobertura de la responsabilidad civil que los Colegios de Médicos conciertan a través de pólizas colectivas, y en el marco de las condiciones especiales, cuando cesa definitivamente la actividad del médico, por jubilación o fallecimiento, puede seguir considerándose como asegurado

él y sus herederos durante esos 15 largos años, si los hechos ocurrieron EXCLUSIVAMENTE durante el tiempo que el asegurado ha estado adherido a la póliza colectiva. No menciono a las pólizas individuales porque se me antojan económicamente inviables, si además de cubrir nuestra actividad profesional cotidiana, tiene además que extender su acción y cobertura al futuro, hasta cubrir los 15 años desde el último acto médico realizado.

Por lo tanto la precaria seguridad de los herederos de nuestros médicos se basará en la existencia de una póliza colectiva que solo nosotros, es decir, los Colegios podemos financiar; en el fallecimiento del médico, y que este hubiera estado cubierto durante el tiempo que ocurrieron los hechos, y por tanto adherido a la póliza colectiva.

En otro supuesto, y desde el punto de vista de la cobertura a través de Compañía Aseguradora, la cuestión se resuelve de una forma sencilla, el heredero no está cubierto y debe responder por esas obligaciones que a su causante incumbían, y que ahora por imperativo de la sucesión española, tienen ellos que asumir, a no ser que, como dice la Sentencia del Supremo hayan tenido la precaución de utilizar la institución del beneficio de inventario establecido a su favor.

Y ¿qué es el beneficio de inventario?. Empleemos términos sencillos para que los posibles lectores de este trabajo lo puedan comprender, puesto que no realizo este estudio para profesionales del Derecho, sino para que los médicos comprendan la trascendencia del problema.

Aceptar la herencia de nuestros parientes más próximos, o no, a beneficio de inventario, es acogerse a una figura que siempre ha estado en el Sistema Civil Español, y es consecuencia de la idea que tiene nuestro Código Civil de que el heredero es el sucesor de todos los bienes y deudas del causante, sin limitación alguna de su responsabilidad, de tal suerte que podríamos incluso hablar de cierta confusión de patrimonios del causante y de su sucesor, principio éste cuyos orígenes se encuentran en el Derecho Romano.

Hemos de tener en cuenta el carácter irrevocable de la aceptación de la herencia, y como la jurisprudencia ha establecido mecanismos, situaciones, comportamientos, que nos conducen inevitablemente a interpretar que el heredero ha aceptado pura y simplemente, de manera tácita.

Por lo tanto, ese heredero, hijo o esposo del médico causante de un posible acto culposo o negligente, sabe que puede colocarse en situación de aceptación con tal de hacer simplemente un gesto, de escasa trascendencia para él y la herencia, pero suficiente para el Derecho, en el sentido de interpretar que acepta, incluso son su patrimonio, salir al frente de las obligaciones contraídas por su causante.

No pretendo pues dar ninguna lección sobre el concepto de beneficio de inventario, pero me ha parecido que el simple hecho de que el Tribunal Supremo invoque tal figura como fórmula para preservar el patrimonio del heredero ante hechos, largos en el tiempo pero todavía eficaces por razón del periodo



de prescripción previsto en nuestro código, se convierta en un instrumento de defensa cuando otros elementos brillan por su ausencia, como son las pólizas de seguros.

Por lo tanto la aceptación a beneficio de inventario implica la limitación de responsabilidad del heredero por las deudas del causante al patrimonio relicto, ex art. 1.023 1º del Código Civil, y exige la formación de un inventario fiel y exacto de todos los bienes de la herencia, hecho con las formalidades y en los plazos establecidos en nuestra legislación civil, de tal suerte que si no formamos este inventario, si los herederos del médico no se deciden por utilizar esta figura y conformar el inventario patrimonial, no logran la limitación de responsabilidad que perseguimos.

Comprende el comentarista, y más en el caso que nos ocupa, que transcurridos casi 15 años desde el acto médico, el heredero presumiblemente piensa que no existen deudas en el patrimonio de su causante, y por tanto considerarán una exageración acudir a ningún sistema de protección del heredero, de los que el Código se hace eco, y tal vez menos aún utilizar la aceptación a beneficio de inventario por lo que tiene de formalismo, de plazos, y de trámites, puesto que, por ejemplo, en toda formación de inventario se pueden distinguir distintos momentos:

Aceptar en tiempo y forma esta manera condicional y específica la herencia del causante, debiendo acogerse a los plazos previstos en el Art. 1014 del Código Civil, y que es entre 10 y 30 días, siempre distinguiendo que los bienes estén ya en poder de los herederos, que residan en el lugar donde falleció el causante, o lo hagan fuera. Pero esto no es lo realmente importante, lo trascendente para mí es que en estas reclamaciones tardías a los profesionales, por actos realizados durante aquel tiempo en el que estaban en plena actividad profesional, de no haber mediado reclamación judicial o extrajudicial, el heredero aceptará la herencia por la realización de determinadas acciones, o por concretos comportamientos que a veces no le damos la suficiente importancia.

En caso contrario este es el riesgo:

La aceptación no necesariamente ha de ser expresa, y el heredero de ese médico que no ha sido nunca advertido de la posibilidad de ser demandado, puede ver realizados estos gestos que conducen, inevitablemente, a considerar aceptada la herencia del testador.

A veces la jurisprudencia establece que simplemente solicitar o instar la declaración de herederos intestados; la solicitud del certificado de últimas voluntades; el pago de algunas de las obligaciones inherentes al patrimonio del causante, son todos ellos comportamientos que conducen a la aceptación de la herencia de forma tácita, y eso, hay que reconocer, que por muchas precauciones que tomemos con seguridad, e inevitablemente, caeremos en esta forma de aceptación tácita.

Si el lector analiza la jurisprudencia de las Audiencias Provinciales y del Tribunal Supremo, podrá apreciar la cantidad de actos de los que pueden

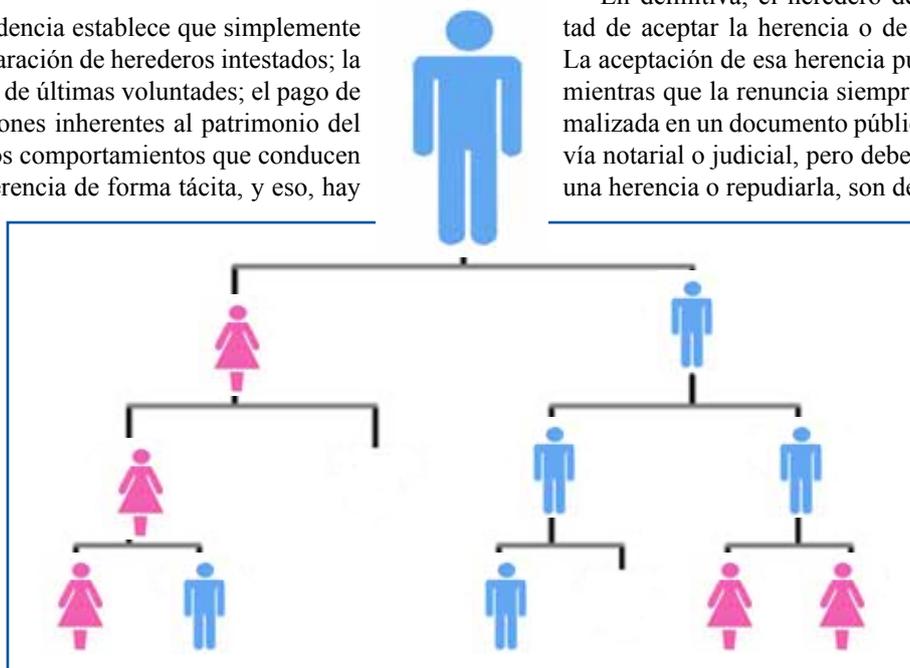
derivarse una declaración de aceptación tácita con más o menos polémica, pero a lo que a nosotros nos interesa, en este sistema legal sobre cuya base se regula el sistema sucesorio español, lo que sorprende es la facilidad con la que se entiende aceptada, simplemente, la herencia, lo que unido al breve plazo para solicitar el beneficio de inventario, y la figura de la irrevocabilidad de la aceptación, coloca al heredero del médico, en este caso, en una situación comprometida. De ahí que tengamos que aconsejar que proceda a la formación del inventario de los bienes del causante, sin trasgredir los plazos y las formas determinadas en el Art. 1013 del Código Civil. Ese extremo junto con la situación de administración en la que se coloca el patrimonio hereditario, y la necesidad de pagar a todos los herederos del causante y legatarios, aclaran los requisitos que nuestra Ley Civil impone para que pueda interpretarse que el heredero ya tiene uso libre de todos sus bienes.

Una resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado, de 18 de febrero de 2013, concreta los requisitos para que pueda entrar en juego esta figura del beneficio de inventario, que en los últimos tiempos constituye una moda bastante utilizada, tal vez, como algunos comentaristas apuntan, la actual crisis económica en España ha conducido al aumento de las renunciaciones a las herencias, y las causas principales de estas renunciaciones de los herederos, suelen ser porque el fallecido ha dejado deudas superiores al valor del caudal relicto o hereditario, o porque los herederos no pueden pagar los elevados impuestos de sucesiones que aplican algunas Comunidades Autónomas, por ejemplo la nuestra, es decir, la Andaluza, lo que está provocando que parte de los capitales de nuestra región se asienten en otras latitudes, dentro del territorio nacional, en un intento de proteger el patrimonio familiar.

Ese incremento de renunciaciones a la herencia que es otra forma de defendernos contra distintas deudas reconocidas que nos van a perseguir durante 15 años después del último acto profesional, han supuesto un incremento del 110% según los datos del Consejo General del Notariado, e implica no solo el miedo a heredar las hipotecas de los padres o las posibles deudas desconocidas derivadas de la actividad profesional, suponen o reflejan que gran parte de nuestra población tiene un desconocimiento generalizado de la figura jurídica de la aceptación de la herencia a beneficio de inventario.

En definitiva, el heredero del difunto tiene la facultad de aceptar la herencia o de rechazarla o repudiarla. La aceptación de esa herencia puede ser expresa o tácita, mientras que la renuncia siempre debe ser expresa y formalizada en un documento público y auténtico, ya sea por vía notarial o judicial, pero debemos advertir que aceptar una herencia o repudiarla, son decisiones irrevocables.

Sin embargo, el beneficio de inventario es un sistema de protección de los legítimos y del heredero voluntario, pero podemos preguntarnos si solo el beneficio de inventario, cuya efectividad depende de que una vez deferida la herencia el llamado haga uso de dicho beneficio, en tiempo y



forma, es único o existen otros mecanismos por los cuales el heredero pueda protegerse, o el testador pueda proteger a su sucesor “mortis causa” del peligro de que se le exija responsabilidad después de morir.

Los tratadistas hablan de dos grandes campos en el marco de los cuales, y siempre mediante disposición testamentaria, se pueden arbitrar medidas que suavicen la delicada posición jurídica del llamado a la herencia: el primer mecanismo es la fijación y concreción de aquellos actos que puedan suponer una aceptación tácita de la herencia, y en segundo término es la designación del heredero “mortis causa” mediante mecanismos que hagan imposible que su responsabilidad sea ilimitada (recordemos que el heredero responde con sus propios bienes, no ya de las deudas del testador, sino también, y como vemos por esta Sentencia, de las simples expectativas de derecho).

En orden al primer campo, es decir, a los mecanismos que evitarían una aceptación tácita, nos encontramos con la posibilidad de colocar la herencia en administración, cuyo desarrollo es complicado explicar en este trabajo, y a los destinatarios del mismo, y en segundo lugar, estaría la figura del legado de usufructo universal a favor del cónyuge viudo.

Finalmente, y con el fin de evitar la responsabilidad del heredero que tácitamente ve aceptada la herencia de forma irrenunciable, existe la posibilidad de que el testador o causante imponga en su testamento que la aceptación del llamado como heredero lo sea siempre a beneficio de inventario, o la posibilidad de distribuir toda su herencia en legados de parte alícuota sin designación de heredero, figuras y mecanismos que lógicamente discute la doctrina y no siempre respalda la Jurisprudencia.

En este sentido el Profesor Albadalejo dice que: “Como las figuras jurídicas son lo que son y no lo que los particulares quieren que sea, es claro que lo que está en manos del interesado es llamar a la persona de que se trata a sucederle, en la forma que a él le plazca, pero lo que no puede hacer es que le suceda particularmente uno a quién instituye sucesor universal, o que le suceda universalmente, uno a quién lo instituya particular, y no puede no porque la Ley lo prohíba, sino porque lo rechaza el modo de ser de las cosas”.

Para concluir, digamos que si el médico no asegura con largueza y eficacia los actos profesionales llevados a efecto a través de Compañías Aseguradoras que puedan responder, hay que concluir que la cobertura de los 15 años por la actividad profesional privada, se otorga solo por hechos ocurridos exclusivamente durante el tiempo que el asegurado ha estado adherido a la Póliza colectiva de su Colegio, o de cualquier otra institución que tenga capacidad para ese contrato, o visto el razonamiento que hemos hecho en este pequeño trabajo, nos podemos preguntar ¿cabe que el testador ordene en su testamento, cuando entre su patrimonio ha estado el ejercicio profesional, que el heredero instituido lo sea siempre a beneficio de inventario, y por tanto que la aceptación que realizare, aunque fuera tácita, lo sea de esa peculiar forma y no con responsabilidad “ultra vires”?

La respuesta a esta pregunta viene dada por la doctrina civilista, y es necesariamente negativa, y ello porque la institución de heredero es de origen legal y difícilmente puede el testador cambiarla, por ejemplo, estableciendo que no suceda a título universal, o que no entre en posesión de los bienes, o que no requiera aceptación para ser heredero, siendo posible la repudiación.

En resumen, el Derecho establece claramente mecanismos para exigir responsabilidad al causante de un daño derivado de un acto profesional, y éste se proyecta durante 15 años desde el momento en que se realizó el acto médico, en nuestro caso.

De ahí que ante la duda, y en situaciones de riesgo por la especialidad que desarrolla ese facultativo, aconsejemos la aceptación de la herencia acogidos al beneficio de inventario, entendiendo por tal, y como hemos dicho más arriba, el mecanismo de delimitación de responsabilidad al que el heredero puede acogerse, dado el rigor con el que nuestro Derecho consagra el principio en virtud del cual aquel responde o recibe los bienes, derechos, y deudas, sin límite alguno y con su propio patrimonio.

Córdoba, 26 de marzo de 2015.
Fdo. Antonio de Torres Viguera



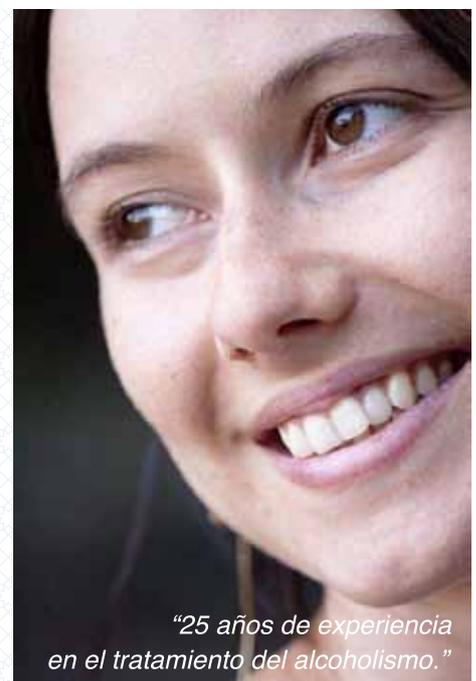
Especialistas.
en todo tipo de **Adicciones y Psiquiatría**

- Atención integral médica, psicológica y social.
- Atención psiquiátrica y patología dual.
- Amplia experiencia en prevención de adicciones.
- Tratamiento ambulatorio para desintoxicación y deshabituación.
- Unidad de desintoxicación en régimen de ingreso.

957 237 388 / 957 236 486
info@hogar-renacer-cordoba.com
C/ Juan Felipe Vilela, 22, 14005, Córdoba

1^a consulta gratuita

Más información en:
Guía Digital de Salud de Diario Córdoba



“25 años de experiencia
en el tratamiento del alcoholismo.”



VI Congreso PAIME

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015

Complejo Cultural San Francisco

Cuidando de tí, cuidando de todos

DESDE SU CREACIÓN EN 1998, EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO HA ATENDIDO 3.810 CASOS

- Es un programa singular cuyo objetivo es cuidar de la salud del médico para garantizar una asistencia de calidad a los ciudadanos
- El PAIME es un modelo pionero en Europa y referente en el mundo
- En 2014 el nº de casos atendidos fue de 357 médicos
- El trastorno mental, el principal motivo de ingreso en el PAIME (63%), seguido de casos por consumo de drogas y alcohol (24%) y patología dual (11%)
- Medicina de Familia y Comunitaria, la especialidad más afectada por estos problemas (46%)
- Destaca la incidencia en médicos jóvenes: de 31 a 40 años se han incrementado los casos en el último año en un 61% y en menores de 30 años, en más de un 23%
- El 73% de los médicos afectados han solicitado voluntariamente la atención del PAIME
- Catalunya, Andalucía y Madrid, las comunidades que registraron más casos
- La Fundación de Protección Social de la OMC, los colegios de médicos y las Administraciones sanitarias públicas subvencionan los 710.000 euros que cuesta el PAIME al año

Desde que en 1998 se creara el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), han sido atendidos 3.810 médicos. Se trata de un programa pionero en Europa y único en el que un colectivo profesional atiende a médicos con trastornos mentales y/o adicciones, que el colectivo médico puso en marcha consciente de que los profesionales, al igual que la población en general, pueden padecer estos trastornos y de la responsabilidad que ello puede generar en la salud de los ciudadanos.

Este programa singular, que cuida de la salud del médico para cuidar con seguridad de la salud de los ciudadanos, se creó por iniciativa del Colegio de Médicos de Barcelona y, actualmente, está implantado en todas las comunidades autónomas, acogido en la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSPOMC) bajo el patrocinio del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y de los colegios de médicos y cuenta con la ayuda de las Administraciones públicas.

Este programa responde al compromiso ético y de solidaridad de los profesionales médicos con la salud mental, que nació para atender de manera integral –asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral- a médicos que sufren problemas psíquicos y/o adictivos para darles el tratamiento adecuado y para ayudarles a retornar con las adecuadas garantías a su trabajo. Se estima que entre un 10 y un 12 por ciento de los médicos en ejercicio pueden sufrir a lo largo de su vida profesional un trastorno mental o una adicción al alcohol y a otras drogas.

Para hacer frente a este tipo de situaciones, los Colegios de Médicos se han dotado de este Programa que da sentido a la

función de salvaguarda y garantía de la buena praxis que tienen encomendada y, al mismo tiempo, ayudar a los médicos afectados hasta lograr su rehabilitación. Además, para las Administraciones sanitarias representa un garante de la calidad asistencial.

Muestra que una intervención a tiempo puede facilitar que el médico afectado por estas patologías pueda recuperarse y reintegrarse en su vida laboral es el dato de que el 87% de los médicos atendidos, están trabajando en la actualidad con plenas garantías.

Este programa es un referente para todas aquellas profesiones que tienen responsabilidades ante los ciudadanos y, en el caso concreto de los médicos, con posibles consecuencias negativas para la salud o la vida de la gente por riesgo de mala praxis. Uno de los colectivos profesionales que ha dado un impulso para implantar este programa ha sido el de jueces y magistrados con el objetivo de velar por la buena praxis profesional garantizando la protección de la salud de los profesionales de la carrera judicial.

El PAIME atendió en 2014 a 357 médicos, un número similar al registrado en los últimos 5 años que es desde cuando la corporación lleva analizando la evolución de los casos registrados. En el último año, el trastorno mental ha sido el principal motivo de la demanda de ingreso en este programa (63%), seguido de problemas de alcoholismo (15%) y drogas (9%). El 11% de los casos presentaba una patología dual.

En cuanto a los diagnósticos clínicos, el mayor número de casos está relacionado al consumo de alcohol y otras sustancias (26%), seguido de trastornos del estado de ánimo (25%) adaptativos (19%), de ansiedad (11%) y trastornos de la personalidad (8%).

El mayor número de médicos afectados por estos trastornos ha sido atendido con un tratamiento ambulatorio dispensado por los profesionales clínicos del PAIME, quienes han realizado 6.491 consultas a lo largo del pasado año, 463 más que en 2013 (6.028). Del total de médicos atendidos, 103 han causado baja laboral, con una media de ILT de 91 días.

En cuanto al número de médicos atendidos que han requerido hospitalización, han sido 78, número similar al de 2013, con una estancia media de un mes en centros. El principal centro de hospitalización para estos casos es el gestionado por la Fundación Galatea.

De los casos registrados en 2014, se han analizado como complicados 74, de los cuales, 36 presentaban riesgo de mala praxis, 30 tenían conflictos en el entorno laboral y 8 médicos tuvieron que cambiar de centro de trabajo.

En cuanto a las especialidades más afectadas por este tipo de trastornos, casi el 50% de los casos son de Medicina Familiar y Comunitaria, seguido de Pediatras (7%) y Anestesiólogos (5%).

En cuanto al sexo, es mayor el porcentaje de médicos hombres afectados por problemas de salud mental (53%) frente a los médicos mujeres (47%) y, en cuanto a su estado civil, el 44% están casados, el 31% soltero, el 7% divorciados, el 7% separados, el 7% en pareja de hecho y casi el 2% son viudos.

Sobre el tipo de relación laboral de los médicos atendidos, el 53% tiene un contrato fijo; el 34% contrato temporal, el 5% es de ejercicio libre y el 6% tiene contrato laboral más ejercicio libre.

El PAIME es un programa sustentado en la confidencialidad, en la confianza, y en su diseño específico para los profesionales médicos que se instrumenta desde los Colegios para ayudar al médico con problemas y posibilitar su rehabilitación para volver a ejercer. Pero, como otros colectivos, también los médicos, por miedo, sentimiento de culpa o estigmatización social de la propia enfermedad, tienden a ocultarla y negarla, con la consiguiente repercusión en la vida cotidiana, tanto en el entorno familiar como en el profesional.

A pesar de ello, el 73% de los médicos que han solicitado atención del PAIME lo han hecho de manera voluntaria; el 23% de forma voluntaria inducida, el 3% de manera confidencial y el 1% de los casos por existir denuncia formal. En cuanto a quien deriva estos casos, el 51% de ellos, es por iniciativa propia; el 12% un superior profesional; el 12% un familiar; el 11% ha sido a través de un colega; el 4% el departamento de Riesgos Laborales y el 3% un psiquiatra.

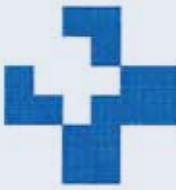
El PAIME se financia de modo compartido a través de los Colegios de Médicos, la Fundación para la Protección Social de la OMC y las Administraciones sanitarias, muchas de las cuales financian parcial o totalmente este programa que tiene un coste anual aproximado de 710.000 euros. Las únicas CC.AA. que financian totalmente el PAIME son Navarra y Extremadura. En las que carecen de subvención alguna (Asturias, Aragón, Comunidad Valenciana, La Rioja, Murcia, Baleares, Ceuta y Melilla), el coste total del programa recae en los colegios de médicos y la FPSOMC.

Teniendo en cuenta la evolución del PAIME, las 6 comunidades con mayor número de casos registrados han sido Catalunya (1.830), Andalucía (622), Madrid (547), País Vasco (194), Castilla y León (120) y Castilla la Mancha (109). La comunidad donde menos casos se registraron es La Rioja (3).

Si estos datos se analizan teniendo en cuenta los médicos atendidos en función del número de colegiados, por cada 1000 colegiados, en concreto, la comunidades con mayores ingresos han sido: Catalunya, Ceuta y Melilla, Andalucía, País Vasco, Cantabria y Castilla la Mancha.

Por edad, es de destacar que el colectivo más afectado es el de entre 51 a 60 años (36%), seguido del de 41 a 50 años (25%), de 31 a 40 (20%), menos de 30 años (11%) y más de 61 años (8%). Destaca el incremento del 61% los casos de médicos de 31 a 40 años que ha pasado de 49 casos en 2013 a 79 en 2014, así como el de médicos jóvenes que también se han incrementado más de un 23% (de 30 casos en 2013 a 37 en 2014).





PAIME

FUNDACIÓN COLEGIO DE MÉDICOS DE CÓRDOBA
Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

¡LLAMA AHORA Y TE AYUDAREMOS!

Teléfono directo: 647 917153



EL COLEGIO DE MÉDICOS DE CÓRDOBA RENUEVA SU CONVENIO CON EL IMIBIC PARA PROMOVER LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN

Ambas instituciones han entregado en esta edición un premio al mejor trabajo presentado por un médico residente.



dades que los profesionales sanitarios tienen para encontrar financiación a su carrera investigadora.

Además, los investigadores del IMIBIC han podido aprender de la experiencia de Rafael Duarte, hematólogo del Hospital Universitario Puerta de Hierro en Madrid formado en Córdoba y experto en investigación en leucemia; y de

El Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) ha celebrado la sexta edición de las Jornadas de Jóvenes Investigadores que ha reunido ayer y hoy a alrededor de 200 profesionales en sus nuevas instalaciones. Durante el acto se han entregado 8 premios a los mejores trabajos y se ha ofrecido un homenaje a Francisco Pérez Jiménez, director científico del Instituto desde 2008 hasta el pasado mes de abril.

Al acto de clausura han asistido el rector de la Universidad de Córdoba, José Carlos Gómez Villamandos, el director gerente del Servicio Andaluz de Salud, José Manuel Aranda Lara, el director general de Universidades de la Junta de Andalucía, Manuel Torralbo Rodríguez, el director científico del IMIBIC, Justo Castaño Fuentes y el Vicepresidente del Colegio de Médicos, Manuel Montero Pérez-Barquero. Desde sus inicios, estas jornadas tienen como objetivo la interacción y el intercambio de conocimiento entre los científicos más jóvenes que trabajan en el campo de la biomedicina en Córdoba.

El encuentro se ha dividido en tres sesiones para abordar los principales problemas de salud actuales. La primera de ellas se ha dedicado al cáncer (con apartado especial para la oncohematología). La segunda a las enfermedades infecciosas, el envejecimiento activo, el trasplante de órganos y las enfermedades crónicas e inflamatorias. Por último, la tercera sesión ha permitido tratar la nutrición y las enfermedades metabólicas y endocrinas.

Este año, las jornadas han contado con tres ponentes de destacado perfil en el campo de la biomedicina. Así, la conferencia de clausura la ha ofrecido el subdirector General de Evaluación y Fomento de Investigación del Instituto de Salud Carlos III, Álvaro Roldán, que ha profundizado en las posibili-

Alejandro Lomniczi, neurocientífico del Centro Nacional de Investigación en Primates de Oregón (EEUU),

que abordó los nuevos retos de la epigenética de la pubertad.

En esta edición, el encuentro se ha extendido a lo largo de dos jornadas, dado el alto número de comunicaciones que se han recibido, tanto orales como posters. En concreto en esta edición se han presentado 31 comunicaciones orales frente a las 20 que tradicionalmente se exponían. 70 investigadores han optado a alguno de los 8 premios que se han entregado en las jornadas.

En concreto los premiados han sido: Gustavo Díez, Andrés Trávez, Sergio Pedraza, Irene Gómez, Dimas Garcilazo, Álvaro Toledano, Jon Peñarando y Carmen del Río.



MEDICINA DE VETERANOS PARA NOVELES

2014 - 2015

Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero

Recientemente ha finalizado la 3ª edición de la asignatura titulada “Medicina de Veteranos para Noveles” que se ha desarrollado en la Facultad de Medicina, fruto de la colaboración entre el Departamento de Medicina y el Colegio de Médicos de Córdoba. En dicha asignatura, médicos con dilatada experiencia han explicado a alumnos de medicina los motivos por los que escogieron su especialidad, cuales han sido los cambios más significativos que se han producido en esa especialidad en los últimos años, algunas de sus vivencias del día a día de la especialidad y, si recomendarían su especialidad en el momento actual.

Los que hemos podido asistir a las sesiones, hemos aprendido de las exposiciones de todos y cada uno de nuestros compañeros, de las interesantes aportaciones de los alumnos y, sobre todo, con los interesantes debates que se suscitaban tras las diferentes conferencias.

Ha sido una constante, poder comprobar como todos los médicos participantes, han puesto de relieve su amor por la medicina y han expresado como disfrutaron y disfrutaban del ejercicio de ésta. A destacar, el recuerdo emotivo que algunos de los médicos han tenido para sus maestros, como alguien que les enseñó a pensar y se mostraron como un ejemplo a seguir. En cambio, los alumnos expusieron que echan en falta a tales figuras en el momento actual.

Frecuentemente, se ha debatido sobre la importancia de la relación médico enfermo -basada en el respeto y la confianza mutua-, como uno de los pilares fundamentales para la buena práctica clínica. Así mismo, se ha enfatizado sobre la importancia del respeto entre los profesionales de la medicina con otras profesiones sanitarias.

Distintos compañeros han insistido a las nuevas generaciones de médicos que no deben preocuparse por la elección de una determinada especialidad, ya que, aunque se pudiera tener en un principio inclinación por una especialidad, en cuanto conocieron otra, rápidamente se entusiasmaron con ella.

Se ha enfatizado que el ejercicio de la medicina está determinado por un constante incremento y renovación de conocimientos, lo cual precisa de un estudio y formación permanente para mantener una adecuada actualización de los mismos .

Amplia discusión se dio al tratar los aspectos de la relación del médico con la industria que requiere de exquisito comportamiento ético en el que se ha avanzado en los últimos tiempos.

Sorpresa causó entre los asistentes, conocer que siempre han existido dificultades para realizar el adecuado ejercicio de la medicina. Dificultades relacionadas con la falta de trabajo o bajos salarios, situación similar a la que vivimos en el momento actual, con la falta de medios, sobre todo en el medio rural y con deficiencias en la organización sanitaria, entre otros.

Casi nadie duda que la investigación clínica mejora la práctica clínica, pero en nuestro país requiere, por parte del clínico, un esfuerzo adicional, que debe desarrollarse generalmente fuera de la jornada de trabajo. Además, salvo honrosas excepciones en nuestro país, aún no está suficientemente apoyada ni considerada en los méritos curriculares.

Solo me queda agradecer a todos los participantes y a todas aquellas personas de la Facultad de Medicina y del Colegio de Médicos de Córdoba que han colaborado en la planificación y desarrollo de esta asignatura su colaboración, ya que, si ellas, no hubiera posible desarrollar este proyecto.




Asignatura de libre configuración
Departamento de Medicina

Curso 2014-2015

MEDICINA DE VETERANOS PARA NOVELES

Coordinador:
Prof. Manuel Montero Pérez-Barquero

Organiza:
Facultad de Medicina de Córdoba
Colegio Oficial de Médicos de Córdoba





COMIDA SALUDABLE PARA NIÑOS



Dr. Rafael A. Castro Jiménez

A diario los padres se preguntan, ¿por qué a mi hijo no le gustan todos los alimentos?, sólo ingiere hamburguesas, chocolate, bollería, patatas fritas... en desayuno, almuerzo y cena. Suele protestar cuando se encuentra tropezones, olores o simplemente si le digo que son frutas o verduras.

La alimentación constituye uno de los problemas más importantes con los que se enfrentan los adultos responsables de los niños en edad escolar.

En esta etapa, la voluntad infantil lleva a los niños a elegir cosas en general y alimentos en particular, según su percepción sensitiva: colores, sabores, textura, etc. Habitualmente los alimentos elegidos con este criterio no se corresponden con los más adecuados para el desarrollo infantil y sí con los más deficitarios en nutrientes y perjudiciales para la salud.

Los niños derrochan energía y tienen un rápido crecimiento, por ello, su dieta debe ser completa y variada, compuesta por aquellos alimentos que favorecen la reposición de energía y su desarrollo corporal, aunque a veces rechacen algunos.

Para ello es fundamental conocer las bases de una correcta alimentación y las consecuencias de una mala nutrición en la infancia:

- a. En primer lugar, debemos conocer que existen enfermedades que se ponen de manifiesto en la edad adulta y que son reflejo de la base nutricional desde la infancia y debemos de “prevenirla” (enfermedad coronaria, algunos tumores, aterosclerosis, accidentes cerebrovasculares, osteoporosis, obesidad, desarrollo mental).
- b. En segundo lugar, es prioritario el conocer y realizar una “promoción” de los hábitos dietéticos saludables (dieta mediterránea):
 - o Uso del aceite de oliva virgen (rico en antioxidantes y omega-9), en lugar de otros aceites
 - o Disminución de la ingesta de grasa y colesterol (<300 mg/día), evitando los ácidos grasos saturados.
 - o Moderación del consumo de carne procesada
 - o Promoción y mantenimiento del consumo de frutas, verduras y frutas
 - o Ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono (legumbres, pasta, pan, cereales, patatas) y reducción del consumo de dulces, bollería industrial (rica en aceite de coco y palma (grasas saturadas)), snack y azúcar
 - o Aporte lácteo (500-1000 ml/día, dependiendo de la edad)
 - o El agua debe ser la bebida de elección, debiendo ingerir suficiente cantidad y evitando los refrescos (no más de 240 ml/día según la Academia Americana de Pediatría- AAP), los zumos industriales, las colas, el té y el café, por su efecto excitante.
 - o Disminuir el consumo de sal, evitando el salero, aperitivos y precocinados. Siempre que sea posible usar sal yodada.
- c. En tercer lugar debemos estimular el ejercicio físico. Realizar un mínimo de 60 minutos de ejercicio diario moderado-vigoroso al aire libre, si es posible; que se puede repartir en varias sesiones. La actividad física debe ser divertida, atractiva y no estructurada.

Por tanto a los niños desde muy pequeños se les debe enseñar a disfrutar de una ingesta variada y a no dejarse influenciar por la publicidad de alimentos. Para ello,

- Anímelos a participar en la compra y la preparación de los alimentos
- No utilice la comida como premio o castigo
- Aproveche el tiempo de las comidas para promocionar los hábitos saludables
- Coma en familia, sin televisor

La familia influye en los niños de forma decisiva. Estos aprenden imitando a sus mayores en todo. Así adquieren los buenos y los malos hábitos en todos los órdenes de la vida, incluida la alimentación.

En la mesa es necesario tener en cuenta que son los adultos los encargados de seleccionar la comida de los más pequeños, pero no por ello las deben convertir en aburridas y monótonas. Tampoco hay que olvidar que “la hora de comer” debe ser lo más agradable y distendida posible. Comer toda la familia junta es importante. La separación “de los pequeños” suele revertir en hábitos poco saludables

Las necesidades de cada niño varían con su edad y el grado de actividad física. La alimentación debe ser equilibrada, manteniendo una proporción correcta de los diversos principios inmediatos. El aporte energético debe distribuirse según el ritmo de actividad del niño, por lo que es fundamental realizar un desayuno abundante, evitar las comidas copiosas, que la merienda sea equilibrada y que la cena se ajuste para conseguir un aporte diario completo y variado

Debemos destacar que el desayuno debe contener preferentemente hidratos de carbono por su mejor control de la saciedad, con menor proporción de alimentos ricos en lípidos. Se aconseja preferentemente la triada compuesta por lácteos, cereales y frutas o zumo de fruta fresca, que se podría complementar con otros alimentos. La promoción de un buen desayuno, contribuye a conseguir unos aportes nutricionales más adecuados, evita o disminuye el consumo de alimentos menos apropiados (bollería, azúcares, etc.), puede contribuir a la prevención de la obesidad, además de mejorar el rendimiento intelectual, físico y la actitud en el trabajo escolar. El desayuno se considera una comida principal y rompe el ayuno de 10-12 horas. La omisión del desayuno interfiere en los procesos cognitivos y de aprendizaje más pronunciado en los niños nutricionalmente en riesgo.

Recuerda que si desde pequeño adquiere unos hábitos alimentarios saludables tu hijo estará haciendo una inversión de futuro para su salud, previniendo enfermedad en la edad adulta.

Rafael A. Castro Jiménez
Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria
Doctor en Medicina



YO COMENCÉ...

Dr. Carlos Orense Cruz

En la prensa escrita, en el apartado de “Ecos de sociedad” se acostumbraba a dar la noticia del nacimiento de un bebé con esta frase estereotipada: “Fruto del amor de sus padres, ha nacido...” Me ilusiona pensar que allá por la primavera de 1934 un espermatozoide y un óvulo, unidos por el amor de mis progenitores, se fusionaron para formar mi YO.

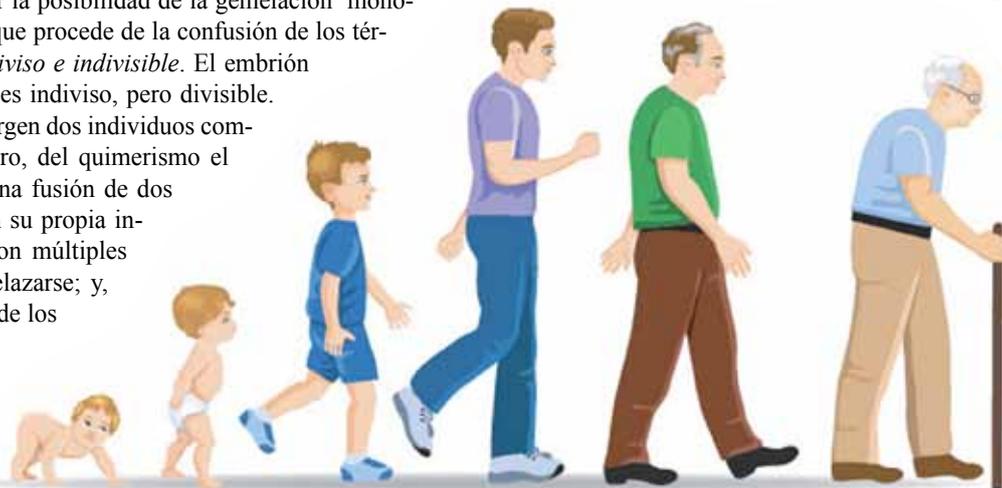
Dichos dos gametos eran células haploide sin capacidad de reproducirse y con una esperanza de vida de sólo algunos días. Al convertirse en cigoto, aparece mi YO. A partir de este hecho mi YO ya era una célula diploide con capacidad de reproducirme y desarrollarme, con esperanza vital de decenios de años.

Tras esa fusión comienza mi ciclo vital, con mi dotación genética única, irrepetible y completa. Completa porque a partir de ese momento mi genoma no admitió más añadido, permanece inalterado e inalterable. Eso sí, estará sometido a múltiples transformaciones. La dotación genética no crece al modo de un edificio que se construye ladrillo a ladrillo, ni se fabrica como un vehículo tornillo a tornillo; sino que se desarrolla. La vida humana se desarrolla con coordinación, continuidad y gradualidad, poco a poco sin saltos de cualidad. Desde el cigoto hasta la vejez todos son pasos sin solución de continuidad de un único proceso: el YO. Si no lo interrumpe un agente externo, un cigoto será en su día un anciano.

Yo Cigoto (1 célula), yo Hemoblastocito (12), yo Mórula (16), yo Blastocisto (100), yo Embrión, yo Feto fueron las etapas de mi vida intrauterina que, junto a mi vida extrauterina ha sido el periplo de un mismo individuo, único e irrepetible que ha seguido unos pasos sin solución de continuidad, donde para llegar a cada etapa hubo de darse la etapa anterior. Han ido cambiando las células; pero ha permanecido mi YO. Mi dotación genética, mi genoma, permanece íntegro a lo largo de mi vida

Respecto al comienzo de la vida humana, con frecuencia, se dice que la ciencia no puede establecer dicho comienzo. De ahí la frase: “el embrión, o en su caso el feto, es un ser vivo, pero no se puede decir científicamente que sea un ser humano”.

También se argumenta la carencia de individuación en el embrión temprano por la posibilidad de la gemelación monocigótica. Argumento que procede de la confusión de los términos filosóficos: *indiviso e indivisible*. El embrión en las primeras fases es indiviso, pero divisible. Tras dicha división surgen dos individuos completos. En el caso, raro, del quimerismo el proceso es distinto: una fusión de dos cigotos, cada uno con su propia individualidad, pero con múltiples posibilidades de entrelazarse; y, tras la muerte de uno de los mellizos, puede ocurrir la absorción de parte de sus células por el embrión sobreviviente



Por otra parte, es frecuente oír hablar de etapas cualitativas diferentes o “cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo”. Sin embargo, desde el punto de vista del desarrollo epigenético continuo, gradual y coordinado difícilmente se puede hablar de cambios cualitativos que de alguna manera supongan un plus ontológico añadido al ser que desde la fecundación se va desarrollando en el seno materno.

El profesor P. Ventura-Juncá de la Universidad de Santiago de Chile, expone: “Durante el desarrollo embrionario se produce una activación y un silenciamiento de distintos genes específicos en determinadas etapas embrionarias. Por ejemplo, en estados específicos del desarrollo embrionario se silencian ciertos genes en determinadas células y otros genes se activan. Ello se logra mediante mecanismos moleculares que NO alteran la secuencia de los genes involucrados y estos cambios en la expresión de los genes (en este caso silenciamiento) se van heredando a través de las divisiones celulares. Dado que no se trata de una mutación, es decir, un cambio que afecte la secuencia de los genes-mutaciones, entonces éste puede ser reversible. A estos cambios hereditarios que no involucran la secuencia del ADN se los denomina cambios epigenéticos”

El investigador Manel Esteller, premio Jaime I. (año 2013) director del Programa de Epigenética y Biología del Cáncer del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge en EFEsalud, expone: “Estas señales químicas que regulan la actividad de los genes es lo que llamamos el epigenoma y la epigenética es la herencia de actividades genéticas que no son debidas a la secuencia de los genes, no debidas a cambios estructurales del gen, sino a cambios que se superponen” Epi=por fuera (epidermis): La acción epigenética son cambios que se producen por fuera, a diferencia de la genética clásica en la que su acción es dentro del ADN.

La epigenética conocida en el siglo XIX, su nombre fue acuñada por Waddington en 1939, quien la definió como “el estudio de todos los eventos que llevan al desenvolvimiento del programa genético del desarrollo”.

Existen muchas

formas de definir a la epigenética. Una de las más actuales la considera como el estudio de los cambios heredables en la expresión de los genes, que no pueden ser atribuidos a cambios en la secuencia del ADN. O sea, la epigenética no modifica la estructura del



genoma que, tras la fecundación, aparece en el inicio de cada vida humana; sino que modela y modula el desarrollo del genoma de cada individuo.

Abundando y resumiendo: La vida humana comienza con la fecundación y se desarrolla por el ambiente externo de la epigenética, Lo cual no contradice el hecho incontrovertible de dicho comienzo.

De otra parte, la epigenética está ofreciendo la aportación de grandes avances en el estudio del desarrollo de las células cancerosas; por lo que se abre un apasionante campo de investigación en el ámbito de la oncología y de la farmacología; entre otras disciplinas

Otros han querido tomar la actividad eléctrica neuronal como criterio de vida humana y así como se certifica la muerte legal por el electroencefalograma plano, de manera análoga no se puede hablar, arguyen estos autores, de vida humana en el embrión en desarrollo, si no hay actividad eléctrica neuronal registrable. Sin embargo, en cualquier etapa del desarrollo epigenético podemos rastrear hacia atrás de

manera continua y gradual la historia de cada una de sus células hasta que llegemos a la primera célula o cigoto sin solución de continuidad.

La sociedad, las legislaciones, las costumbres, las creencias, las ideologías, pueden lucubrar acerca de cuándo conceder a mi YO la consideración de persona (antes o después de nacer) u otorgarme la carta de ciudadanía, o el DNI, o cualquier otro título, o mis derechos y deberes. Pero informar del comienzo de mi vida es competencia de la ciencia. Delimitar el comienzo de la vida humana, a pesar de tener una repercusión inusitada en materia de ética, de derecho penal, de moral, etc. no es una cuestión social, religiosa, jurídica o ideológica; estamos antes un asunto científico. Es la Ciencia la que ofrece los argumentos. Después, que cada entidad lo aplique según su saber y entender. Al igual que al ganadero no le va bien mezclar las churras con las merinas, mezclar las creencias con las ideologías lleva al fundamentalismo. Así como llevar las ideologías a las creencias desemboca en sincretismo. ¿Pero, qué dicen los científicos?

En abril de 1981 –hace ya 24 años–, un subcomité del Senado de Estados Unidos (S-158) convocó a un debate sobre el principio de la vida. Sobraron opiniones médicas y científicas sobre este hecho, se dijo: “*es en la concepción misma*”

El doctor Jerome Lejeune, el padre de la genética moderna, a quien la ciencia mundial reconoce unánimemente como uno de los primeros y más calificados investigadores en genética, descubridor del trisomía 21, profesor de genética de la Universidad de París dijo: “*En cuanto los 23 cromosomas del espermatozoide se encuentran con los 23 cromosomas del óvulo, toda la información necesaria y suficiente está allí, reunida en el ADN (Ácido Desoxirribonucleico) para determinar todas las cualidades de un nuevo ser humano. No se trata de una opinión, de un postulado moral o de una idea filosófica, sino de una verdad experimental. La fecundación in vitro lo ha demostrado: si antes, en la probeta, no es un ‘bebé’ ¿para qué, entonces, implantarlo en el útero? Si el ser humano no comienza con la fecundación, no comienza nunca*” (Copia literal)

El doctor Hymie Gordon, del Departamento de Genética de la Clínica Mayo agregó: “Por todos los criterios de la biología molecular moderna, la vida está presente desde el momento de la concepción”.

El Dr. Micheline M. Mathews-Roth, de la escuela de medicina de Harvard, dio su testimonio confirmatorio, reforzado con referencias de más de 20 libros de texto de embriología y medicina, de que la vida humana comienza en la concepción.

El testimonio del Dr. Mc. Carthy de Mere, médico y abogado, de la Universidad de Tennessee, fue el siguiente: “El momento exacto de los comienzos de la personalidad y del cuerpo humano, es el momento de la concepción”. Mundialmente por sus descubrimientos, dijo a los que legisladores: “Aceptar el hecho de que después de que la fertilización un nuevo ser humano cobra vida,

ya no es un motivo de pruebas u opiniones, es simple evidencia.

Como afirma uno de los libros más prestigiosos de Biología Molecular actual: “Todo ser humano comienza como un cigoto el cual, alberga todas las instrucciones necesarias para construir el cuerpo humano conteniendo alrededor de 100 trillones de células,

una hazaña asombrosa”(Lodish H., Berk A. et al. *Molecular Cell Biology*. W.H. Freeman & Company 6th ed., 2008).

Recurramos al sentido común, la visión metafísica de la vida: Para llegar a ser, hay que ser desde el principio, ya que si antes no soy, nunca podré llegar a ser. El hombre es desde el principio. El ser, es. El no ser, no es. *Se es o no se es*. Mi YO era o no era. Evidentemente, era.

En este sentido, tiempo ha, interesado por el comienzo de mi vida, consultamos algunos de los muchos trabajos científicos que, desde los comienzos del presente siglo, fueron apareciendo en los diversos medios, entre ellos nos hicimos de varias monografías de alto nivel investigador, las cuales conservamos en nuestra biblioteca. Hoy las repasamos, extrayendo algunos párrafos:

...El cigoto posee una información genética recibida de los dos padres, que se le denomina GENOMA, formado por unos 25.000 pares de genes, los cuales determinan el color, sexo y características distintas para la resultante de la combinación de estos genes. Esta información, adquirida en ese primer instante de la concepción, no cambia a lo largo del desarrollo ontológico del individuo, cuyos caracteres se irán desarrollando con el tiempo. Esta identidad genética de cada individuo está contenida en el ADN presente en el cigoto desde que es una sola célula, cuya identidad biológica se imprime en cada una de nuestras células, incluso después de la muerte.

...El óvulo tiene un material genético haploide (23 cromosomas) idéntico al de la madre. El espermatozoide, también haploide (23) igual al del padre; ambos carecen de la capacidad de reproducirse y de diferenciarse, y que viven sólo horas o días. Tras la fecundación, aparece un material genético de un nuevo individuo, que es diploide (46 cromosomas) y no es idéntico ni al del padre ni al de la madre; y que tiene capacidad de multiplicarse y diferenciarse, y que puede llegar a vivir decenas de años

... El Cigoto en su todo contiene el genoma formado por la suma del núcleo del espermatozoide y del óvulo, que se desarrolla en el citoplasma del óvulo, que es la única célula que posee un citoplasma totipotencial. Este conjunto es el fundamento del



ser humano, un individuo de la especie *Homo Sapiens*. Durante toda su vida este individuo no volverá a tener más aportaciones genéticas al programa genómico inicial que le hagan incorporarse al *Homo Sapiens*, porque ya lo es. Como ya lo es, sólo hay que dejarle ser. Dicho programa genómico inicial comienza su desarrollo bajo la ley inexorable de la embriología y la organogénesis, que sólo se altera o interrumpe cuando lo impide un agente externo (físico, químico, metabólico, bacteriano, etc.).

... Con la Fecundación se inicia la constitución y el sucesivo desarrollo mediante una dinámica temporal (Epigenética) por la que el resultado es más que la suma de los componentes, porque en cada proceso aparece una información nueva; pero que genera una pequeña pérdida que evita que seamos eternos. El epigenoma modula al genoma, lo que propicia que vayan apareciendo diversos tipos de células con tejidos cada uno con distintas funciones...

La epigenética no quita ni añade ningún gen a mi genoma, la función de la epigenética, su importante cometido, radica en una acción reguladora, una modulación

... El Cigoto es un organismo en estado de una célula, que posee polaridad y asimetría: tiene trazado dos ejes (dorso vientre y cabeza cola) que establecerán la estructura corporal. Este cigoto es asimétrico, porque tiene una zona rica en iones calcio (zona dorsal del cuerpo) y otra zona pobre en estos iones (zona ventral) Esta asimetría es la que propicia la división celular, siendo el calcio la molécula que regula la información genética y la velocidad de multiplicación celular. Así el organismo se ordena jerárquicamente en el espacio y en el tiempo, con un calendario natural de inicio y término para cada uno de los órganos y tejidos. Esta asimetría propicia que en cada multiplicación celular algo se queda en el camino; pese a ello, al parecer el ser humano probablemente estaría programado para vivir un máximo de 120 años.

- Los quince primeros días de una vida humana. Natalia López Moratalla y María J. Iraburu Elizalde. Ed. EUNSA 2004.

- Bebés medicina. Julio Coll Doctor en biología, Ph. D. Biology por Massachusetts y Prof. Del Departamento de Biotecnología de la UCM. Ed. Palabra 2005.

--El primer viaje de la vida. Dra. Natalia L. Moratalla, catedrática de bioquímica, Ed. Palabra 2007.

También el doctor Richard Gardner (Orxford) habla de marcadores físicos: Gotitas de grasa, en embriones de ratones, se vio que desde la fecundación quedan marcados los ejes antero-posterior y dorso-ventral del individuo.

La Dra. Zernicka-Goezt de Cambridge mediante fluorocromos de distintos colores siguió el desarrollo embrionario, concluyendo que en la primera división celular del cigoto ya existe una memoria de nuestra vida.

El Dr. Steven Krawetz de USA ha demostrado la existencia de ARN-mensajero del espermatozoide en el óvulo recién fecundado. Este hallazgo de las moléculas de expresión de los genes paternos indica que la actividad genética es inmediata tras la fecundación con la presencia de genes de los dos gametos y no sólo del óvulo, como algunos decían.

La doctora Cigliola Sica, profesora en el hospital Sacro Cuore (Milán) comenta que se pensaba que la actividad genética del embrión ocurría en la fase de 8 células y de modo rudimentario; pero, según la profesora, ha observado que ya desde el principio el número de genes activados es muy alto.

La Dra. Natalia L. Moratalla ha observado que la estructura del cuerpo del hijo queda justamente trazada en el gameto materno por el punto de entrada del espermatozoide, exactamente en el inicio de la concepción. El ya cigoto se va haciendo "cintura" y la herencia genética se reparte en dos mitades desiguales (esta asimetría es la base de todo desarrollo biológico) y ocurre la pri-

mera división de la vida que permite el paso de su estado de una célula al estado de embrión de dos células. Nuestro cuerpo guarda memoria a lo largo de toda la vida de ese primer día de vida: ese gran día en que damos el primer paso de nuestra existencia. Una nueva vida irrepitable: no se repetirá a lo largo de toda la historia de la humanidad.

YO NACÍ...

Siguiendo esta lógica el "cumple" deberíamos celebrarlo, cada año, el día en que fuimos engendrados. Obviamente, tarea harto difícil, salvo algún caso muy puntual junto a los fecundados en el laboratorio; para los cuales sería la fecha de la unión de los gametos, independiente del día de su trasplante al útero, que, si ha sido congelado podría prorrogarse algún tiempo. Sin embargo, son muchos los motivos para festejar la grandeza y la maravilla de la llegada al mundo exterior, de una criaturita que vemos, palpamos y abrazamos; con toda una vida por delante.

Después del parto, de mi nacimiento a la luz, sigo siendo YO con mi genotipo, el mismo que tenía cuando era cigoto, el mismo de mi vida intrauterina, el mismo que poseo ahora en mi longevidad. Lógicamente mi genotipo con mi fenotipo ¡como todo el mundo! Obviamente, he cambiado mucho, peno mantengo el mismo DNI, el mismo ADN, el mismo, genoma. Claro que modelado y modulado por la epigenética, las hormonas, las enfermedades, el envejecimiento, el recambio celular. También mi carácter se va modulando por mi entorno familiar, los amigos, el trabajo, las leyes de los distintos gobiernos, gustos, aficiones, clima. Y un sinfín de circunstancias.

YO TERMINARÉ

Como todo lo que comienza termina, todo lo que nace muere, a mi YO, también le llegará esa hora; hora no muy lejana según las estadísticas. Pues bien, allí estará mi YO con todo mi genoma, Con el mismo genotipo que quedó constituido en mi primer día, en la primavera de 1934. Composición genética idéntica al primer día sin ningún añadido durante todo el periplo de mi largo recorrido vital. Naturalmente, un genotipo modelado, esculpido, organizado, modulado por el fenotipo. Allí estará mi YO con mis circunstancias.

Espero que al llegar la hora de rendir cuentas no me tropiece con un censor apuntando con una escopeta de cazador esperando la presa; o con unas disciplinas en la mano que me interpele: "Te he pillado, has tenido mala suerte, ésta es la mía"; como alegrándose de mis errores. O un censor juzgador de mi presunta nesciencia a modo de juez. Juez sin oficio y sin vela en el entierro

El censor que yo espero encontrar allá en las alturas, probablemente, adoptará distinta actitud: Con una amable sonrisa, ataviado con un traje talar reflejando paz; tocado con una areola que emane benevolencia y bondad. Sobre todo, será misericordioso y entonará un "Pelillos a la mar" Así lo desea mi YO y mis circunstancias. Porque yo soy yo: mi genoma y mi epigenoma; mi genotipo y mi fenotipo; lo estable y lo cambiante

Esto no es nuevo, ya lo decía Ortega y Gasset: "*Yo soy yo y mis circunstancias*".



Dr. Carlos Orense Cruz:
Colegiado honorífico



Ensayos clínicos en Homeopatía

Del libro del mismo autor: *Lo que el ser humano esconde*

Dr. Gabriel Sánchez Ruiz

Todas las partículas cuánticas, átomos, cuya organización forman aminoácidos, proteínas, células, órganos, aparatos y sistemas, que nos componen, parecen responder a un metodismo, a un orden y a unas leyes físicas y químicas, que aparentemente conocemos, reitero lo de aparentemente: destinadas a que cada una de las partes que nos forman cumplan unas funciones, también tácitamente determinadas. Sin embargo, el todo resultante, el ser humano, es la creación más compleja de este universo mínimamente conocido: Supuestamente indeterminista (sometido al libre albedrío) complicado, enrevesado, capaz de realizar las acciones, mas heroicas, virtuosas, y altruistas, pero de igual modo, los más bajas, desdeñables y egoístas. De ahí esa tremenda complejidad y variabilidad: Dios es sutil pero no malicioso decía Albert Einstein... (« El universo, la naturaleza, su mayor creación, oculta su misterio tras su grandeza, pero no maliciosamente») Eric Rolf refería que, “la espiritualidad ya no es espiritualidad, es física cuántica”, lo que quiere significar es que la complejidad de nuestra composición con lo que respecta a los trillones y trillones de átomos que nos forman, está determinada por leyes físicas que conocemos en un ínfimo porcentaje, dando lugar a la química de nuestro organismo, a su vez las leyes que rigen esta química, también su complejidad, forman lo biológico: moléculas, aminoácidos, proteínas, células, órganos aparatos y sistemas, en definitiva al ser humano; el ser más complejo de la creación, y por obviedad a todos sus sentimientos tanto positivos como negativos, que alberga nuestro cerebro. Y como es obvio, también la complejidad de lo biológico da lugar a la inteligencia. Por ello, creo que el fin de la creación del universo es esa inteligencia, y por tanto, ese ser humano, ya que aparentemente, es este su máximo exponente. Y es de esa inteligencia de la que depende la extraordinaria y exclusiva característica del hombre: La libre elección, haciéndolo único e irrepetible y dándole la posibilidad de elegir entre lo bueno, lo malo, lo regular etc.

Pero si lo analizamos en profundidad, hasta esa libre elección es relativa, ya que esa capacidad a la que nos hemos referido antes, está condicionada por un sinfín de variables: la genética, lo educativo, las vivencias durante la infancia, el clima, la temperatura, corrientes electromagnéticas etc. Una circunstancia lleva a otra y esa concatenación de circunstancias determinan de alguna manera nuestras reacciones y respuestas y, por consiguiente, nuestro futuro.

En la actualidad, y a mi entender, hay dos causas principales de enfermedad y sufrimiento: la primera física o material relacionada con una

alimentación errónea, y la segunda psíquica o espiritual en relación con las emociones, sentimientos encontrados y el desamor.

El amor existe. Afirmación, que nadie cuestiona, pero imposible demostrar en un laboratorio y, sin embargo, única realidad que da sentido a nuestra existencia.

Por ello y por otras muchas razones, me atrevo a afirmar, que no todo lo que ven mis ojos y comprende mi intelecto es verdad, ni lo que no puedo entender reproducir y demostrar, es mentira.

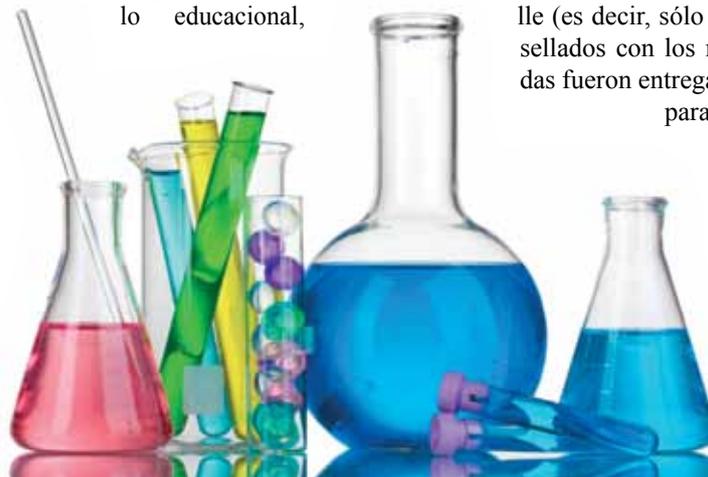
Carl Edward Sagan, científico norteamericano, acérrimo defensor del pensamiento escéptico y del método científico, decía que la única verdad absoluta e inmutable que existe en ciencia, es que en ciencia no existen verdades absolutas ni inmutables y, por consiguiente en medicina, basada muchas veces en probabilidades estadísticas, tampoco. Por todo lo anteriormente expuesto, creo que la medicina homeopática merece un mínimo de estudio e investigación, no achacando toda su efectividad al efecto placebo.

Ensayos clínicos, que cito literalmente de sus autores, ya que como entenderá el lector no son frutos de mi experiencia e investigación personal, lo demuestra.

En la década de 1990 en la QED BBC2, los oponentes de la homeopatía afirmaron que las mejorías por esta medicina se debían al efecto placebo, y que los ensayos doble ciego habían fracasado. Los responsables del programa a continuación, realizaron un experimento para responder a estas críticas. La mayoría de las vacas sufren de vez en cuando mastitis (infección de los conductos de leche), el tratamiento que implica el veterinario son los antibióticos, durante el cual la leche debe ser descartada. No se puede engañar a una vaca con el efecto placebo y no creo que en ellas influya la sugestión ¿no es así?, a sugerencia de un veterinario homeopático, una gran manada se dividió en dos grupos, cada uno con su propia bandeja de agua.

A partir de dos contenedores, pero convenientemente marcados similares, un líquido se vertió en cada valle (es decir, sólo se le dio una dosis) y dos sobres sellados con los nombres de las sustancias añadidas fueron entregados a los creadores del programa para su custodia. Unas semanas después,

el agricultor se le preguntó sobre la incidencia de mastitis. Explicó que la incidencia en un grupo había permanecido como antes, mientras que en el otro grupo sólo una vaca había requerido tratamiento antibiótico. Los sobres se abrieron y se demostró que el segundo grupo había sido tratado con un remedio homeopático y





el otro con agua destilada o solo placebo. Una diferencia muy significativa a favor de los tratados con Homeopatía.

Soroush Ebrahimi, (homeópata licenciado) South Wood ham Ferrets

Hay varios niveles de pruebas de la efectividad de la homeopatía que tiene el mejor perfil de la investigación de los sistemas médicos alternativos ignorados

por la comunidad científica es la llamada “evidencia anecdótica”, lo mejor de lo que incluye los informes de la experiencia clínica por médicos homeópatas que han utilizado los métodos convencionales con menos éxito. En conjunto, este material sugiere a un observador razonablemente que algo interesante está ocurriendo. En segundo lugar, hay una cierta calidad de la evidencia histórica buena, sobre todo la experiencia de los hospitales homeopáticos de Europa y de América en el siglo XIX, donde la mortalidad por enfermedades infecciosas, como el cólera, fue notablemente menor que en los hospitales convencionales. En la época moderna, la Sociedad de Homeópatas ha publicado informes sobre la labor de los miembros de grupos de atención primaria en el Reino Unido. Lo más importante, un excelente cuerpo de literatura científica, principalmente los informes de los ensayos clínicos, se ha acumulado en los últimos 20 años más o menos. Cuatro metaanálisis han sido publicados, y el acuerdo general es que los medicamentos homeopáticos funcionan bien. Donde todavía hay una falta de claridad es la cuestión de cómo funcionan. La falta de comprensión del mecanismo nunca dejó atrás a la de los medicamentos y las terapias que se introducen en la medicina ortodoxa. El Dr. Denis MacEoin, Presidente, de la Sociedad de Medicinas Naturales de Newcastle.

Historia Clínica:

Hace muchos años, mi hijo sufría de asma de tipo alérgico. La respuesta convencional, esteroides y otros tratamientos hicieron que mi esposa sugiriera la alternativa de la homeopatía. Ella estaba lejos de ser convencida y yo era francamente escéptico, llevado a un médico homeópata me recetó una dosis de algo muy diluido. El resultado fue sorprendente. Las sibilancias desaparecieron; un niño azul se volvió color de rosa en cuestión de minutos, fue capaz de respirar y la noche se transformó en un sueño apacible. El efecto fue, en términos científicos, decisivo, observable y repetible por completo. Los efectos placebo, en este caso, son pocos convincentes como explicación. Al igual que el profesor Harvey Rut puedo encontrar las ideas de la memoria del agua y la dilución enorme en aparentemente risorios -el corolario de esto es encontrar una mejor explicación, no condenar la homeopatía-. Pero lo que Lavoisier, Pasteur y tantos otros entienden, es

que la buena ciencia siempre debe ajustar las hipótesis a la evidencia. Algunos han preferido la vía más fácil de revertir esa lógica o han negado que algo suceda simplemente porque no pueden explicar por qué lo hace.

Chris Wolf, Liskeard, Cornwall

Vickers (1998) refirió que se han registrado más de 4.000 trabajos de investigación acerca de Medicina Complementaria/ Alternativa de los cuales el 84% fueron publicados en revistas científicas de importancia, lo que da a entender la importancia creciente que ha tomado el tema. Además el Congreso Norteamericano ordenó la creación de una oficina de Medicina Alternativa.

Conclusión: convenza o no, la homeopatía cuenta cada día con mayor número de adeptos, no sólo entre los pacientes sino entre los médicos. El número de pediatras que optan por estos tratamientos se ha disparado (...) sobre todo por el perfil de seguridad de dichos medicamentos.



*Gabriel Sánchez Ruiz,
Médico Colegiado, Córdoba*

ALZHEIMER

"CONCIERTO EXTRAORDINARIO DE LA ORQUESTA DE CÓRDOBA A FAVOR DE LA ASOCIACION SAN RAFAEL"

5 JUNIO 2015
20:30 horas
Gran Teatro de Córdoba
Invitaciones: en la sede de la Asociación,
C/ Escritora Gloria Fuertes, s/n
(Donativo 10 €) - Teléfono: 957 76 45 33

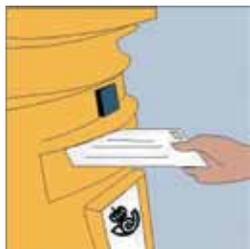
PROGRAMA

I
GIOACHINO ROSSINI - "El barbero de Sevilla"- Obertura
WOLFGANG AMADEUS MOZART- "Las bodas de Figaro"- Obertura
Sinfonía nº 35, "Haffner"

II
LORENZO PALOMO- Nocturnos de Andalucía
CHRISTOPH DENOTH, guitarra

ORQUESTA DE CÓRDOBA
Director: LORENZO RAMOS
Presentado por: IRMA SORIANO

Patrocinador: Ayuntamiento de Córdoba | Colaborador: Orquesta de Córdoba | Mæ



Buzón del Colegiado

CARTA DEL DR. GUISADO HIDALGO A LOS DRES. COLLAZO Y ZEROLO.

Muchas gracias a los dos por vuestras argumentaciones.

Querido Eliseo: Dices muchas cosas que no comparto y, si te parece, podemos agruparlas para no perdernos, aunque no siga el orden de tus comentarios.

El aborto provocado tiene muchos aspectos. A mi me gusta clasificarlos en cuatro grupos para su discusión:

- 1º Desde el punto de vista sanitario, de salud pública.
- 2º Desde la visión del legislador, las leyes que lo regulan.
- 3º Desde un punto de vista socio-económico.
- 4º Desde el punto de vista moral, como acto humano.

1º.- El aborto como problema de salud pública. Aquí voy a traer una sola referencia. Se trata de la obra “aborto sin riesgos”, publicado por la OMS, su 2ª edición en 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

Y para que no se me acuse de interpretar el documento influenciado por mi forma de pensar, transcribo literalmente algunos puntos de su resumen:

Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. La cantidad total de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en 2003 a 22 millones en 2008, si bien la tasa global de abortos inseguros no se ha modificado desde el año 2000.

Aproximadamente 47 000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro

El aborto inseguro y la morbilidad y la mortalidad asociadas en las mujeres pueden evitarse. En consecuencia, todas las mujeres deben contar con servicios de aborto disponibles y accesibles en la medida que lo permita la ley.

La situación en España, afortunadamente, no es la misma que los países en desarrollo, gracias a un estado laico que, con todos sus defectos, ha sabido dotarse de una asistencia sanitaria que salvaguarda la vida de las mujeres. No creo que nadie quiera ver a una mujer recurriendo a una curandera y poniendo en peligro su vida para que se le practique el aborto.

2º Las leyes. Las leyes deberían servir para ordenar la convivencia en la sociedad plural (poner un límite de velocidad para que no nos matemos con el coche, tributar a hacienda, prohibir acciones que perjudican a terceras personas...), pero, insisto querido Eliseo, no deben servir para regular las conciencias de

las personas en aquellos aspectos que solo afectan a ellos mismos y a su intimidad. De hecho lo que hacen es proteger esos aspectos de la libertad humana catalogándolos como “derechos”: A la libertad religiosa, al libre pensamiento, a la libertad sexual...¿Te imaginas que se elaborara una ley que obligara a escoger determinado credo religioso? ¿O a prohibir la homosexualidad?. Pues eso ocurre en otros países.

Yo no estoy de acuerdo con ninguna ley que “obligue” ó “prohíba” que una mujer interrumpa un embarazo. El principal aspecto del aborto es el ético, y ¡ya bastante problema tiene una mujer que se está planteando abortar para añadirle la persecución estatal!

¡Hombre Eliseo!, no estarás de acuerdo con mis posicionamientos, pero eso no te autoriza a tergiversar los hechos: La ley que quería aprobar Gallardon **prohibía** la ive, mientras que la ley vigente proporciona medios para que la mujer decida. Si alguna mujer se ha visto violentada, debería denunciarlo porque a nadie se debe obligar ni en un sentido ni en el otro y, en caso de ocurrir, habrá algún profesional responsable, porque la ley actual no obliga a nadie. Y, si no hay ley, los partidarios del aborto no condicionan a nadie para que aborte; en cambio, los partidarios de prohibir el aborto persiguen conseguir una ley que lo prohíba, no sólo a ellos si no a todo el mundo. Sinceramente, yo veo clara la diferencia.

3º La sociología y la economía. Tú apuntas algunos aspectos sociológicos del tema acorde con tu ideología. Pero para una persona no creyente es difícil entender el cálculo de los niños “no nacidos” que haces. Si quisiéramos realizar un cálculo de las posibilidades sobre los nacimientos de seres humanos, nos llevaría, irremediablemente, a valorar el efecto del crecimiento ilimitado de la población humana sobre el consumo de recursos y la ocupación de la superficie terrestre, ambos limitados. En algún momento se ha de producir una crisis que se resolverá con hambre, guerras o epidemias (Malthus). Afortunadamente esa crisis se está resolviendo en el mundo civilizado con la educación de las personas que se hacen conscientes y sólo tienen 0, 1 ó 2 hijos. Si lo que quieres es “reponer” todos los posibles seres humanos que “podrían haber sido”, yo te diría que quizás podríais solucionarlo con la renuncia al celibato de todos los religiosos y religiosas y trayendo al mundo todos esos niños que calculáis que deberían haber nacido y no lo han hecho por ser víctimas del egoísmo humano (que no son solo los abortos).

En cuanto a la decisión de interrumpir un embarazo de un feto malformado que tú interpretas como medicina defensiva no tengo mas que recordarte que la decisión es de los padres y

los médicos solo deben informar objetivamente. Afirmar que se trata de medidas de una medicina defensiva es asumir que la decisión la toman los médicos lo cual es contrario a la ley y al principio deontológico de autonomía del paciente. No creo que lo hayas dicho de manera consciente.

4º. El aborto como acto humano. Aquí es donde radica el meollo del asunto. Asignar una categoría moral al acto de interrumpir un embarazo presupone que tenemos claro su significado para el grupo social y el momento histórico en el que nos encontramos. Entiendo que, dada la trascendencia del tema, estamos todos obligados a aclararnos. Aquí veo una clara ventaja de la ideología católica, que tiene claro el significado del acto y es coherente con su visión del mundo, organizado por un ser superior que es quien determina lo que es bueno y lo que es malo. En cambio, las personas que no se guían por esas creencias, tienen que hacer un ejercicio de reflexión importante para concluir si la vida es ética o es inaceptable para sus convicciones. Y la clave del asunto es la consideración del embrión.

La ciencia no aporta la solución y la venimos sustituyendo por interpretaciones interesadas que impiden el dialogo constructivo. Yo no sé cuándo asignar categoría humana a un embrión, pero veo que han dolido mucho las pruebas que aporté para demostrar que un cigoto no se puede considerar "vida humana". Para mí la prueba clave de que la mera dotación genética del cigoto no es "la vida humana" lo constituye el hecho conocido, demostrado y recogido en todos los tratados de embriología, que la mayor parte de las células derivadas del cigoto, en fase de morula, van a constituir el trofoblasto, que son células que contienen idéntica carga genética que aquellas que van a dar lugar al embrión (embrioblasto). Una asignación de "vida humana" al huevo fecundado porque ya tiene su dotación genética, implicaría otorgar la misma categoría al trofoblasto lo cual es absurdo. El desarrollo de la epigenética está aportando nuevas pruebas al entendimiento del proceso que da lugar a la aparición de un ser humano a partir de un huevo fecundado, y su conclusión, de momento, es que "no somos solo una dotación genética".

Si tenéis pruebas que acrediten el inicio de la categoría de "ser humano" y no la mera dotación genética, estaría encantado de aceptarlas. Mientras tanto seamos respetuosos con la decisión de la mujer, puesto que no podemos reflexionar ni decidir por ella. La afirmación de que el aborto elimina seres humanos es tan gratuita y capciosa como tantas otras que se vierten contra la Iglesia católica.

Pero lo que más me llama la atención es la guerra que mantenéis contra la anticoncepción. La obsesión contra ella os lleva a seguir manteniendo una posición ridícula ante la píldora del día después. Como ya no puedo extenderme más os daré la referencia de un organismo (International Consortium for Emergency Contraception) que viene dando luz al mecanismo de acción del gestageno levonorgestrel que se utiliza en la píldora del día después, el cual, es el de un gestageno: Interrumpe el mecanismo de ovulación (ese mecanismo anovulatorio del gestageno es el que se aprovecha en la píldora combinada). Si la mujer que lo toma está embarazada, el embarazo continua. No es abortiva. (aunque os pese).

<http://www.cecinfo.org/>

Dr. Ramón Guisado Hidalgo



In Memoriam

DR. JOSÉ JULIO CAZALLA CADENAS

El pasado 5 de Marzo, falleció en Linares, a los 47 años de edad nuestro compañero Dr. José Julio Cazalla Cadenas, su hermana, la Dra. Fátima Cazalla Cadenas nos envía esta carta.



A la edad de 21 años mientras estudiaba la carrera de Medicina, le diagnosticaron una insuficiencia renal crónica no fliada, y desde ese mismo instante inició hemodiálisis. Después se trasplantó en el año 1991 y en el 2002, reanudando la diálisis en 2004 hasta el final de sus días. A pesar de las dificultades que le tocó vivir tan joven nunca le escuché quejarse. Cada mañana era un reto vital para él, haciéndonos partícipes de sus ilusiones, de sus proyectos en el trabajo como Epidemiólogo de Atención Primaria en Linares, hasta de sus "pequeñas derrotas" con una entereza y un humor sin igual. Ahora que te has ido, he comprendido lo valioso que eras y el amor que nos entregabas con tu ejemplo de fortaleza, superación, optimismo y comprensión hacia los más débiles, a los que nunca diste de lado. Yo, tu hermana que creía ser tu cuidadora más fiel, tristemente he comprendido que eras tú el que realmente velaba por mí y toda nuestra familia dándole sentido, alegría y consuelo a nuestras vidas, sobre todo, en los momentos más críticos.

Pero a pesar de tu ausencia temprana, no voy a claudicar hermano mío. Siguiendo tu ejemplo de bondad, con tu mismo entusiasmo, cuidaré de nuestros padres y hermana, de todos tus amigos y de aquellos que te siguen queriendo y te echan mucho de menos, como me han ido demostrando cariñosamente estos días al enterarse de tu marcha.

Como cierre a esta carta, no quiero olvidarme de dar las gracias y ofrecer mi profundo respeto a todas las personas que lo amaron y cuidaron de él: al Colegio de Médicos de Córdoba "su segunda casa", al servicio de Nefrología de Córdoba y de hemodiálisis de Linares-Jaén.

Te quiero "mi eterna sonrisa".



Dra. Fátima Cazalla Cadenas



Aula Cultural "Dr. Luis Armenta"

ACTIVIDADES DEL PRIMER TRIMESTRE 2015

Victoria Fernández de Molina
Coordinadora

Empezamos la agenda cultural 2015 en la Ermita de los Santos Mártires, junto al Guadalquivir, como punto de encuentro, explicando in situ este enclave monumental, - cargado de significación a pesar de sus reducidas dimensiones y ser poco conocido en general- centrándonos en su cronología, características arquitectónicas y artísticas, su importancia histórica y elementos más relevantes (como el sarcófago cristiano que se custodia en su interior o la relación con nuestros patronos.)

A partir de ahí llegamos en escasos minutos a la sede de la ESCUELA DE HOSTELERIA, que ubicada en las antiguas Lonjas Municipales quisimos conocer de cerca para celebrar con su equipo el nombramiento de Córdoba como Capital Iberoamericana de la Gastronomía.

En la presentación inicial, que fue seguida de un animado y prolongado turno de preguntas y debate, nos explicaron quiénes son y cómo funciona el centro, - puntero en la innovación de calidad y la experimentación tecnológica. -, la formación profesional que imparten, metodología que se sigue y la amplia gama de cursos que se ofertan (de reciclaje, monográficos, de verano, etc)

Tras el recorrido completo por sus instalaciones - Aula de Demostración, Aula de Cata, Restaurante - Escuela, cocina etc, - como broche de oro disfrutamos de un exquisita degustación de 6 magníficas tapas creativas: crema de calabacín y albóndigas de atún, sushi de patata, bacalao y naranja, guiso de setas, migas y huevos de codorniz, alitas de



pollo teriyaki, arroz de ibérico y verduritas y, de postre, sopa de mandarina con bizcocho de calabaza y sorbete de coco, todo regado con vino D.O. Montilla- Moriles.

Destacamos de la Escuela su vocación de ser referente nacional, como así avalan sus numerosos y prestigiosos premios, la formación a sus alumnos que persigue que conozcan desde el principio el funcionamiento real de un restaurante en toda su complejidad, sus programas de talleres dirigidos a todos los públicos y edades, así como el habernos permitido entrar en cocina para ver a profesores y alumnos "en harina" elaborando las recetas, cuyo resultado a mesa y mantel servido impecablemente pudimos disfrutar después.

También en enero y coincidiendo con su 25 aniversario visitamos la FILMOTECA DE ANDALUCIA.



En el salón de Actos respaldado con un power point se nos brindó un recorrido por la evolución del cine desde sus inicios, tanto en las producciones como en la tecnología, también abordó la historia del edificio, antiguo Hospital, la transformación en su imagen, usos y curiosidades. A continuación conocimos en concreto el trabajo que se desarrolla de recuperación, investigación y difusión de la cultura cinematográfica que aquí se defiende en su sentido más amplio así como los retos de futuro planteados (por ejemplo, en qué formato se van a conservar los soportes originales, la transición a lo digital y sus consecuencias o cómo gestionar la convivencia con la televisión y los cines comerciales.)

Destacamos dos de las cintas que nos proyectaron, la primera "Julio Romero de Torres", (1939) de Julián Torre-mocha, que

contiene en sus 19 minutos de duración las únicas imágenes en movimiento conservadas del pintor cordobés, seguido de pasajes seleccionados de la película “La malcasada” de 1926 que tiene la peculiaridad de abordar por primera vez el tema del divorcio en España y aparecer un centenar de conocidas personalidades de la época (milicia, política, toreo, aristocracia, derecho) que se interpretan a sí mismos....

Por último, pasamos a recorrer sus dependencias: videoteca, hemeroteca, archivo filmico, cámaras frigoríficas, etc...-

En conclusión, hemos comprobado que es un centro vivo, no meramente de exhibición sino también educativo y de excelencia, conectado con la sociedad y el día a día de la ciudad, que desarrolla un ingente trabajo mirando a la vez hacia el pasado y hacia el futuro. Un viaje sorprendente a las entrañas de un patrimonio que nos pertenece a todos, tan valioso y excepcional como paradójicamente tan frágil.



Continuando con la exitosa acogida y respuesta que tuvo el curso de alfabetización informática que organizamos el año pasado en nuestra sede colegial y que permitió que muchos compañeros/as, “perdiéndole el miedo” para siempre, descubrieran el manejo del ordenador, y sus programas básicos, la herramienta Internet y sus posibilidades, las ventajas de estar conectado, etc., las compañeras de Prisma5 pu-

ron en marcha un “AULA PERMANENTE DE INFORMÁTICA” que por espacio de dos horas a la semana, y en el Círculo de la Amistad, ha puesto a disposición de los interesados, no solo los “antiguos alumnos” del curso sino cualquier compañero, la posibilidad de reforzar contenidos concretos en los que ya están familiarizados, o resolver dudas de forma práctica y personalizada tanto de informática como en general en lo referente a nuevas tecnologías.

Hemos visitado recientemente, en el polígono de la Torre-cilla la sede de DIARIO CÓRDOBA, el más veterano diario cordobés en activo.

En el salón de actos un video nos fue desvelando aspectos sumamente interesantes acerca del periódico: las distintas ubicaciones que ha tenido en el callejero de la ciudad, su dilatada trayectoria e hitos clave... También nos proyectaron una selección de portadas que fueron “mediáticas” en su día o recogieron acontecimientos que hicieron historia; nos presentaron datos significativos como el volumen de lectores (es el diario local más leído en nuestra ciudad y su provincia), y la tirada diaria. Capítulo importante fue explicarnos las vías de financiación del periódico y, en definitiva, el proceso que sigue la noticia desde que ésta surge hasta que aparece publicada, cómo se organiza el trabajo, el número de empleados en plantilla, su formación, etc.

Pasamos a recorrer las instalaciones. La redacción - que si bien es un hervidero por la tarde, - está más tranquila por la mañana, cuando fuimos nosotros, ya que los periodistas están desplegados cubriendo la actualidad en los puntos de interés informativo. Allí nos demostraron cómo se maquetan las noticias en las páginas, la distribución de las secciones, etc.



Terminamos visitando en la planta de impresión la imponente rotativa: nos impactaron sus dimensiones, su eficaz engranaje “en cadena”, su volumen de producción y veloz rendimiento (sobre todo por la noche y de madrugada) y, al ser ésta una base logística principal, la cantidad de revistas, prensa y publicaciones periódicas que desde aquí ven la luz y se distribuyen a todo el territorio andaluz.

Para visitar la GALERIA de arte ARC EN CIEL nos citamos en la plaza de san Hipólito, aprovechamos para desvelar su antiguo nombre “con ángel” debido a nuestro custodio san Rafael y también nos detuvimos por qué Córdoba tiene un pasaje dedicado a Córdoba de Veracruz y muy especialmente el busto, en su centro, de Lázaro Cárdenas, recordando el sonrojante episodio de su inauguración... y sobre todo revisando la biografía y gestión política del presidente mexicano, que además acogió a numerosos exiliados de la guerra civil española.

Maite Béjar una de las más activas promotoras culturales de la ciudad, nos esperaba para invitarnos a su “punto de encuentro” la galería Arc en Ciel ubicada en su propia vivienda en la calle Alonso de Burgos.

Tras presentarla como merece y reparar con ella la trayectoria de la galería, que arranca en 1982, - y ha sido y es foro de debate artístico y poético - nos seleccionó y comentó algunas de las obras más significativas de la colección que ha conseguido reunir (entre pintura, escultura, grabado, carteles parisinos y algunas antigüedades). También



nos acercó su visión personal del panorama de la creación contemporánea en Córdoba además de interesantes criterios para entender y apreciar la obra de arte.



Destacamos su entusiasta vitalidad, su amor por Córdoba, su afán por dar oportunidad y cobertura a los jóvenes talentos, su “ojo clínico” para la obra artística, su concepto de galería polivalente y acogedora y su defensa de un lenguaje accesible para divulgar el arte contemporáneo.

En marzo nos esperaba la exposición “LOS MAESTROS DEL BARROCO DE LA COLECCIÓN FUNDACIÓN CAJA-SOL (piezas singulares, ss. XVII y XVIII)”. Una convocatoria

muy concurrida porque era una oportunidad que no quisimos dejar escapar de admirar una muy selecta y escogida muestra de los grandes maestros del Barroco andaluz como Murillo, Zurbarán, Alonso Cano y Valdés Leal.



Cada una de las 9 obras magistrales que componían la muestra estuvo acompañada por una acertada explicación para contextualizarla adecuadamente y entender su significado e importancia: conociendo a su autor y sus motivaciones, la técnica compositiva (los planos, contrastes de luces, sentidos ascendente y descendente de las figuras, la gama cromática...), así como los sentimientos que emanan de cada obra, las temáticas que desarrollan y la rica simbología que encierran.

Para terminar, además de entregarnos un magnífico material y guía didáctica a cada asistente, realizamos un interesante taller que gracias a un audiovisual y la proyección de vídeos de películas (como el Capitan Alatriste) nos permitió de manera interactiva y aplicada repasar las claves del contexto histórico y social en el que se desarrolla el Barroco.

CLAUSURA CURSO ACADÉMICO 2014-2015

“Los imperios del Sahel: Siglos X al XIX

Prof. Carlos Pera Madrazo

Salón de Actos Residencia Militar “Gran Capitán”

(Avda. República Argentina, 28. Córdoba)

10 de junio de 2015 (miércoles) 20 h.



XIX SEMANA CULTURAL “GALENO”

Córdoba 1 a 6 de junio de 2015

Salón de Actos CajaSur (Reyes Católicos, 6)
Sala de Exposiciones C.O.A. (Reyes Católicos 1)



CLUB DE SENDERISMO

“ANDA, ¡YA!”

Conócenos en <http://andayacordoba.blogspot.com.es>

RUTA ESPECIAL:

26/28 junio 2015. Sierra Nevada

PRÓXIMA RUTA: - 6 de junio. Remontando ríos en la Axerquía

malagueña. Cahorros del Higuero. Frigiliana (Parque natural de las sierras de Tejera y Almijara). Málaga. 15 Kilómetros aproximadamente. Dificultad media-baja.

SENDERISMO RUTAS DEL GOLLIZNO (MOCLÍN) - CIMBARRA (ALDEAQUEMADA) - CERROS BONALES Y TENDUDÍA (HUELVA-BADAJOS)

Texto: J.R. Cano

Fotos: JC. Coletto

Entrado el 2015, su primer trimestre nos ha regalado tres rutas que han dejado huella en los afortunados que llenábamos los autocares con el deseo de pasar una buena jornada. La fecha 17 de enero fue el inicio y salimos hacia Moclín para atacar la primera del año. Esta ruta, circular, se divide claramente en dos partes, comienza con una constante bajada hasta el pueblo de Olivares y el río Velillos y termina con una prolongada subida de nuevo a Moclín. En gran parte es llamada Ruta del Gollizno.

Su recorrido está jalonado por numerosos puntos de interés, como un mirador sobre el valle, donde se contempla el magnífico Castillo de Moclín con doble muralla y varias atalayas que rodeaban defensivamente al pueblo en su época medieval; otro mirador desde donde se observa el pueblo de Olivares y al fondo Sierra Nevada; la ermita de las Angustias y un merendero, y por fin, al llegar a Olivares accedemos al río Velillos, con el que continuaremos durante un buen trecho, pasando por el molino de Blanquillas y la Fabrica de la Luz, al rodear el Cerro Alto.

Desde aquí un puente recién construido nos permite cruzar a la otra orilla, donde veremos en seguida la Fuente de la Buena-ventura, lugar que inspiró al escritor Pedro Antonio de Alarcón en un relato sobre el bandolero Parrón. Se continua por los Tajos de la Hoz, garganta producida por el río y al llegar a la antigua Presa de la Luz, se atraviesa un excitante puente colgante que hizo las delicias de muchos y el temor de algunos por el vértigo y el movimiento del mismo, que sigue con una pasarela de madera sobre uno de los laterales, donde puede verse la Hierba Lucía, planta autóctona, de difícil localización y en peligro de extinción. Después otro mirador donde vuelven a divisarse las atalayas o torres vigías, luego la Fuente de la Corcuela, donde aprovechamos para refrescarnos, descansar y comer, y más tarde un roquedo donde se ubican las pinturas rupestres de la Corcuela, de época neolítica, con escenas de caza. Un poco más adelante hemos concluido la subida y con ello nos encontramos de nuevo en Moclín, en la ermita de S. Antón, que celebra su festividad del día. Ascendemos al impresionante Castillo, que servía de enlace con el de Alcalá en la frontera árabe-cristiana, que se vislumbra nítidamente en la lejanía, luego a la iglesia de la Encarnación, y después a unas trincheras y búnkeres de la guerra civil. Aquí el autocar nos recoge para situarnos en la cercana pedanía de Tózar, donde en un reducido espacio de terreno se encuentra su Ruta arqueológica, con un dolmen prehistórico, tres silos romanos, un conjunto de tumbas visigodas en la roca, y un poblado rural andalusí, con abundante cerámica. En este punto se da por finalizada la interesante excursión y el autocar nos transporta hasta Córdoba en espera de la siguiente.

Y ésta no se hace esperar. El día 14 de febrero, día de S. Valentín, nos enamoramos de otra ruta emblemática, en Aldeaquemada, visitando el Paraje Natural de la Cimbarra. Consta de un itinerario con un leve descenso en su primera mitad y un continuo subir y bajar en la final.

Se empieza desde Aldeaquemada por un sendero que busca el curso del río Guarrizas, que seguiremos en adelante con un abundante bosque de ribera, cruzándolo en un par de ocasiones, y después el arroyo de las Pasaderas, que confluye un poco más adelante. A continuación nos encontramos un abrigo en la roca, con pinturas rupestres, denominado la Tabla de Pochico, con escenas de caza y esquemas, que después de ver, dejamos atrás para desembocar en una explanada o collado de la Cimbarra. desde donde se entra en un trepidante sube y baja a toda la zona más bella del recorrido. Primero, separándonos del río e incorporándonos a uno de sus afluentes, el Martín Pérez, visitamos la





preciosa cascada del Cimbarillo, en medio de un intenso follaje y un pequeño cañón. Volviendo al cauce del Guarrizas nos topamos con la laguna del Charco del Negrillo, con una pequeña cascada también, que algunos valientes sortean para contemplarla desde arriba, y poco después un incesante ruido nos avisa de la proximidad de la espectacular cascada de la Cimbarra, con un salto de unos 40 metros, que se observa perfectamente desde una plataforma rocosa o mirador, llamado Plaza de Armas. Para verla más de cerca se puede bajar un camino que accede a ella y luego la rodea para continuar por encima, cosa que hacen otros valientes, juntándonos todos de nuevo tras pasar un molino, en la anterior explanada o collado, para desandando camino junto al río, alcanzar el punto en el que se juntaba con el arroyo de las Pasaderas, donde surge a la orilla de éste otra senda que nos conduce al pueblo, donde comemos. Y aquí, localizado el autocar y con posterior refresco y descanso en ruta, volver de nuevo a Córdoba con la esperada sensación y satisfacción de un día formidable.

Llegado Marzo en su día 14, el Club tenía preparada una ruta continuando con su programa de llegar a los techos de todas las provincias andaluzas y en esta ocasión, iba a ser el de Huelva. Como la distancia era notoria, el viaje se adelantó un día para hacer noche en Aracena y estar dispuestos a primera hora del sábado para caminar. Esta coyuntura fue aprovechada fenomenalmente, para dar cuenta en la noche del viernes de una redada por las tabernas y bares de la localidad y saciarnos con sus sabrosos platos y caldos. Además íbamos a hacer un dos por uno, porque al estar la cima más alta de Badajoz al lado de la otra, subiríamos también a ella.

Por ello, al levantarnos y desayunar en el hotel, tomamos el autocar hasta Arroyomolinos de León, donde comenzamos la ruta, que es de ascenso continuo, suave pero continuo. Primero pegados al arroyo del Abismo y a muros de piedra entre la dehesa de encinas y alcornoques, pasamos el antiguo Molino de la Llave y luego giramos hasta alcanzar el puerto de Gila. Continuamos



rodeando los cerros Milano y de la Encina entre la arboleda para al llegar al Cortijo del Portugués tomar la senda que conduce directamente al Cerro de los Bonales, motivo de nuestro desafío. En un corto espacio nos plantamos en la cumbre, señalada por un palo sujeto con algunas piedras en la base. Es el techo de Huelva, pero no del cerro, porque a unos 200 metros hay una elevación ligeramente mayor, señalada de igual forma, pero que ya queda fuera de Andalucía y es la segunda mayor cota de Badajoz. Tomadas las correspondientes pruebas fotográficas en ambos sitios, volvemos por la senda de nuevo hasta el cortijo, para continuar por la Solana de Bonales y atravesando un bonito caserío hacia el puerto de los Ciegos, ya que desde el cerro una cerca cerrada nos impedía hacerlo, aunque estaba más próxima. Desde aquí ya es muy fácil acceder al Monasterio de Tentudía, destino último del viaje, aunque quede una fuerte pendiente final. Este lugar que es el más alto de Badajoz, y cuyo punto geodésico se encuentra en el campanario, nos sirve para comer y retomar fuerzas, con el placer del deber cumplido. Una vez hecha la visita al monasterio, en su planta baja con una nave central y dos capillas laterales a Santiago y S. Agustín, un altar con la tumba del fundador a un lado y un destacable retablo mezcla de mudéjar y renacentista con una imagen de la Virgen de Tentudía. A los lados, el claustro con un aljibe y dos galerías en sus plantas alta y baja con unas bonitas arcadas. Después tomamos el autocar, que pasadas unas horas nos devolvía a nuestra cotidianidad de Córdoba.



RUTA CULTURAL-GASTRONÓMICA CORIA DEL RÍO (SEVILLA)

La primera ruta cultural-gastronómica del año 2015 era a Coria del Río para visitar parte de su conjunto cultural. y así el día 31 de enero parte el autocar de Córdoba con los expedicionarios interesados en tal evento.

Llegados al destino el guía Jose nos encamina por sus calles con dirección al Museo de la Autonomía de Andalucía, en cuyo vestíbulo se contempla un audiovisual sobre la figura de Blas Infante, padre de la Patria Andaluza. A continuación, atravesando unos jardines se accede a su Casa-Museo que él mismo diseñó y construyó en 1931, sobre un altozano que domina el río Guadalquivir.

Es llamada Casa de la Alegría o Dar al-Farah y por los vecinos del pueblo, el castillo de D. Blas, por su fachada que evoca tiempos medievales con elementos decorativos de inspiración andalusí.

La visita por la casa comienza por el dormitorio de la madre, de exuberancia decorativa en contraste con el sobrio exterior.

Luego, su despacho profesional, donde desarrolló y compaginó sus prácticas de notario y abogado. Sigue después el comedor, lleno de pinturas murales de escenas andaluzas. A continuación se visita el dormitorio de las hijas, donde se observa otro audiovisual en el que tres personajes contemporáneos y cercanos a él nos muestran su visión sobre su filosofía y personalidad. Más tarde se accede a la cocina, donde ahora se muestra un Proyecto de Estatuto de Autonomía para Andalucía que el comienzo de la Guerra Civil quebró de cuajo. Después, la biblioteca con casi 1.500 ejemplares nos refleja en sus libros de Economía, Sociología, Historia y Filosofía, sus afanes sociales y políticos, en los de Música, Arte, Arqueología, Filología y Literatura sus inquietudes más íntimas y polifacéticas, y en los de Física, Botánica, Ciencias Naturales, Geografía y Religión, sus desvelos intelectuales y culturales. Para finalizar, se revisa la sala de música donde se halla el piano en el que se compuso el himno de Andalucía por el propio Blas Infante con la ayuda del maestro Castillo.

Terminada la visita, la comitiva se traslada al restaurante Sevruga, donde se da cuenta de una suculenta comida para asentar lo percibido durante la mañana, entre charla y charla, plato a plato.



ero, acabada ésta, de nuevo en el autocar para ir a la cercana localidad de Santiponce y contemplar el Monasterio de S. Isidoro del Campo, que fue fundado por Guzmán el Bueno en 1301, sobre una ermita mozárabe que la tradición cuenta como tumba de S. Isidoro, antes de su traslado a León. El hijo de Guzmán el Bueno construyó otra nave unida a la primera, y así son conocidas como las iglesias gemelas.

Al principio fue administrado por los monjes cistercienses y luego por los jerónimos, y después de muchas vicisitudes, desde 1956 a 1978, fue ocupado de nuevo por los jerónimos, y en la actualidad abandonado por ellos, es usado como seminario evangélico y centro de actividades culturales, después del comienzo de su rehabilitación en 2002, según nos comentó el guía. En un edificio con siete siglos de historia, los estilos arquitectónicos han ido evolucionando del mudéjar y gótico iniciales a renacentista y barroco.

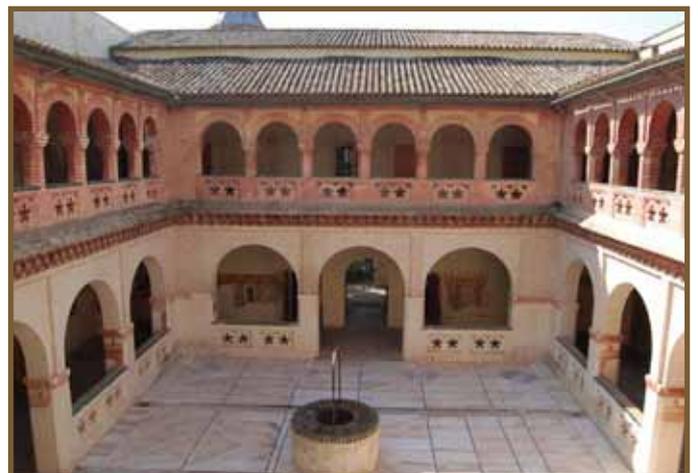
En el templo con las dos naves de estilo gótico y una espléndida portada mudéjar, destaca sobremanera el majestuoso retablo de Martínez Montañés, así como el coro y el facistol. Tiene dos claustros de estilo mudéjar, el de los Muertos y el de los Evangelistas, con maravillosos azulejos en el primero y magníficos frescos en el segundo.

La Sacristía y la Sala Capitular son de estilo renacentista y están decoradas a imitación del de El Escorial. Presentan como más valioso un retablo de la Virgen, la primera, y admirables pinturas murales del siglo XV, la segunda.

El refectorio de estilo gótico, junto a otro claustro también gótico, está presidido por un mural que representa la Santa Cena.

Y se completa el conjunto con una torre barroca y una espadaña, otros dos claustros, la hospedería, etc.

Digno también es de mención que en el Monasterio se tradujo al castellano la Biblia, y también tuvieron entrada libros prohibidos relacionados con el movimiento protestante, por lo que hubo monjes perseguidos y ejecutados. Por ello el monasterio es muy conocido en el extranjero y lugar de peregrinación para los evangelistas.





LA PRESIDENTA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA VISITA EL NUEVO EDIFICIO DEL IMIBIC

- El Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, en el que se han invertido 17,9 millones de euros, se convierte en el mayor de Andalucía con una superficie de 10.000 metros cuadrados

La presidenta de la Junta, Susana Díaz, visitó el pasado 2 de Febrero el nuevo edificio del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMI-BIC), que con 10.000 metros cuadrados de superficie, se convierte en el mayor centro de investigación sanitaria de Andalucía con una inversión de 17,9 millones de euros –tanto en estructura como en equipamiento - aportados por la Universidad de Córdoba, los fondos FEDER y las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía.

La presidenta estuvo acompañada en la visita por el rector de la Universidad Córdoba, José Carlos Gómez Villamandos, y el director científico del IMIBIC, Francisco Pérez Jiménez. La puesta en marcha de este edificio permite ampliar y mejorar los espacios hasta entonces dedicados a la investigación biomédica en la provincia de Córdoba, así como potenciar la investigación traslacional que ya venía desarrollándose en el seno del IMIBIC. Gracias a este carácter traslacional, la investigación básica y clínica se aproximan favoreciéndose así la transferencia inmediata de los avances a la realidad clínica y al desarrollo de nuevos tratamientos.

El edificio se encuentra situado en una parcela cedida por el Hospital Universitario Reina Sofía y situada frente a Urgencias. Las obras de construcción, que comenzaron en 2011 y finalizaron dos años después, han sido financiadas y ejecutadas por la Universidad de Córdoba. A lo largo de 2014, se completó la instalación del equipamiento. El nuevo edificio es la primera sede del IMIBIC desde su fundación en 2008 y sus instalaciones albergan los laboratorios donde trabajan los grupos de investigación. También será el lugar de trabajo de los equipos de gestión y dirección del centro y de los servicios comunes de apoyo a la investigación.

Especialización en Proteómica y servicios de Animalario

Con la entrada en funcionamiento del nuevo edificio, el IMIBIC potencia su unidad de apoyo a la investigación biomédica (UCAIB), compuesta por 7 unidades técnicas que pres-



tan soporte a los grupos de investigación. Gran parte de la financiación de estas instalaciones se ha dedicado a equipar a estas unidades (Proteómica, Genómica, Bioinformática, Microscopía y Citometría, Radioactividad, Animalario y Unidad de Grandes Equipos) con tecnología de última generación.

En concreto durante la visita, la presidenta conoció el espacio destinado a los nuevos equipos de Proteómica, una disciplina que se encar-

ga del estudio del conjunto de proteínas del cuerpo humano. La Unidad de Proteómica es una de las grandes apuestas del IMIBIC y el nuevo equipamiento científico ubicado en el edificio lo convierten en centro de referencia a nivel nacional.

En especial, merece destacar el equipo de espectrometría de masas Triple Tof 5600+, ya que es el primero de sus características en Andalucía. Este sistema –del que solo hay 4 unidades más en el resto del país- se utiliza para identificar y cuantificar proteínas y su alta resolución y velocidad de escaneo permite descubrir biomarcadores que serán muy útiles en el diagnóstico y predicción de enfermedades y en la definición de nuevas dianas terapéuticas.

También debe destacarse el equipamiento destinado al animalario experimental, ubicado en el sótano. Es una nueva infraestructura que cuenta con una superficie de 900 metros cuadrados donde pueden encontrarse 7 estabularios para ratas y ratones, una zona de limpieza, una sala de curas, 4 salas de procedimientos animales, una sala de cuarentena y un quirófano experimental que está siendo actualmente dotado de las últimas tecnologías de procedimientos quirúrgicos e integrado audiovisualmente con visión 3D. Este animalario cuenta también con 2 salas confinadas especialmente para trabajos con isótopos radioactivos que permiten llevar a cabo análisis con técnicas que incluyen el uso de este tipo de elementos bajo las más altas condiciones de seguridad.

Líneas de investigación

En estas instalaciones se desarrollarán investigaciones centradas en los cinco programas científicos del IMIBIC, a saber:



envejecimiento activo y fragilidad; nutrición, enfermedades endocrinas y metabólicas; enfermedades infecciosas, inmunológicas y trasplante de órganos; cáncer y enfermedades crónicas e inflamatorias como las cardiovasculares o las renales.

La presidenta visitó algunos de los laboratorios en los que los investigadores desarrollan sus proyectos de investigación. En concreto, se ha visitado el espacio dedicado a las enfermedades autoinmunes y a diferentes líneas de investigación en Nefrología. Los estudios de estos científicos han demostrado, por ejemplo, que el tratamiento con fluvastatina -un fármaco de la familia de las estatinas utilizado para disminuir el nivel de colesterol- es también efectivo en el tratamiento de la patología cardiovascular presente tanto en pacientes con síndrome antifosfolípido y con lupus. Por otro lado, entre los trabajos centrados en enfermedad renal crónica destacan aquellos que estudian el papel de diferentes dietas con magnesio en la regulación del fósforo en el organismo.

Estructura de la nueva sede y restos arqueológicos

El edificio está distribuido en seis niveles, dedicándose las plantas primera, segunda y tercera a laboratorios y los servicios de apoyo a la investigación. Por otro lado, el sótano está destinado al animalario, la entreplanta acoge las instalaciones de mantenimiento y en la planta baja se encuentran los despachos del área de gestión y dirección y espacios comunes dedicados a salón de actos, sala de formación y cafetería.

Al iniciar los trabajos de construcción, se descubrieron unos restos arqueológicos -una almunia del siglo X y una calle del arrabal- que tras los correspondientes informes técnicos, fueron convenientemente protegidas, cubriéndolas con geotextil y arena. Se trata de un triángulo que se encuentra en el extremo norte del solar. Estos restos, tal y como se anunció en su día por parte de la Universidad de Córdoba y la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales han quedado integrados en el edificio y, aunque actualmente no son visibles, en el futuro quizás puedan ser puestos en valor de manera que desde algunas zonas comunes puedan ser observadas.

Logros: innovación y empleo

El Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) es uno de los 22 institutos acreditados en España para la investigación sanitaria por el Instituto de Salud

Carlos III. Fue creado en 2008 a partir de un acuerdo entre la Consejería Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía y la Universidad de Córdoba. Se trata de un espacio de investigación multidisciplinar en el que trabajan conjuntamente científicos procedentes del ámbito sanitario (fundamentalmente del Hospital Universitario Reina

Sofía y centros de Primaria de la provincia) y universitario (de la Universidad de Córdoba) para la mejora de la salud de los ciudadanos y el desarrollo social y económico de la provincia de Córdoba.

El IMIBIC lo constituyen más de 450 investigadores repartidos en 37 grupos de los que un 65% son grupos de ámbito asistencial, tanto del Hospital Universitario Reina Sofía hospitalarios como de atención

primaria. De estos 37 grupos, 20 trabajarán en las nuevas instalaciones.

Desde su creación, el IMIBIC ha crecido tanto en tamaño como en la calidad de sus investigaciones. En concreto, destaca el aumento del 60% en el factor de impacto de las publicaciones desde 2009. También el impulso a la innovación ha sido uno de sus grandes pilares. Se han promovido 57 registros de la propiedad industrial/intelectual, de las que se han licenciado 11. Fruto de esta actividad, se han creado 5 empresas en el seno del Instituto.

Por otro lado, entre los proyectos de investigación, destacan tres grandes iniciativas de innovación tecnológica que son pioneros a nivel nacional y cuya financiación -que asciende a 9,5 millones de euros en total-procede de fondos FEDER y del Ministerio de Economía y Competitividad concedidos a la Universidad de Córdoba. Uno de ellos es el proyecto Broca, que persigue desarrollar el prototipo del primer robot quirúrgico español con visión 3D y con sensaciones hápticas (tacto). En él, se han unido para trabajar de forma conjunta ingenieros expertos de dos universidades andaluzas -Córdoba y Málaga-y cirujanos de 6 especialidades quirúrgicas, procedentes del Hospital Universitario Reina Sofía. Con este proyecto, Andalucía se ha situado a la vanguardia de la robótica aplicada a la salud. Por otro lado, otro de los grandes logros del IMIBIC es convertirse en un potente motor de generación de empleo. En concreto, desde su creación en 2008 el Instituto ha triplicado su plantilla. Especialmente llama la atención que desde 2011 a 2013, la plantilla experimentó un incremento del 182%, alcanzando un total de 117 empleados para labores de investigación y gestión.





Ingenieros y cirujanos andaluces presentan el primer robot quirúrgico hecho en España

Un equipo de ingenieros y cirujanos andaluces, en su mayor parte de Córdoba, ha desarrollado el prototipo del primer robot quirúrgico español. Es el resultado de un proyecto de innovación tecnológica financiado con fondos FEDER y del Ministerio de Economía y Competitividad. El prototipo se presentó el pasado 26 de Marzo en el marco de una Jornada Nacional de Robótica Quirúrgica que se ha celebrado en el nuevo edificio del IMIBIC.

Este proyecto es pionero porque ha contado desde el principio con la asesoría de los cirujanos para el diseño y la fabri-

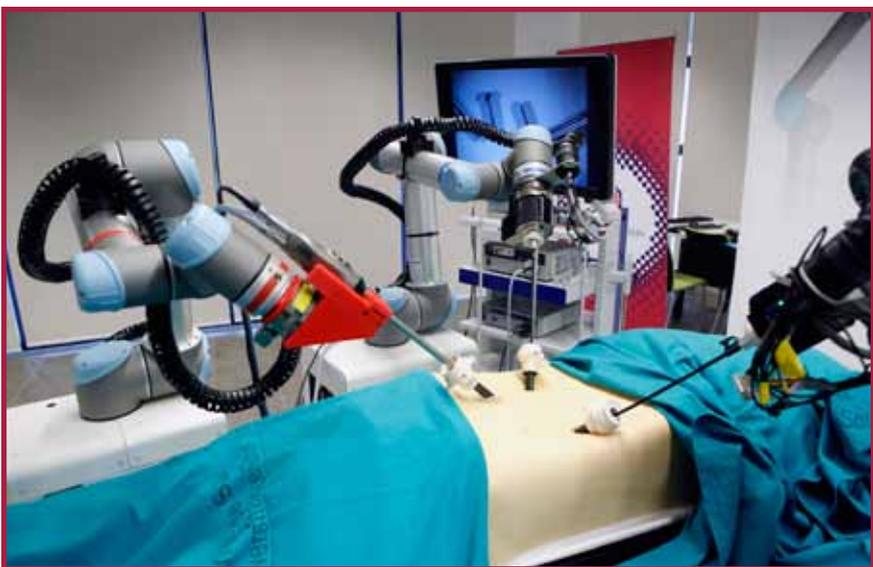
cación del dispositivo. El objetivo de esta colaboración entre ingenieros y médicos era aportar ventajas y valor añadido frente a la oferta que en estos momentos ofrece el mercado en el campo de la cirugía laparoscópica. “Actualmente, el mercado solo ofrece una solución compleja, menos flexible y, sobre todo, muy costosa que dificulta el acceso de muchos profesionales a esta tecnología”, afirma María José Requena, jefa del Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía y una de las coordinadoras del proyecto. Rafael Medina, catedrático de Ciencia de la Computación e Inteligencia Artificial de la Universidad de Córdoba y otro de los coordinadores, apunta que “nuestra meta era democratizar la cirugía robótica a través de una herramienta práctica, versátil y mucho más económica que pudiese ser utilizada en distintas especialidades quirúrgicas”.

En el desarrollo del prototipo participa el Servicio Andaluz de Salud a través de los cirujanos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, que actúan como asesores del equipo de ingenieros. En concreto, participan todos los responsables de las unidades de gestión clínica de Cirugía General y Digestiva, Cirugía Torácica, Cirugía Cardiovascular, Ginecología, Cirugía Pediátrica y Urología de este centro sanitario cordobés. En relación al desarrollo técnico del robot, la Universidad de Córdoba adjudicó el proyecto al centro de investigación aplicada TECNALIA que, junto con el grupo de Robótica Médica de la Universidad de Málaga e ingenieros de la Universidad de Córdoba, se ha encargado del desarrollo técnico.

Principales ventajas: flexible, simple y barato.

El fin último de la incorporación de la robótica a la cirugía es desarrollar tecnología más simple y con mejor coste-efectividad para los sistemas sanitarios. Con esta premisa, el proyecto BROCA se ha desarrollado con unas características que permiten utilizar material fungible convencional de cirugía laparoscópica que ya existe en el mercado. Esto supone una ventaja que redundará en los costes derivados tanto del uso como del mantenimiento del robot.

Por otro lado, otra de los objetivos de los cirujanos era conseguir un robot que no precise de





quirófanos adaptados ni de grandes espacios. La configuración simple y flexible del robot BROCA le permitirá ser utilizado en los quirófanos que habitualmente se usan en cirugía laparoscópica. En concreto, el robot se compone de tres brazos que pueden operar tanto de forma coordinada como de forma individual y, por tanto, el cirujano podrá adaptarlo en función de las necesidades de cada intervención. Además, la estructura metálica que soporta a los brazos robóticos es poco voluminosa, inalámbrica y fácil de mover, esencial en caso de que la intervención se reconvierta a cirugía abierta.

Visión 3D y sensaciones hápticas

Otra de las principales novedades del robot BROCA es que permitirá al cirujano operar sentado frente a una pantalla con visión 3D empleando simplemente unas gafas y no dentro de una consola –única solución que ofrece el mercado actualmente. Gracias a ello, podrá controlar todo lo que acontece en quirófano. Este sistema en 3D aumentará la confianza del cirujano, ya que la visión del campo quirúrgico será similar a la que se tiene en la cirugía abierta convencional.

Por otro lado, los mandos con los que operará el especialista emularán la instrumentación de laparoscopia, lo cual facilitará su aprendizaje. El robot también estará dotado de un sistema que emulará sensaciones táctiles en los mandos para ofrecer al cirujano información de interés, una característica esencial ya que aumenta la percepción sensorial del especialista al operar.

Proyecto BROCA: motor de desarrollo regional

El proyecto BROCA está dirigido y coordinado por la Universidad de Córdoba y el Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). BROCA fue concedido por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) en 2012 a la Universidad de Córdoba a través del procedimiento de Compra Pública Precomercial y su financiación asciende a 3,2 millones de euros. Estos fondos proceden en un 80% de los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) y en un 20% del MINECO.

BROCA fue el primer proyecto de Biomedicina en esta modalidad contractual por el MINECO y los FEDER que tiene como objetivo favorecer el desarrollo de nuevos productos tecnológicos en colaboración con la empresa privada para reforzar el papel de las administraciones públicas como impulsoras de la innovación empresarial.

El proyecto es un ejemplo de cómo iniciativas de Compra Pública Precomercial contribuyen tanto a la innovación tecnológica del tejido empresarial como al desarrollo social y económico de las regiones en estrecha colaboración entre entidades privadas, universidades y centros públicos de investigación. En concreto, el proyecto ha generado 21 puestos de trabajo directos desde 2012 y el correspondiente desarrollo de empleo indirecto.

El proyecto finaliza en diciembre de 2015 y, a partir de este momento, el prototipo será entregado a la Universidad de Córdoba –entidad adjudicataria del Proyecto- para que el robot pueda ser certificado y posteriormente validado.

Te protegemos siempre, pase lo que pase

Todos somos susceptibles de padecer interrupciones laborales derivadas de una enfermedad o un accidente

Tanto las prestaciones públicas como las indemnizaciones ofrecidas por las mutuas colegiales resultan insuficientes.

PROTECCIÓN económica para GARANTIZAR tus ingresos ante una situación de incapacidad temporal total laboral

Indemnización Mensual	1.500 € - (50 € diarios)	2.250 € - (75 € diarios)
Franquicia - 0 días	42,53 €	63,79 €
Franquicia - 7 días	33,08 €	49,61 €
Franquicia - 15 días	23,54 €	35,26 €

Prima mensual, calculada para menores de 50 años. Si su edad es superior, consulte con:

Iberbrok
CORREDURÍA DE SEGUROS

iberbrok
CORREDURÍA DE SEGUROS

Iberbrok Correduría del Ilustre Colegio de Médicos de Córdoba
 Telf.: 957 470323 - email: cordoba@iberbrok.es
 Benito Montoro Tisoar (Dpto. Comercial) - Móvil: 666.519037 - email: benito.montoro@iberbrok.es



MÉDICOS al día

EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA DEL SAS REALIZA MÁS DE 40.000 EXPLORACIONES A MUJERES CORDOBESAS

La Junta de Andalucía apoya el manifiesto del GEICAM para fomentar la investigación en cáncer de mama y la promoción de hábitos saludables

El programa de detección precoz de cáncer de mama realizó más de 40.000 exploraciones a mujeres cordobesas durante 2014. Así lo ha explicado la delegada de Igualdad, Salud y Políticas Sociales durante el X Simposio sobre cáncer de mama organizado por el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

En la inauguración de este encuentro, se instó a las instituciones y a la sociedad a fomentar la investigación a través de la participación en ensayos clínicos, a promover y fomentar hábitos de vida saludables para prevenir la aparición del cáncer de mama y a incorporar las técnicas innovadoras que vayan apareciendo en el panorama científico al tratamiento de esta patología.

El cáncer de mama es, en palabras de la delegada M^a Isabel Baena, “una de las enfermedades oncológicas con mayor índice de supervivencia, especialmente cuando su diagnóstico es precoz, logrando ser superado en ocho de cada diez casos”. De ahí la importancia de que “las mujeres se conciencien sobre la importancia de asistir a las revisiones periódicas y sigamos incrementando la tasa de participación en el programa hasta alcanza el porcentaje más cercano al 100% posible”.

El desarrollo de este programa de detección precoz ha permitido localizar 166 tumores en mujeres cordobesas que han sido convenientemente tratados, empleando en la mayor parte de los casos (60%) cirugía conservadora para disminuir los daños causados por el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y mejorar la calidad de vida de estas mujeres. El objetivo es reducir el porcentaje de tumores detectados en estadios avanzados que en Andalucía ha pasado del 26% al 10% en los 25 años de funcionamiento de este programa, propiciando un notable descenso de la mortalidad por esta patología.



CÓRDOBA LLEGA A LOS 60 DONANTES POR MILLÓN DE POBLACIÓN



El Hospital Reina Sofía, que registra en enero y febrero de 2014 un incremento del 140% en trasplantes de órganos, celebra el primer aniversario del ‘Jardín de los trasplantes’

La provincia de Córdoba ha conseguido un nuevo hito histórico al alcanzar el pasado año 60 donantes por millón de población, la segunda estadística más alta de su historia que sitúa la generosidad de los cordobeses en el ámbito de la donación muy por encima de la media andaluza (37,5 donantes por millón de población) y nacional (36 donantes por millón de población).

Este hito, logrado en el marco de la conmemoración el pasado año del 35 aniversario del primer trasplante en el Hospital Universitario Reina Sofía, si bien a la tasa más alta se había llegado en 2009 con 70 donantes por millón de población, año en que se celebró el 30 aniversario del primer trasplante.

Además, este hospital ha realizado en los dos primeros meses del año 36 trasplantes de órganos (15 en 2014), un 140% más que en enero y febrero del pasado año. Asimismo, en estos dos meses se ha duplicado el número de donantes registrados, pasando de 6 en 2014 hasta situarse en 12 en 2015 (dos de ellos en asistolia).

En el conjunto de los hospitales andaluces se ha practicado en estos dos primeros meses de este año 150 trasplantes de órganos (91 en 2014), un 65% más en el mismo periodo del pasado ejercicio, un incremento que se sitúa por encima de la subida del 12% registrada a nivel nacional.

El balance anual de donación y trasplante del pasado año en el Hospital Reina Sofía arroja que se registraron 48 donantes de órganos (6 más que en el ejercicio anterior) y que se llevaron a cabo a cabo 293 trasplantes, de los que 149 fueron de órganos (51 de riñón, 12 de corazón, 26 de pulmón, 54 de hígado y 6 de páncreas) y 144 de tejidos (82 de progenitores hematopoyéticos y 62 de córnea).

Los profesionales del complejo sanitario han realizado en estas tres décadas y media (de 1979 a diciembre de 2014) un total de 6.360 trasplantes de órganos y tejidos que han permitido mejorar y recuperar la salud a pacientes de todo el país (1.424 renales, 1.159 hepáticos, 599 cardíacos, 443 pulmonares, 191 de páncreas, 1.019 de córnea y 1.525 de progenitores hematopoyéticos). Por otra parte, a lo largo de la historia de este centro se han contabilizado ya 827 donantes. Numerosos hitos jalonan la historia del programa estrella de este hospital, que se sitúa entre los principales referentes en donación y trasplante a nivel nacional.

EL CENTRO DE SALUD LUCANO LOGRA SUPERAR LA FASE 2D DE LA ACREDITACIÓN PARA LA HUMANIZACIÓN DE ASISTENCIA AL NACIMIENTO

UNICEF y la OMS reconocen el trabajo de sus profesionales en la promoción de la lactancia materna

El centro de salud Lucano ha finalizado la fase 2D del proceso de acreditación del IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia) fruto del trabajo de sus profesionales en la promoción de la lactancia materna entre sus pacientes por los grandes beneficios para la salud de los lactantes y madres.

En el ámbito nacional solo existen seis centros acreditados en este nivel (fase 2D), siendo uno de los primeros centros que la supera en Andalucía de los 17 que están incluidos en este proyecto internacional. Los objetivos de la IHAN son, entre otros, permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos; apoyar el inicio precoz de la lactancia materna y promover la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

El reconocimiento al centro de salud fue recogido por Francisco Javier Navarro Quesada y María Rosario Montes Montes, pediatras de este centro de atención primaria durante la celebración de las Jornadas IHAN-UNICEF que tuvieron lugar recientemente en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Madrid. Con esta distinción se destaca al Centro Lucano como referencia en la provincia de Córdoba en el asesoramiento a grupos de lactancia, por el apoyo de políticas pro lactancia y respeto a la crianza y por el reflejo de este trabajo en redes sociales.

Los requisitos para obtener el galardón IHAN se resumen en siete pasos, basados en pruebas científicas y aprobadas como estándares de práctica clínica. Se requiere además que las prácticas del centro de salud sean consecuentes con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y que el Centro de Salud demuestre una mejora en sus cifras de lactancia tras la implantación de la estrategia.

El proceso de acreditación se organiza en cuatro fases denominadas habitualmente con las 'Cuatro D': Descubrimiento, Desarrollo, Difusión y Designación. La fase de Desarrollo de la iniciativa (denominada 2D) que se acaba de acreditar contempla la realización de actividades como elaborar un documento escrito con los objetivos, principios y estándares mínimos aplicables en la atención a gestantes, madres lactantes y sus hijos, y se confecciona un plan formativo para profesionales además del proyecto educativo dirigido a las gestantes que incluye talleres de lactancia materna.



Francisco Javier Navarro y María Rosario Montes, pediatras del centro de atención primaria Lucano recogen la acreditación

UNOS 200 ESPECIALISTAS REVISAN EN CÓRDOBA LOS PRINCIPALES AVANCES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Córdoba concentra el mayor número de expertos en el tratamiento integral de las patologías de nariz, garganta y oído en pacientes adultos e infantiles de toda su historia.

Alrededor de 200 especialistas de todo el país, entre ellos figuras de máxima relevancia, asisten en Córdoba al XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial (SORLA) celebrado los días 16, 17 y 18 de abril, coincidiendo con la celebración hoy del Día Mundial de la Voz. En el encuentro, participan como ponentes expertos españoles para dar a conocer su experiencia y presentar los resultados de las nuevas técnicas que, con gran éxito y aceptación, llevan a cabo en sus respectivos centros.

A la inauguración del encuentro han asistido la delegada territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, María Isabel Baena, la directora gerente del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Marina Álvarez, el Presidente de la SORLA, Francisco Esteban, el Presidente de la Comisión de Rinología (SEORL), Miguel Armengol, y el Presidente del Comité Organizador, Alfredo Jurado.

El presidente del comité organizador y responsable de la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Reina Sofía, Alfredo Jurado Ramos, indica que al congreso se han sumado tres encuentros científicos más que han permitido que "Córdoba concentre el mayor número de expertos en el tratamiento de las patologías de nariz, garganta y oído de su historia".

Las otras citas han sido la XVII Reunión de Primavera (Comisión de Rinología y Alergia de la Sociedad Española de Otorrinolaringología), el VI Encuentro Anual de Residentes de la SORLA y el II Curso Práctico de Voz Profesional y Cantada que organiza el Hospital Universitario Reina Sofía.

El doctor Jurado apunta que el congreso, que por tercera vez se celebra en Córdoba, ha permitido una revisión completa y exhaustiva de todos los temas científicos de actualidad, tanto médicos como quirúrgicos, que permiten ofrecer una atención integral de las distintas patologías de la especialidad a adultos y a pacientes pediátricos. Añade que "entre los tratamientos médicos más novedosos figuran los fármacos basados en inmunoterapia y en anticuerpos monoclonales. En relación con el abordaje endoscópico, las principales indicaciones se realizan a nivel de nariz y laringe. Además, las intervenciones quirúrgicas tratan de ser cada vez menos agresivas y destaca, por ejemplo, el uso del láser en la cirugía de laringe cuando se ha podido realizar un diagnóstico precoz".





DERMATÓLOGOS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA PARTICIPAN EN LA CAMPAÑA EUROPEA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PIEL

Impartirán conferencias y también harán revisiones y estudios cutáneos del 1 al 5 de junio a todas las personas que previamente lo soliciten.

Dermatólogos del Hospital Universitario Reina Sofía participan un año más en las actividades organizadas en el marco de la campaña europea del Euromelanoma 2015, que ha sido presentada recientemente y que lleva por lema este año 'El cáncer de piel se puede ver, detéctalo a tiempo, se puede tratar'. Esta estrategia global pretende concienciar sobre el cáncer de piel para evitar su desarrollo y realizar un diagnóstico precoz.



A esta presentación acudieron la delegada de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, María Isabel Baena; la gerente del hospital, Marina Álvarez y los dermatólogos José Carlos Moreno, Antonio Vélez y José Espejo. Los especialistas insisten en la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz y recuerdan las precauciones que se deben tomar a la hora de tomar el sol, lejos de las modas y cuidando siempre de la salud.

Una de las iniciativas de esta campaña consiste en que los dermatólogos reservaron consultas para quienes previamente lo solicitaron al objeto de informarles de la importancia de protegerse del sol, resolver todas sus dudas sobre manchas, lunares y otras alteraciones de la piel y hacerles un estudio cutáneo para examinar posibles lesiones sospechosas. Es ésta una de las actividades incluidas en esta campaña europea, que en España organiza la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y en la que colaboran más de 30 países.

Además, entre otras actividades desarrolladas figuran conferencias a principios de mayo en Córdoba –en centros de salud, la Facultad de Medicina y el Colegio de Farmacéuticos– sobre diagnóstico precoz, fotoprotección y euromelanoma, así como la difusión de esta campaña de screening, para que quienes lo deseen sepan cómo solicitar su revisión. En los eventos a desarrollar participan los dermatólogos José Carlos Moreno, Antonio Vélez, José Espejo, Rafael Salido y M^{ra} del Carmen Alcántara.

En el scrining del 1 al 5 de junio se abrirán 2 consultas en el HURS Dr J Espejo, Dr R Salido, otra en la del Dr Moreno Gimenez y en el Valle de los Pedroches por Dr I Valenzuela

El pasado año se abrieron 3 consultas para el Scrinig con 45 asistentes y se diagnosticaron un Nevus displacido y dos carcinomas cutáneos no melanomas.

El Dr. Espejo Álvarez, responsable de la campaña del Euro-melanoma 2015 en el HURS insiste en que ésta no es de un día o una semana sino que hay que estar expectantes los 365 días puesto que el melanoma no espera.

CAMPAÑA 2015 EUROMELANOMA



La campaña es una iniciativa para informar a la población y el diagnóstico de piel. Hay factores que predisponen al desarrollo de cáncer de piel. Si está preocupado por alguna mancha en su piel, si es una persona de riesgo, podrá acceder a una revisión gratuita por parte de un dermatólogo.

del Euromelanoma europea para informar sobre la prevención precoz del cáncer. Entre los factores de riesgo se encuentran el desarrollo de cáncer de piel por alguna mancha en su piel, si es una persona de riesgo, podrá acceder a una revisión gratuita por parte de un dermatólogo.

El proyecto se inició en Bélgica en el año 1999 y en el momento actual cuenta con la participación de 20 países europeos. La Asociación Española de Dermatología y Venerología, dentro de la campaña Euromelanoma 2004, que busca concienciar a los ciudadanos de la necesidad de proteger la piel para prevenir el cáncer cutáneo, organiza entre el 12 y el 16 de mayo las Jornadas Screening. Esta iniciativa permite a todo el que quiera acceder a un examen cutáneo gratuito y promover su prevención a través de la detección precoz y el desarrollo de hábitos saludables de fotoprotección. Esta iniciativa es posible gracias a la colaboración altruista de dermatólogos europeos que cada año, en el "Día del Euromelanoma" ofrecen sus servicios de forma gratuita para la realización de exámenes cutáneos y asesoramiento personalizado a la población en riesgo.

Más de 200 clínicas y consultas dermatológicas de toda España participan en este proyecto. Reserva tu cita a través de la web www.aedv.es/euromelanoma o llamando al teléfono 915 434 535. En los últimos 50 años, se ha observado un aumento en la incidencia mundial de cáncer de piel ¿Cuál es el incremento anual y qué perspectivas se contemplan?

Las tasas de incidencia de melanoma y cáncer cutáneo no melanoma aumentan a un ritmo de un 3 a un 8% anual, y no hay indicios de que esta tendencia vaya a disminuir en los próximos años. Por el contrario, diversos factores como el envejecimiento de la población, la reducción de la capa de ozono y los hábitos de vida al aire libre, predicen un empeoramiento de la situación.

¿Cómo han evolucionado las tasas de incidencia de cáncer de piel en España?

En España, las tasas de incidencia de melanoma se han triplicado en las dos últimas décadas en ambos sexos, siendo más elevada en mujeres. La tasas de cáncer cutáneo no melanoma se han duplicado en este mismo periodo, siendo más elevada en varones. Se estima que una de cada seis personas padecerá un cáncer de piel a lo largo de su vida.

Anualmente se diagnostican 169.000 casos de melanoma. En España se diagnostican 5.000 al año con incidencia de 8 x 10.000 habitantes en varones y 9 mujeres, en Córdoba 29 el pasado año

¿En qué hay que fijarse?

Todo el mundo tiene manchas en la piel, son parte del proceso normal de hacerse mayor. Sin embargo, a veces pueden ser el signo de algo más preocupante.

Así que, revise su piel de forma regular en busca de manchas sospechosas. Si tiene dudas, consulte a su dermatólogo.

Revise su piel y la de su familia 1 vez al mes. Fíjese especialmente en manchas que:

- Han cambiado de tamaño, color o forma
- Son diferentes del resto
- Son asimétricas
- Tienen un tacto áspero
- Tienen varios colores
- Son mayores de 5 mm
- Pican
- Sangran
- Tienen una superficie brillante
- Parecen una herida pero no cicatrizan

¿Cómo y dónde fijarse?

Tenga el hábito de revisar su piel una vez al mes. No todas las manchas sospechosas aparecen en zonas expuestas al sol o en zonas visibles.

Así que, revise todo el cuerpo, por detrás y por delante, preferiblemente enfrente de un espejo.

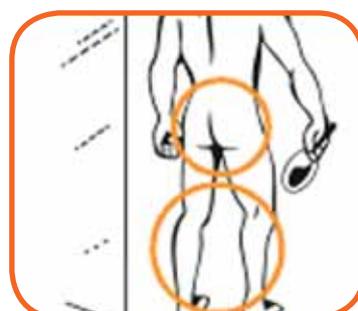
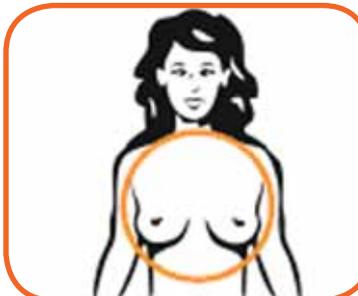
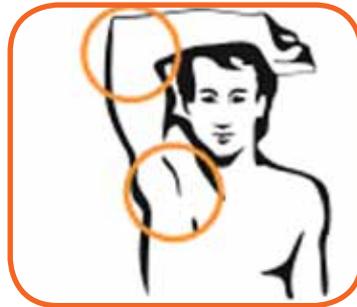
- Fíjese en su cara, incluyendo la nariz, los labios, la boca y las orejas (también por detrás de las mismas).
- Revise su cuero cabelludo utilizando un peine para separar el pelo en capas.
- Hombres: en caso de calvicie, examine todo el cuero cabelludo.
- Revise sus manos, las palmas y el dorso y también entre los dedos.
- Levante el brazo para examinar la parte interna del brazo y la axila.
- A continuación, fíjese en el cuello, el pecho y la parte superior del cuerpo.
- Mujeres: revise la zona entre las mamas y por debajo de las mismas.
- Utilice un pequeño espejo para examinar la nuca y la espalda.
- Revise los glúteos y la parte de atrás de las piernas. Termine examinando las plantas de los pies y los espacios entre todos los dedos.

¿Quién tiene más riesgo?

El cáncer de piel es más frecuente en personas mayores de 50 años o personas que se han expuesto al sol de forma prolongada o intensa.

Las personas con un riesgo aumentado son las que:

- Tienen piel clara o sufren quemaduras solares con facilidad
- Tienen historia de quemaduras solares en la infancia
- Pasan muchas horas al sol (por ocio o trabajo)
- Se exponen al sol de forma intensa en cortos periodos de tiempo (vacaciones)
- Utilizan cabinas de bronceado



- Tienen más de 50 lunares
- Tienen una historia familiar de cáncer de piel
- Tienen más de 50 años
- Tienen un trasplante de órganos

Nota: Aunque no sea una persona de alto riesgo, también puede tener un cáncer de piel, así que no olvide revisar su piel de forma regular.

¿Cómo prevenir el cáncer de piel?

Utilice el sentido común cuando se exponga al sol para minimizar el riesgo de cáncer de piel.

Consejos:

- Extreme las medidas de protección para los niños (uso regular de un protector solar con un factor elevado [más de 30], camiseta y gorra).
- Busque la sombra y no se exponga al sol en las horas centrales del día (entre 12 y 16 horas).
- Proteja su piel y sus ojos (gorra, camiseta, gafas).
- Deje que su piel se acostumbre al sol de forma gradual. ¡Evite las quemaduras solares!
- Aplique el protector solar con un factor elevado (más de 30) cada 2 horas.
- Evite el uso de cabinas de bronceado.
- Si su piel se enrojece después de ponerse al sol, eso significa que se ha quemado.
- Cuando aparecen ampollas o dolor que duran más de 2 días, se considera una quemadura grave.

Nota: Aunque no sea una persona de alto riesgo, también puede tener un cáncer de piel, así que no olvide revisar su piel de forma regular.

Hay determinados factores que predisponen al desarrollo de cáncer de piel.

La mayoría de niños y adolescentes suelen pasar largos periodos al sol, además de evitar las horas de mayor radiación, es la protección física con camiseta (cómoda, que se pueda mojar), gorra y gafas. Aún así, en las zonas no cubiertas por tejido hay que aplicar crema protectora. "Ahora se ve a menudo la ropa con un determinado factor de protección. Realmente lo importante es que sea de color oscuro, que era la que se ponía la gente de antaño cuando trabajaba en el campo". En definitiva, la protección más eficiente es la física (ropa), conseguir ese mismo nivel de protección con crema es muy difícil, por eso, como hay zonas que no se pueden cubrir adecuadamente (orejas, antebrazos, piernas), la aplicación del FPS debe ser repetida y adecuada al tipo de piel".

Dr. José Espejo Álvarez
Dermatólogo
(responsable de la campaña
del Euromelanoma de 2015
en el HURS)





REUNIÓN ANUAL DEL GRUPO ESPAÑOL DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS



Málaga acogió los pasados 5 y 6 de marzo la Reunión Anual del Grupo Español de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, celebrándose además el 20 aniversario de su fundación.

En el marco de este encuentro se reconoció a las personas pioneras en el inicio de los trasplantes de médula ósea.

El Dr. Antonio Torres, jefe del servicio de Hematología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante casi 40 años, recogió el premio a título personal por su papel fundamental en la puesta en marcha de los trasplantes a nivel nacional.

Por otro lado, el servicio de Hematología del HURS, que realizó su primer trasplante en 1981, recibió también un reconocimiento como servicio referente en esta materia por ser uno de los primeros en realizar este tipo de trasplante. El Dr. Pedro Gómez fue el encargado de recoger este galardón.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA 3ª EDICIÓN

El responsable de la Unidad de Gestión Clínica de Traumatología del Hospital Universitario Reina Sofía, Alberto Delgado, coordina la tercera edición de un libro sobre Cirugía Ortopédica y Traumatología que actualiza las principales novedades que se han producido en este campo de la medicina y en el que participa un centenar de especialistas de todo el país.



UN NEUMÓLOGO Y UN PEDIATRA DEL H.U. REINA SOFÍA PARTICIPAN EN LA NUEVA GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

El día mundial de esta enfermedad se conmemora el 5 mayo y la finalidad de este documento es incrementar la formación de los sanitarios implicados en la atención de las personas con asma



Dos de los especialistas que escriben en este documento son médicos del H.U. Reina Sofía, el neumólogo Luis Manuel Entrenas y el pediatra Javier Torres, que se suman a las actividades que, con motivo del Día Mundial de Asma, se desarrollan en todo el mundo cada año el primer martes del mes de mayo.

Esta iniciativa global pretende concienciar a la población de las cargas que supone el asma para quienes la padecen y de la posibilidad de tenerlas bajo control, llevando una vida saludable sin limitaciones

El asma se define como una enfermedad crónica de las vías respiratorias cuya prevalencia se ha visto incrementada de manera considerable en los últimos años. Se trata de uno de los trastornos crónicos más frecuentes que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y, en España, al 5% de la población adulta y hasta un 10% de niños.

TUNOS DE MEDICINA RONDAN A LAS MAMÁS DEL HOSPITAL



Un grupo de integrantes de la Tuna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba ha realizado su tradicional visita a la mamás de los niños ingresados en el Hospital Universitario Reina Sofía para celebrar con ellas el Día de la Madre. El encuentro se produjo el pasado viernes 1 de mayo. Cantaron para ellas y les obsequiaron con claveles rojos. Esta iniciativa forma parte del programa que organiza la Unidad de Actividades Motivaciones para hacer más llevadera la estancia de los pequeños y sus familiares en el complejo sanitario.

II CAMPEONATO DE MUS

COLEGIOS DE MÉDICOS, FARMACEÚTICOS Y VETERINARIOS



Se celebró el 29 de Abril en el
Restaurante El Envero (Córdoba)
Participaron 20 parejas de Médicos,
Farmacéuticos y Veterinarios



PREMIOS Y GANADORES II CAMPEONATO DE MUS

COLEGIOS DE MÉDICOS, FARMACÉUTICOS Y VETERINARIOS

Campeones: Trofeo (2) + Cena para 4 personas
gentileza del Restaurante El Envero
- Dr. Rafael Palomares Ortega
- D. Rafael López Gutiérrez

Subcampeones: Trofeos (2)+ 1 lote de vino e ibéricos
gentileza de “Comercial Sapisa”
- Dr. José Espejo Serrano
- D. Francisco Noztal

Campeones “Consolación” Trofeos (2) + 2 lotes de vino “La unión de
Montilla” gentileza de “Clínica Sierra Bella”
- Dr. Eloy Espejo Coletto
- D. Rafael García

Sorteo de obsequios: Surtido de Ibéricos, gentileza del Colegio Ofi-
cial de Veterinarios. Cuadro al óleo gentileza de la Dra. Pilar Madrid
(autora), Lotes de vino “La Unión de Montilla” gentileza de “Clínica
Sierra Bella





La frase:

El saber y la razón hablan,
la ignorancia y el error gritan.

(Artur Graf)

PREMIO NACIONAL MUTUALISTA SOLIDARIO

La Fundación A.M.A. premiará los mejores proyectos solidarios presentados por sus propios mutualistas

La Fundación A.M.A. abre desde el 14 de abril hasta el próximo 1 de septiembre la recepción de candidaturas para su segundo Premio Nacional Mutualista Solidario, dotado con 60.000 euros a repartir entre un máximo de diez proyectos sociales y de ayuda humanitaria. Cada propuesta deberá ser presentada al menos por un mutualista de A.M.A. Seguros, mutua de seguros para profesionales sanitarios y promotora de la Fundación.

Además de la presentación a través de un mutualista en activo, los programas candidatos han de dirigirse a colectivos en riesgo de exclusión social, e incluir actividades relacionadas con el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades o la promoción de hábitos de vida saludables. Asimismo, deben incluir presupuesto detallado por partidas y conceptos, y ejecutarse íntegramente en España.

En la primera convocatoria, cuyos premios se entregaron en diciembre de 2014, resultó ganador el programa "Contigo en Casa", de la Fundación Intras. La dotación económica del premio ha servido para equipar en Valladolid una vivienda supervisada para doce personas con enfermedad mental grave y prolongada.

En esa primera edición, la Fundación A.M.A. también ayudó a cuatro finalistas: la Asociación Down Lugo, y su proyecto de promoción de hábitos saludables para personas con síndrome de Down; la madrileña Fundación Bobath, y su programa de adquisición de equipamiento sanitario para la atención integral de niños parálisis cerebrales; el barcelonés Hospital Sant Joan de Déu, por su programa de atención sanitaria a niños y niñas con familias sin recursos eco-



nómicos, y a la Asociación Fontilles, por su proyecto de mejora de la calidad de vida de los residentes del Centro Geriátrico Borja, en Alicante.

[Vídeos explicativos de cada uno de los cinco proyectos están disponibles en la web de la Fundación, <http://www.amaseguros.com/fundacion-ama/videos-fundacion-ama.html>.]

Para esta segunda edición, los proyectos pueden ser promovidos y ejecutados por entidades sociales, por los propios mutualistas, o por estos en colaboración con entidades, universidades u hospitales. La información completa de los Premios, sus bases y los formularios de participación están disponibles en la página web de la Mutua, www.amaseguros.com. Las entidades sociales participantes deberán estar

legalmente constituidas, haber sido declaradas de utilidad pública y tener su sede en España. Se valorará positivamente su inscripción en la Fundación Lealtad y su registro de transparencia y buenas prácticas.

A.M.A. Seguros es la única mutua española especializada en ofrecer seguros a profesionales de la Sanidad y sus familias. Constituida en 1965, es desde entonces una de las compañías nacionales de referencia en seguros de coches, multirriesgo o responsabilidad civil profesional. En 2010 la mutua constituyó su Fundación, que alienta la investigación científica y la formación del colectivo sanitario, y que además desarrolla acciones de ayuda social y humanitaria junto a otras Fundaciones independientes.

www.amaseguros.com

CONVENIOS DE COLABORACIÓN



Mediante este convenio, MAR Real Estate, con domicilio en c/. Claudio Marcelo, 4 de Córdoba, prestará servicios de gestión (arrendamientos y compraventas), asesoramiento e intermediación inmobiliarios al colectivo Médico en Córdoba. Asimismo recibirá atención personalizada, gestión gratuita del cambio de titularidad en los suministros y se le aplicará un descuento del 50% sobre sus tarifas.

GALA BENÉFICA MÚSICA PARA PROYECTO VISIÓN SE CELEBRÓ EN EL GÓNGORA GRAN CAFÉ

El 9 de Mayo celebramos en Góngora Gran café, una gala musical a beneficio de Proyecto Visión (P.V.), Asociación médica de voluntariado para la prevención de la ceguera en Etiopía en la que contamos con la actuación altruista y desinteresada de nuestros compañeros: Stephen & Medicine Doctor's Music (grupo de pop-rock en el que actuaron los Dres. Juan Antonio Castro y Manuel Porras, y Álvaro Castro que supo suplir la ausencia de los dos compañeros que no pudieron acompañarnos Juanjo Gisbert y Djordje Pavlovich), The Almost Dixieland Jazz doctors (cuarteto formado por los Dres. Alfredo Jurado y José C. León, junto a Pedro Muñoz y Antonio Montero, y que para esta ocasión presentaron a sus dos nuevos componentes los dres. Javier Zerolo y José Román), Cerró la gala el dúo flamenco Paco Sancho y Rafa Gonzalez. Gracias a todos.

Gracias también al Góngora Gran Café por cedernos el local y apoyarnos en todo cuando hemos necesitado.

A pesar de ser en "Mayo en Córdoba" tuvimos una gran acogida. Es difícil competir con la fiesta de los Patios en su primer fin de semana, el XXI Festival flamenco "Cruzando el Río", Música en S. Basilio y orquesta en los Patios, la corrida benéfica de la AECC, bodas y comuniones, etc. aun así, el Góngora Gran Café estaba lleno.

Quiero agradecer a todos los que, a pesar de la gran oferta cultural, fueron a acompañarnos y a los que, no pudiendo asistir, colaboraron adquiriendo "fila cero".

Nuestros artistas dieron lo mejor de sí mismos con gran entusiasmo y el público los siguió y animó, bailando al compás.

Yo, como coordinadora de P.V.-Córdoba, hice una pequeña presentación agradeciendo la colaboración de todos y resaltando porqué para mí, Proyecto Visión fue un gran descubrimiento y porqué, después de 14 años, sigo tan entusiasmada como el primer día:

P.V. nos ofrece ser solidarios con la garantía y la seguridad de una "ONG de voluntariado" sin infraestructura remunerada y en la que todo lo recaudado es para Etiopía. Su filosofía de crear infraestructuras y enseñar a los ATS locales para que sean ellos los que realizan las consultas, las campañas e inclu-



so la cirugía, permite que todos los proyectos, escuela de OMAS, Red sanitaria, hospitales y consultorios funcionen aunque nosotros no estemos.

Comenté también, que esa autonomía de nuestros proyectos, hace que nuestra labor en España de recaudación y captación de socios sea tan importante como la labor asistencial en Etiopía. Y remarque la importancia de contar con un "gran número de socios", porque ayudan a mantener nuestros proyectos y son fundamentales a la hora de solicitar ayudas y subvenciones.

Para una ONG como la nuestra, que tiene poca repercusión mediática al no tener gastos de publicidad, el número de socios es nuestro mejor aval.

Animé a todos los presentes a que, en la medida que cada uno pueda, se haga socio de una ONG que le permite estar orgullosos de nuestro proyecto y seguros de la utilización de su dinero en una labor eficiente y necesaria, ya que ser ciego en Etiopía es una condena a muerte y al devolverles la vista les permitimos tener una vida mejor.

Para hacerse socio solo hay que rellenar el formulario de nuestra web: proyectovision.org.

*Dra. Amparo Berral Yerón
Coordinadora de PV
Córdoba*





¿Qué es acali?

Es una asociación de carácter benéfico social-asistencial, sin ánimo de lucro, creada para dar respuesta a los problemas de alcoholismo

La Asociación Cordobesa de Alcohólicos Liberados (ACALI) fue fundada en 1.980. Es una asociación de carácter benéfico social-asistencial, sin ánimo de lucro.

Fue nombrada en Consejo de Ministros del Gobierno del país como entidad de Utilidad Pública y por el Pleno del Ayuntamiento de Córdoba de Utilidad Municipal.

Nació para dar respuesta a los problemas de alcoholismo que se estaban detectando en Córdoba y provincia, y ha tenido continuidad debido al gran número de personas que necesitan de nuestra atención y ayuda.

La incipiente problemática social que se aprecia en nuestra sociedad, provocada por el aumento en la ingesta de alcohol y otras sustancias, y la necesidad de dar una respuesta socio-sanitaria a este hecho es la que hace que un grupo de profesionales, y un grupo de pacientes y familiares, vieran la necesidad de aunar esfuerzos.

Con el paso de los años se han modificado los tratamientos y las estrategias; y a día de hoy ACALI no sólo permanece en la sociedad cordobesa, sino que es un centro de referencia para muchas asociaciones, enfermos y familiares.

Más adelante, ACALI establece un concierto con la Junta de Andalucía, a través del cual se crea el Programa de Tratamiento Ambulatorio, que se mantiene en la actualidad.

Se puede decir claramente que los fines que mueven a esta asociación son: la prevención de las drogodependencias y la ayuda a las personas que ya las padecen y a sus familiares.

Para ello contamos con la ayuda de un gran equipo de técnicos compuestos por Médico, Psicólogo, Trabajadora Social y Enfermera. Además contamos con numerosos voluntarios y equipo de monitores, que dedican su tiempo libre a colaborar con nosotros de manera altruista y facilitar que los pacientes tengan terapias de grupo en algunos pueblos, sin tener que desplazarse más de 40 Km.

En ACALI creemos en la incorporación social de las personas con

problemas de adicciones, es por ello que a la parte social y jurídica se le da tanta importancia, y desde hace algunos años se puso en marcha todo tipo de actividades lúdico-formativas: convivencias, semana cultural, peroles, congresos, jornadas, etc. De esta forma, el enfermo y su familia aprende a desenvolverse en ambientes y situaciones donde es habitual la utilización y el consumo de sustancias, sin tener necesidad de hacer uso de las mismas, pudiendo volver a integrarse de nuevo al círculo social donde pertenece con plena libertad y salud.

Para la recuperación física y psicológica, ACALI tiene un programa de tratamientos y actuaciones perfectamente definidos:

- Un Programa Ambulatorio de Desintoxicación Convencional dirigido a aquellos pacientes con diagnóstico de abuso leve por el cual los pacientes acuden a la consulta médica, psicológica y social de forma periódica para sus revisiones, y ayudar a superar el posible síndrome de abstinencia provocado por el abandono del consumo, para conseguir así la deshabitación y la incorporación social.

- Y un Programa Ambulatorio de Desintoxicación Intensivo, para aquellos pacientes con un trastorno por consumo de drogas grave. Este programa tiene una duración de 15 días y es supervisado, de cerca y a diario, por el equipo técnico y la enfermera. Consiste en un tratamiento personalizado ya que

cada paciente tiene diferentes necesidades. El tratamiento farmacológico es diario y controlado, con revisiones médicas y sesiones psicológicas individuales y terapias de grupo obligatorias y voluntarias.

Una vez completada la desintoxicación del paciente se pasa a la fase de deshabitación, que tiene una duración de 2 años en la que el paciente continúa con sus revisiones periódicas para crear nuevos hábitos controlar las recaídas y poder crear así un nuevo estilo de vida fuera del mundo de las adicciones.



DIONISIO EL EXIGUO

“Quienes queremos aportar nuestra opinión a la sociedad, aquellos que aspiran a convertirse en líderes sociales..., habremos de hacer un esfuerzo por revisar nuestros contenidos, nuestros parámetros de actuación, de forma que aportemos valores éticos a nuestra comunicación”

Dr. Enrique Bellido Muñoz

Como dato curioso que yo desconocía y al que a través de un estudio publicado por el Prof. De Toro y Llaca (CSIC-UCM) he tenido acceso, la Era Cristiana fue decretada en el año 525 d.C. por el matemático romano Dionisio el Exiguo – “Dionisio el pequeño”, más por su humildad como monje que por su talla física-, nacido en lo que hoy en día es territorio entre Rumania y Bulgaria.

Determinó que el inicio de dicha Era se hiciera coincidir con la fecha del nacimiento de Cristo que, referida a la Era de Dioclesiano, estiman que se produjo el 25 de diciembre del año 753, en coincidencia con el solsticio de invierno (Dies Natalis Solis Invictis).

Propuso, además, que el año comenzase el 25 de marzo, fecha de la concepción.

Este origen de la nueva Era no fue aceptado unánimemente en Europa, de forma que durante siglos coexistiesen cronologías diferentes en las que el año se iniciaba el 1 de enero, el 1 de marzo, el 25 de marzo y el 1 de septiembre.

Es ya a partir del siglo XVI –Papa Gregorio XIII en 1582- cuando se generaliza la adopción del 1 de enero como origen de la escala, aunque países como Florencia y Rusia permanecerían al margen hasta mediados del siglo XVIII. Esta confusión de orígenes dificulta, aún en la actualidad, la datación histórica de ciertos documentos.

Hago esta introducción para resaltar la importancia que el Cristianismo ha tenido y sigue teniendo en las culturas occidentales y en una parte importante de las orientales, ya no sólo desde el punto de vista religioso, que es evidente que sí, sino desde el cronológico y social como punto de partida de una medida del tiempo que perdura en nuestros días.

Una importancia, la de la cultura cristiana, que se resalta aún más en estas fechas con la conmemoración de la resurrección de Cristo, que de una forma u otra se celebra en la inmensa mayoría de los hogares.

Y es que el mensaje de Cristo, aquello que hoy denominaríamos como “el discurso” de nuestros líderes sociales, al margen de las connotaciones divinas que pudiera encerrar y que estarían adscritas al territorio de la fe, está cargado de propuestas sociales e incluso políticas que, de ponerse en práctica por todas las sociedades, conllevarían una mejora más que sustancial de la calidad de vida del ser humano en todas sus dimensiones, así como la existencia de un orden social infinitamente más justo,

equitativo y solidario al que hoy unos disfrutan y otros sufren.

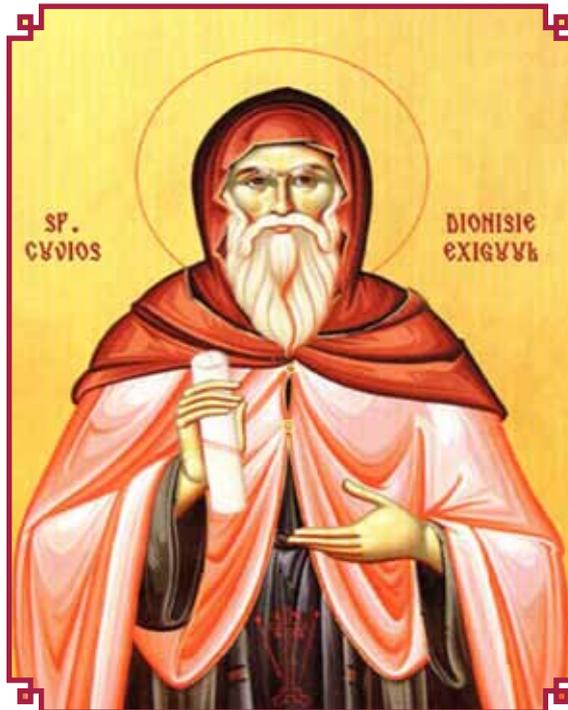
Alguien –sé quien es pero prefiero silenciar su nombre- me exhortaba, en su última felicitación navideña, a la búsqueda de Dios, conocedor, como lo es, de mis dudas de fe.

Una búsqueda que considero no ha de estar tanto en el descubrimiento de un ser todopoderoso que unos utilizan para hacer el bien mientras otros se valen de él para cometer todo tipo de fechorías, como en encontrar al hombre – que siempre será, además, mucho más accesible a nuestra razón- a través del pensamiento cristiano que, al margen de interpretaciones de unas u otras religiones, aporta elementos más que suficientes para que desde todos los estratos sociales, desde los diferentes pensamientos políticos o desde todos los sexos o razas, descubramos que nuestro primer objetivo debe centrarse en el ser humano, en aquél “Amaros los unos a los otros...” o “...y al prójimo como a ti mismo” que tan escasamente ponemos en práctica –yo entono el primer mea culpa- y que de aplicarse en

nuestras relaciones sociales, nuestra actividad política, nuestra profesión e incluso nuestra familia, haría de nuestras sociedades, nuestras comunidades y países, un entorno en el que fuese hasta innecesario apelar a la figura de Dios porque haríamos de nuestra vida en la tierra ese “paraíso” o “yanna” al que muchos anhelan.

Quienes queremos aportar nuestra opinión a la sociedad, aquellos que aspiran a convertirse en líderes sociales, todos los que desde las distintas religiones conducen a sus fieles, los educadores y todos quienes participen activamente de la organización de cualquier comunidad humana, habremos de hacer un esfuerzo por revisar nuestros contenidos, nuestros parámetros de actuación, de forma que aportemos valores éticos a nuestra comunicación con los demás para que el ejemplo cunda en un medio que tanto practica el mimetismo como es el nuestro.

Y habremos de hacerlo, como Dionisio el Exiguo, desde la humildad con la que se consigue cambiar el destino de la Humanidad. Este año nos está ofreciendo infinidad de oportunidades.



Dr. Enrique Bellido Muñoz

COMUNICACIÓN

Dr. Andrés Baena Hidalgo

Un escrito me manda hacer Violante, verbigracia Isabel, para la próxima edición de la revista, y ya revolcado en el fango (y con gusto) como un personaje cualquiera de tango arraballero, he aceptado sin rechistar. Mujer, ¿por qué me tientas si sabes lo débil que soy y las ganas que les tengo? Bueno, pues heme aquí de nuevo, en la arena, con los músculos tensos, la cabeza gacha, la mirada al frente y los pitones en línea con la taleguilla... pero ¿por qué habré dicho la taleguilla, cuando todos sabemos que dentro de la taleguilla no tienen NADA? El inconsciente, sin duda, un clásico acto fallido que ya me analizaré más tarde.

Ha dicho D. Mariano a propósito de los resultados del PP en las elecciones andaluzas (que a la vista está que nos esperábamos todos menos él) que el problema es la comunicación. Indudablemente el paciente padece un prostatismo descomunal, cistitis oclusiva, litiasis obstructiva bilateral y glomerulonefritis necrotizante, porque es para mear y no echar gota.

La comunicación. ¡Qué mal se comunican los políticos españoles! Deben ser los efectos de la LOGSE, que llevan aparejados además un grado de ceguera proporcional para la autocrítica, porque la causa no ha sido la ley del aborto, el faisán y sus polluelos etarras, los separatistas, la corrupción, la financiación de los partidos y sus sucursales sindicales, el descoque de las autonomías, el sectarismo de la educación, el abrumador gasto público con la consiguiente sobrecarga impositiva, la politización de la Justicia (la más importante) y tantas cosas que, ingenuos, confiábamos que iba a solventar, algunas de las cuáles expresamente figuraban en su programa. No. Todos esos problemas, como las putas en tiempos de Franco: no existen. El único problema de España es la economía y D. Mariano es su profeta. Bueno, la economía y la comunicación.

Y menos mal que la economía parece que está saliendo del coma. Es curioso esto de la economía. Decía y repetía incansablemente Aznar que España va bien, y con Zapatero llegamos a la champions league (si se escribe así, que ni sé inglés ni me gusta el fútbol); no se entiende el descabro subsiguiente, a no ser que el trío arbitral (o troika, ahora que no hay griegos en la costa y pronto ni en Europa) nos pitase un fuera de juego injusto. Sea como fuere, saltó al campo oportunamente el pichichi D. Mariano y ya estamos remontando, eso es cierto, pero la afición no está contenta porque no hay buen juego y muy buenos jugadores han abandonado el equipo por eso mismo, porque se juega sucio.

No me cansaré de repetir que la economía no es el principal problema; no hace falta tener profundos conocimientos al

respecto ni ser un calificado experto, basta con ser mínimamente observador para darse cuenta de que la economía es como los globos, su tendencia natural es subir y subirá sólo con que no la lastren excesivamente o la hagan estallar inflándola imprudentemente. Ahora se está recuperando, pero en cuanto vuelvan los socialistas al poder la volverán a hundir, que es lo único que sabe-

mos con seguridad que van a hacer venga o no venga en su programa, y se volverá a levantar y se volverá a hundir, como un enfermo crónico cuya existencia transcurre en un ciclo interminable de recaídas y mejorías según la acción iatrogénica o paliativa del tratamiento que se le aplique.

Por supuesto, nadie piense que este enfermo se va a curar, y eso que los síntomas están tan claros que podría diagnosticarlo un estudiante de primero, pero de primero de Filología china. Pues ya ven Vds., según nuestros ilustrados gobernantes, estando ya la economía medio en pie lo que procede resolver es la comunicación, porque ¿qué otros problemas hay? Quizá



alguien pueda pensar que tengan algún parentesco filogenético con el avestruz, llevado por la creencia tan extendida como falsa de que este ave esconde la cabeza en la arena para ignorar el peligro, pero es sabido que lo que en realidad hace es comprobar con los termorreceptores de su pico si la temperatura del suelo es la correcta para el buen desarrollo de su nidada, en otras palabras: la conducta del avestruz está motivada por sus huevos, por lo que esta hipótesis queda descartada.

Por otra parte, si reflexionamos serenamente, este asunto de la comunicación es realmente espinoso, y tampoco es nuevo, que se remonta a los primeros gobiernos de Felipe González. ¿Recuerdan? Lo estamos haciendo bien, el problema es que no sabemos comunicarlo, decía el tío, y rara era la semana que no se revelaba un escándalo en la portada de los periódicos no adictos y a veces hasta también en éstos. Por cuestiones de tiempo y espacio no citaré ejemplos, tampoco es necesario, pero desde luego que lo estaban haciendo bien, pero que muy bien, y comunicar lo bien que se lo estaban llevando en nuestras mismas narices reconozco que no debía ser fácil, como no puede ser fácil para D. Mariano justificar con la recuperación de la economía su pobreza de espermatogonias para tratar todos esos temas candentes y pendientes, gracias a la confianza que pusimos sus votantes en que los iba a lidiar le dimos a su partido la mayoría que ostenta. Nadie, salvo los muy sectarios, puede negar que los socialistas roban infinitamente más que los populares, pero si se concediese un premio Nobel a la ineptitud, a éstos habría que darles dos.

¿Y por qué arremeto de esta manera contra sus señorías, que parece, y así es, que se la tengo jurada? Pues bien, desconocido (¿amigo?) lector, abriéndote un resquicio de intimidad te confesaré que para mí el valor supremo es la lealtad. No hay, no ya en el reino animal, sino en todo el dominio eucarya y ya puestos en todos los demás según la clasificación que consideremos, ser tan abyecto como un traidor. No hay excusa para la traición, ni perdón. En términos políticos, puedo entender que se prometa de largo a consecuencia de la inercia de un triunfalismo y un optimismo exagerados, como puedo aceptar que dejen de cumplirse promesas hechas sobre planteamientos tenidos de buena fe por ciertos y que no lo eran, o que circunstancias imprevisibles han trastocado, pero esto es otra cosa, esto es meársenos en la cara, y yo eso lo llevo muy mal, por mucho que la urea sea muy buena para el cutis.

La traición, además, es un hacha que cae a plomo sobre algo tan frágil, tan delicado y bello como es la confianza, y la confianza es como la virginidad: sólo se pierde una vez. Espero que nadie piense que es que yo soy de confianza fácil, y más con los políticos, más ingenuo sería que yo si creyera que yo lo soy tanto, pero hasta Jesucristo confió en Judas.

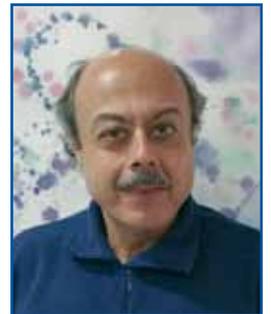
No queda mucho para las próximas elecciones. Si D. Mariano quisiera hacer algo en favor de su partido, no digo de España, bien se abstendría de presentarse a la reelección, y junto con él, todos sus adláteres que le apoyan, le defienden y justifican, cómplices, por tanto, de la misma traición y puede que más traidores

aún, porque además de habérmola jugado a nosotros, quizá se la jueguen también a él cuando menos lo espere. Por supuesto, esto es sólo una opinión, tan rebatible como cualquier otra y puede que errada, pero en tanto no se me presenten argumentos más válidos no tengo mejor criterio. Perdida la confianza, es para siempre.

Por lo que a mí respecta, la única emoción que tiene ya la legislatura es ver cómo se comunica D. Mariano, puesto que la economía ya sabemos que está salvada y sobre lo demás ya sabemos que no va a hacer nada, como tampoco va a hacer nada sobre otros problemas emergentes y lacerantes como el avance del islamismo y, sobre todo, las persecuciones y matanzas de cristianos, que hay que combatir con algo más que palabras y ya hemos visto que, encima, la comunicación se le resiste. Y sobre este último punto quizá también debería mirar un poco al frente Su Católica Majestad, que ésa es otra, pero lo vamos a dejar aquí.

Así que nada, a comunicarse, valor y al toro, que estoy deseando ver cómo lo lidia. Y ánimo, que si le engancha la taleguilla tampoco va a perder tanto.

Dr. Andrés Baena Hidalgo



Abril / Junio
2015

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

SUMARIO:

- Actualización en Litiasis Urinaria
- Taller Perfeccionamiento Ecografía Músculo-esquelética
- Curso Postgrado. Fisiopatología Intervencionista del Aparato Locomotor.
- Curso Teórico-práctico de Cáncer de Piel para Médicos de A. P.
- Osteoporosis. Dolor e Interpretación Radiológica.
- II Ciclo de Conferencias “La Actividad Física y el Deporte como fuente de salud y valores”
- Presente y Futuro en Neurociencias.
- Reunión Anual de la Sección de Cardiología Geriátrica.

GRUPO DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE F.M.C.

D. Luís A. Palenzuela Rodríguez
D. Rafael. González Fernández
D. Francisco Sierra Duque

CURSO

2014 - 2015





El cargo ¿provecho ajeno o beneficio propio?

La muerte de Vespasiano

La corrupción. Uno de los asuntos que están guiando la política nacional y que supera con diferencia la preocupación que sentimos los españoles por otros problemas. Y no es porque sea algo nuevo, pues convive con nosotros, con la Humanidad, desde que el mundo es mundo. Simplemente es, reconozcámoslo, que antes había más dinero, no había crisis y lo considerábamos como un rasgo más del carácter español, de la picaresca. Qué suerte tiene ése, ojalá yo me lo pudiera llevar igual. Pero como había para todos, en mayor o menor grado, no pasábamos de ahí.

Pero la crisis lo ha cambiado todo, algo bueno ha traído. Ha cambiado la percepción del presunto derecho que tienen algunos a sacar beneficio del puesto que ocupan. Nos hemos vuelto más intransigentes, no sé si por ser más virtuosos o por lo que dice el sabio refrán, donde hay ruina, todo es mohína. No soportamos que tal o cual personaje de la política se lo lleve “calentito” y hacemos bien, y por eso es ahora bandera de todos los partidos la regeneración o la revolución. Cada cual intenta mostrar al pueblo que sabe cuál es la solución para acabar con este mal que nos aqueja desde hace siglos, pero que ahora parece que nos escuece como un mal prurito, aunque me temo que si miramos la Historia será un prurito pasajero. Espero equivocarme.

Y así los antiguos partidos y los emergentes parecen intentar hipnotizar al pueblo soberano con sus soluciones, aunque algunos usen viejas recetas ya trasnochadas a las que se han limitado a sacar brillo para, como si fueran espejuelos o cuentas de cristal, comprar el poder a un muy bajo precio. Pero en mi humilde opinión creo que ninguno da con la etiología del problema, sólo intentan poner remedios que alivien o blanqueen los síntomas. Como médicos bien sabemos que es correcto para la fase aguda aplacar la sintomatología, pero la curación vendrá sólo si se va al origen del mal, a la causa primera, que dirían los antiguos griegos; los actuales, los pobres, mejor no digan nada.

Y es que para muchos la corrupción es llevarse un buen dinero. Yo tengo un cargo y con una serie de tejemanejes me llevo para mi bolsa unos terrenos o una buena comisión, o para mi mujer o mi hijo. Eso es corrupción, pero no es toda la corrupción. También lo es tomar tal o cual decisión por el simple hecho de que beneficiará el que me reelijan, eso es otra forma de corrup-

ción, pero no es toda la corrupción. O incluso no pensar en mí, sino simplemente legislar para los que me han votado, para mi partido, olvidando que uno no es sólo el Presidente de Gobierno, de Comunidad Autónoma o alcalde de los que le han votado, sino que es el Presidente de toda España, o de toda la Comunidad Autónoma, o el alcalde de todo el municipio, incluso de los que han votado en contra de él. Y eso también es corrupción, una corrupción sutil y que todos consideran lógica, pero es también una forma de traicionar al electorado y por tanto de traicionar al cargo.

Y ésa es la etiología auténtica de la corrupción, el hecho de considerar que el cargo es de uno, pero el cargo político no se gana, es una concesión temporal que el pueblo entrega, como el dueño de unas tierras a su capataz. Platón, en La República, definió la corrupción (no es idea mía, vive Dios) como el desprecio al cargo. El considerarlo algo tuyo, que no es propiedad del pueblo, un mandato que te otorga, es disminuirlo, despreciarlo, y de ese modo Aristóteles lo consideraba una de las formas de impiedad merecedora del ostracismo de la ciudadanía. Tampoco ese desprecio al cargo, si nos quedamos con la definición de Platón, es algo exclusivo sólo de nuestra era ni de nuestra mentalidad latina, como algunos sostienen al comparar las tasas de corrupción de los países mediterráneos con los del norte de Europa. Es cierto que hay una notable diferencia, pero no es algo que llevemos en los genes, es más bien un problema de educación, o de falta de educación, pues si miramos la Historia veremos que en el pasado no fue tal, sino que incluso en



los más altos gobernantes había un respeto al cargo, al puesto público, que hacía que lucharan contra su propia corrupción y contra la de los demás.

Nadie puede dudar que exista algo más latino, más mediterráneo, que el Imperio Romano, al fin y al cabo son ellos los que esparcieron por toda Europa la semilla latina y los que bautizaron al mediterráneo como “mare nostrum”, nuestro mar. Y si es cierto que hubo emperadores que fueron el epítome de la corrupción y del mal gobierno, es más cierto que si consideramos Roma desde su origen en el 753 a. C. hasta el último emperador, Rómulo Augústulo, son más los que estimaron el cargo como un servicio y como tal lo respetaron. No es, por tanto, cuestión de

condición sino de educación, que los romanos entendían como la base para crear al ciudadano, para inculcarle que su misión era servir a la comunidad donde quiera que estuviera. Como Lucio Quincio Cincinato, que fue nombrado Dictador para salvar Roma y tras lograrlo dejó el puesto y volvió a su granja de vacas, con el respeto de su pueblo. O los emperadores soldados, que la mayoría ni pisaron Roma y se pasaron todo su mandato en las fronteras luchando contra los bárbaros, con su caballo como único trono y una banda púrpura en la coraza como distintivo, salvando al Imperio de la crisis del siglo tercero. O los emperadores Antoninos, que eran españoles, y llevaron el Imperio a su máximo esplendor.

Pero creo que de todos los ejemplos que nos dieron esos latinos, esos mediterráneos como nosotros, el que lo llevó al extremo fue Tito Flavio Vespasiano, que en los múltiples cargos que ocupó siempre los consideró un servicio, un deber hacia el pueblo, hacia Roma, no un modo de beneficiarse él o su familia o amigos. Y aún lo consideró más cuando fue nombrado emperador, dando el máximo ejemplo del respeto al cargo como servicio el día de su muerte.

Era el 23 de junio del 79, “ante diem nonum Kalendas Iulius 832 ab urbe condita”. Agonizaba en su cama y el relato nos lo brindan varios historiadores romanos, Suetonio entre ellos. Toda la Corte está a su alrededor esperando su próximo final, un final que con su típico y ácido sentido del humor había pronosticado unos meses antes, cuando estando en el Senado se sintió mal y al término de la sesión se levantó y anunció a los senadores, “creo que me estoy convirtiendo en dios”, recordando la costumbre de deificar al emperador a su muerte.

Y ahora parecía que ese momento se encontraba próximo, pues llevaba varias horas con los ojos cerrados sin responder a nada ni a nadie. Pero de pronto, según cuenta las crónicas, giró la cabeza y se dirigió a los que le rodeaban:

-Quiero que me vistan con mi armadura y mis atributos imperiales y que dos pretorianos me sostengan en pie.- Su voz retumbó en la sala.

Todos se quedaron sin palabras, pero antes de que nadie pudiera reaccionar dos manípulos imperiales de la primera cohorte pretoriana, sus soldados, los que habían luchado con él desde que comenzó su carrera militar, se abrieron paso y con delicadeza lo pusieron en pie. Un par de esclavos se acercaron para ayudar a vestirle mientras otros corrían para traerle la vestimenta militar. Pero apenas dieron unos pasos cuando un centurión de la segunda cohorte, tribuno militar, los apartó de un empujón. Desde que había ingresado en el ejército romano dicho centurión había ayudado a vestirse a su general y ahora, en sus postreros momentos, no iban a ser otras manos las que le dispusieran para el combate. Con cuidado le puso el casco, y con la ayuda de los manípulos le colocó la armadura, con mucho cuidado, para no dañarle.

-Has olvidado cómo se coloca una armadura- le espetó Vespasiano.- Tantos años llevas en Roma que ya no sabes ceñirla con fuerza, ¿o es que quieres que se me caiga?. Eras más duro cuando luchábamos en la Mauritania Tinginata.

El centurión sonrió pensando que su general, para sus soldados fue siempre su general, nunca cambiaría, y apretó con fuerza el “cingulum” de la armadura, como si fueran a partir hacia el combate. Y así terminó de vestirlo, sin olvidar ni la espada ni las grebas, añadiendo el cinturón púrpura que sólo vestía un general romano que a la vez fuera emperador. Se apartó unos pasos e inclinó la cabeza antes de retirarse.

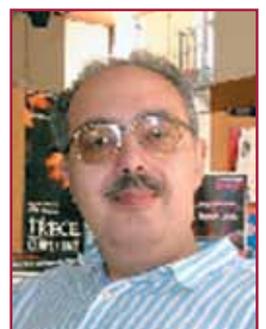
Todos miraban al emperador, que permanecía de pie sostenido por los dos manípulos imperiales, sin saber qué hacer o qué iba a suceder, pues la escena no podía ser más extraña. Algunos temían si al final no se habría vuelto loco y ordenaría la muerte de todos los presentes para que nadie le sobreviviera, cosas más raras y crueles habían hecho algunos de sus antecesores, por lo que el silencio era absoluto.

Vespasiano, con su fría mirada, ya un poco apagada por su próximo final, recorrió la sala con la vista y con la misma fuerza que siempre había tenido su voz, sin siquiera temblar, se dirigió a los presentes.

-Un emperador de Roma recibe así

a la muerte, en pie, y vestido con todos los atributos imperiales, mirándola cara a cara.

Y de ese modo permaneció, con la frente alta hasta que poco a poco fue bajando la cabeza y expiró su último aliento. En sus últimos instantes de vida había resumido la concepción que tenía de su cargo, un servicio, un deber, en que como simple ciudadano podía morir en la cama, pero que por el respeto que tenía a su cargo, no podía ser de otro modo que el que había escogido. Es una actitud extrema, pero si todos los políticos consideraran la mitad de respeto que Vespasiano sintió para su cargo, ni pensarían en usarlo tanto en provecho propio como en el de su partido político o grupo social. Y es que me temo que la educación que se les daba para el servicio público, lo que llamaban los romanos el “cursus honorum”, no es la misma que se da hoy en día en las escuelas, por lo que mucho me temo que la corrupción permanecerá entre nosotros mientras no se ataque la raíz del mal, educar a todos desde pequeños en la idea de que el político está para servir.



Dr. José Ángel Baena Fernández



LA ANSIEDAD

DESDE UNA PERSPECTIVA ETOLÓGICA

Dr. Joaquín Sama Naharro

INTRODUCCIÓN

La ansiedad, ese síntoma que aparece con tanta frecuencia no sólo en pacientes con trastornos psíquicos, sino en las demás áreas de la medicina y, por supuesto, en cualquier persona sin la más mínima consideración de estar enferma, se ha intentado explicar por medio de diversas teorías, muchas de ellas de una complejidad tal que las hace difícilmente comprensibles, cuando no responsables de su misma falta de credibilidad.

Tanto las funciones psíquicas normales como las diversas manifestaciones psicopatológicas han sido hasta hace pocos años, con muy escasos conocimientos neurobioquímicos suficientemente fiables, campo abonado para la especulación pseudocientífica, cuando no filosófica.

Los conocimientos neurofisiológicos actuales, así como los antropológicos, genéticos y ecológicos, contemplados por la Etoología, nos han permitido elaborar una teoría de la ansiedad, que si bien puede coincidir en algunos aspectos concretos, incluso de fondo, con la opinión de destacados autores que han estudiado el tema, en su planteamiento y desarrollo difiere considerablemente de las demás teorías.

TEORÍAS SOBRE LA ANSIEDAD

Sin ánimo de ser exhaustivos, recogemos a continuación de modo muy sucinto la interpretación que algunos autores relevantes han hecho sobre la ansiedad.

En el pensamiento de Sigmund Freud (1856-1939), iniciador del psicoanálisis, que tanto a nivel teórico como práctico ha representado un papel relevante en la descripción y comprensión de la angustia, con importantes aportaciones clínicas y psicoterapéuticas, se distinguen claramente dos concepciones diferentes en la génesis de la misma.

En una primera hipótesis, la angustia se produciría como resultado de la frustración por la descarga incompleta de la libido. Así pues, la angustia sería el resultado fisiológico de una sexualidad frustrada. La liberación brusca de esta libido almacenada daría lugar a la aparición de una crisis de angustia. En una segunda hipótesis (1926), la angustia se produciría como reacción ante un peligro desconocido proveniente del interior del propio individuo. Esta fuerza interior, que amenaza con perturbar la relación del sujeto con el mundo circundante, vendría originada por impulsos instintivos del ello inaceptables para el yo, de una parte, y de la severidad del súper yo, de otra.



Por otra parte, Klein (1882-1960) distingue tres tipos de ansiedades. La ansiedad paranoide se produciría como resultado de todo un complejo juego de proyecciones e introyecciones realizadas por el neonato, quien percibe el objeto externo como perseguidor, agresivo y altamente peligroso. Este objeto no es percibido aún como un objeto total, sino que se

hace de manera escindida en un objeto bueno y uno malo fruto, respectivamente, de las proyecciones de los impulsos amorosos y agresivos del recién nacido. La ansiedad depresiva se produce cuando el neonato percibe ya al objeto como una globalidad, ante la posibilidad de que la propia agresividad haya destruido al objeto bueno. Además de la ansiedad, radicaría aquí la génesis de la culpa y los impulsos reparatorios subsiguientes. Por último, la ansiedad de castración se produciría como consecuencia de proyectar el niño su agresión sobre el objeto. Es principalmente paranoide, pero puede tener también elementos depresivos.

Reich (1897-1957) creía que la energía sexual puede convertirse en ansiedad, que si no es satisfecha podría traducirse en sadismo o agresividad. La neurosis derivaría de la represión del impulso sexual, sugiriendo que los síntomas neuróticos y la acentuación de los rasgos de personalidad se originan por el bloqueo del orgasmo normal.

En la teoría de Horney (1885-1952), el concepto fundamental es el de ansiedad básica: una sensación global e insidiosamente progresiva de estar aislado y desamparado en un mundo potencialmente hostil. La ansiedad básica tiene tres aspectos que deben confluír simultáneamente. Cualquiera de estos tres sentimientos -aislamiento, desamparo, estar rodeado de hostilidad- produce ansiedad. Cuando los tres aspectos están presentes y persisten crean un clima emocional que amenaza la vida y debe ser aliviado a cualquier precio. No es una situación en la que el niño tema el castigo o el abandono a causa de impulsos específicos prohibidos; es algo más global.

Según lo expresó el mismo Horney: “El niño siente el entorno como una amenaza para su desarrollo y para sus deseos y anhelos más legítimos. Se siente en peligro de perder su individualidad, su libertad, su felicidad. En un medio en el que se desarrolla la ansiedad básica, se ve obstruido el libre uso de las energías del niño, se anula su amor propio y su confianza en sí mismo, se incluye el miedo por intimidación y aislamiento, y se coarta su expansión mediante un trato brutal. De este modo, el niño queda desamparado e incapaz de defenderse adecuadamente.”

Stack Sullivan (1892-1949) postuló que la demanda de atención, manipulada a veces por el niño, exige una tierna conducta cooperante por parte de la madre. Si, por el contrario, la reacción materna está llena de ansiedad, a veces debida a una deficiente autoestima provocada por la tensión de las necesidades del niño, se transmite a éste una sensación de malestar que da lugar a la pérdida de euforia, después conocida como ansiedad, independientemente de si se satisface solo la necesidad orgánica. Esta transmisión de ansiedad determina una disminución del sentido de seguridad. Para explicar esta transmisión, Sullivan postuló una “vinculación empática entre niño y madre”.

Esta concepción interpersonal de la ansiedad no coincide con el grado de tensión sentido por las necesidades de satisfacción per se ni debe identificarse con éstas. El grado de esta tensión puede tener algo que ver con la ansiedad producida en la madre; sin embargo, la ansiedad del niño representa una desviación de la “tendencia integradora” en la situación interpersonal. Se registra como una sensación que fue variablemente desagradable y que el niño no está preparado para afrontar o eliminar con éxito; puede reavivarse con posterioridad. Resultará a la postre el principal factor condicionante para el desarrollo de lo que Sullivan denominó el principio dinámico del self y, posteriormente, sistema del self. El dinamismo del self o sistema del self es la configuración de energía en los procesos interpersonales dictados por el deseo de evitar la ansiedad.

PERSPECTIVA ETOLÓGICA

Para quien estudia el comportamiento del hombre aplicando el método científico empleado en Etología, ciencia fundamentada en la neurofisiología, genética, antropología y ecología, que contempla además la Teoría de la Evolución como un axioma científico sin cuya aceptación nada tendría sentido en Biología, la ansiedad es una emoción de temor que, al igual que otras emociones como la alegría o la tristeza, compartimos con el resto de los animales. Esta afirmación es fácilmente constatable con sólo observar, incluso de modo somero, otras especies animales con un determinado nivel de desarrollo evolutivo.

Esta emoción es sentida al activarse el sistema bioquímico cerebral específico que provoca la reacción de temor que, como las demás funciones biológicas, tiene como objetivo la supervivencia del individuo y, por tanto, de la especie.

Para el etólogo es la misma emoción que debieron sentir nuestros antepasados cuando, en el devenir de la especie, poblaron durante millones de años las llanuras africanas dedicados a buscar tubérculos comestibles, insectos y roedores. En aquellas circunstancias, y anteriormente en los diversos hábitats de los más remotos precursores de nuestra escala zoológica, el sistema neurobioquímico del temor se activaba ante el presentimiento, por estímulos subliminales, de la proximidad de un depredador, o ante la evidencia de su ataque, así como por otros factores ansiógenos como fenómenos geológicos, atmosféricos, enfermedades de individuos del grupo,

traumatismos graves, muerte, etc., por citar sólo algunas de las innumerables situaciones ansiógenas posibles.

La respuesta que debía producirse ante el ataque de un depredador, que es el supuesto que con más frecuencia podría producir una situación de intensa ansiedad, y para nosotros quizá el ejemplo más gráfico, por lo que nos referimos repetidas veces a él, era relativamente sencilla: si el depredador corría hacia nosotros antepasados en una determinada dirección, ellos debían correr en la dirección contraria.

Alcanzar un árbol a la mayor rapidez posible u otro lugar donde protegerse y agruparse como mecanismo de defensa colectivo, con los grandes machos haciendo frente al atacante, o bien quedar paralizados, inmóviles entre la maleza, presos del pánico, y con ello prácticamente desapercibidos para el depredador, que normalmente persigue presas en movimiento, debía significar en muchas ocasiones la diferencia entre la vida y la muerte. He aquí dos mecanismos elementales de conservación de la especie, profusamente descritos como “tempestad de movimientos” o “reacción de hacerse el muerto”. La agitación y el desmayo histéricos podrían tener su origen en el mismo sustrato de la bioquímica cerebral que provoca estas respuestas de huida-paralización, filogenéticamente determinadas y conservadoras del individuo y, por extensión, de la especie.

Miles de años después de aquellas habituales escenas de depredación -los datos disponibles sugieren que éramos el manjar preferido de diversos carnívoros-, y obviando en busca de la expresividad y la mayor claridad multitud de situaciones ansiógenas que con toda probabilidad debían presentarse de manera habitual y simultánea en un medio frecuentemente hostil, cargado de incertidumbres amenazantes, el nicho ecológico humano ha cambiado de forma radical. Los carnívoros y otros depredadores hace muchos años que dejaron de constituir una amenaza para el hombre en circunstancias normales. Los antiguos depredadores, que nos atemorizaron durante millones de años, han dejado de ser el peligro más frecuente, dando paso de modo paulatino a

nuevos depredadores, a otros elementos amenazantes, distintos de los anteriores, que por su separación aparente en el tiempo y/o el espacio con la activación del sistema neurofisiológico desencadenante del miedo, nos hacen sentir a éste sin el objeto amenazador que lo provoca. He aquí en esencia lo que es la ansiedad: miedo sin objeto aparente.

Por citar sólo algunos de los nuevos “depredadores”, nombraremos el temor ante unas oposiciones, el miedo al desempleo o al fracaso profesional, la siniestralidad del

tráfico, las intervenciones en público, las enfermedades incurables, y un largo etcétera imposible de enumerar.

Este cambio cualitativo de los agentes que provocan ansiedad ha venido determinado fundamentalmente por el desarrollo del sistema nervioso central de nuestra especie que, al margen de posibilitar el desarrollo cultural y, por consiguiente, el socioeconómico, ha hecho posible la utilización de símbolos y conceptos, ha mejorado la capacidad mnésica y posibilitado prever posibles circunstancias amenazantes en función de los datos memorizados, almacenados con anterioridad.





Pero la emoción que provocan “los nuevos depredadores” continúa siendo esencialmente la misma que hace miles de años nos impulsaba a correr ante el ataque de los antiguos depredadores. Con otra diferencia añadida: entonces debía ser relativamente fácil elegir la solución ante el problema: correr en dirección opuesta al origen del peligro, como se mencionó anteriormente, ya fuera un carnívoro, serpiente venenosa o cualquier otra circunstancia amenazante. En la actualidad, al desconocer en la mayoría de los casos qué nos amenaza, por ser los factores ansiógenos mayoritariamente conceptuales y mnésicos, sin que estén en un primer plano de nuestra atención, no podemos movernos en alguna dirección concreta, ¿hacia dónde correr ante el temor al desempleo o la noticia de una exhaustiva inspección fiscal? Es más, en muchas ocasiones no sólo no podemos correr en determinada dirección para evitar el peligro, sino que debemos dirigirnos hacia él como sería el caso de quien siente temor a intervenir en público y no puede eludir la responsabilidad. ¿Se imaginan un animal amenazado dirigiéndose hacia su depredador?

A pesar de no conocer hacia dónde huir, el organismo se prepara para la carrera: hay tensión muscular, taquicardia, taquipnea, midriasis, etc, con todo el cortejo sintomático y neurovegetativo consiguientes, síntomas que en las nuevas circunstancias son intensamente percibidos habida cuenta de que la carrera no se llega a producir.

Los pacientes que padecen trastornos de ansiedad, sobre todo aquellos que presentan trastorno de ansiedad generalizada y, más aún, quienes sufren trastorno de pánico, buscan una explicación a su sintomatología, lo que les lleva a consultar con diversos especialistas antes de ir al psiquiatra, al pensar en un primer momento en la posibilidad de padecer alguna afección orgánica grave.

Esta búsqueda, especialmente en quienes sufren crisis de pánico, motivada por el desagradable recuerdo de los síntomas que han experimentado, y el temor a que se vuelvan a producir, lleva posteriormente a muchos de estos pacientes, a través de un mecanismo regresivo de pensamiento mágico, a relacionar las crisis de pánico con los lugares o circunstancias donde las han sufrido, desarrollando subsiguientemente una conducta de evitación como mecanismo de defensa para evitar nuevas crisis.

La ley de la repetición de las situaciones, con falsa percepción de la relación causa-efecto, uno de los principios del pensamiento mágico, basado a su vez en el axioma que es más tranquilizador tener una explicación de los fenómenos inquietantes, aunque sea falsa, a no tenerla, se desarrolla en los pacientes con crisis de pánico en un intento de evitar la retroalimentación de la misma ansiedad que les produce el desconocimiento del origen y naturaleza de los síntomas ansiosos que experimentan, lo que en un primer momento les había hecho pensar en la posibilidad de padecer alguna enfermedad orgánica, o encontrarse en los comienzos de un proceso de enajenación mental con pérdida del juicio y control, supuestos que a su vez retroalimentaban aún más la ansiedad. Gracias a esta ley los enfermos “saben” ahora que sus síntomas están en relación con las calles, plazas, colas, supermercados, etc, conocimiento que hasta cierto nivel les resulta tranquilizador, teniendo en consideración, además, que dichos lugares pueden ser fácilmente evitados. Éste sería, en síntesis, el origen de la mayoría de las agorafobias.

¿Por qué con una historia filogenética similar unas personas desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada o crisis de pánico



ante situaciones ansiógenas de la vida y otras no? En nuestra experiencia clínica, al margen del componente genético que parece evidenciado en los trastornos de pánico, hay un factor fundamental para el desarrollo de este tipo de trastornos por ansiedad: el aprendizaje.

La mayoría de los pacientes, en un porcentaje significativamente elevado, han sufrido durante su infancia intensas situaciones ansiógenas durante períodos de tiempo prolongados. Estas situaciones han consistido principalmente en una elevada conflictividad entre los progenitores, con frecuentes y violentas discusiones, amenazas reiteradas de separación, divorcio, alcoholismo de alguno de los padres o enfermedades graves y crónicas de algún familiar próximo. Otros factores ansiógenos, como la penuria económica, no parecen incidir, siempre que exista un ambiente emocional estable y adecuado en la familia.

La ansiedad vista desde nuestra perspectiva se beneficia fundamentalmente de un doble abordaje terapéutico: el farmacológico y el cognitivo-conductual, este último susceptible de ser utilizado en la mayoría de los pacientes, incluso en aquellos con un nivel cultural y de abstracción bajos, dado el fácil grado de comprensión que requieren las cogniciones etológicas que damos a los pacientes sobre el origen y la naturaleza de la sintomatología ansiosa que presentan, lejos de aquellos recónditos lugares del ello reprimido y la severidad del yo, de los impulsos amorosos y agresivos del bebé, de la conversión de energía sexual en ansiedad, etc.

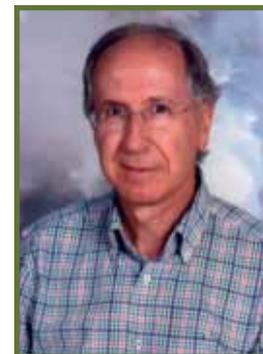
Desde nuestra perspectiva los pacientes comprenden enseñada que los síntomas que presentan son los propios de una emoción natural, necesaria y presente en todos los seres vivos, sin fantasmales connotaciones, emoción que se les ha desarrollado excesivamente por las circunstancias personales que les ha tocado vivir, lo que en algunos casos puede haber incidido además en un sustrato biológico especialmente predispuerto para este tipo de reacción.

Varios ejemplos de situaciones en las que se puede experimentar gran temor (un atraco, un incendio, etc.) ayudan a que reconozcan la verdadera naturaleza de sus síntomas.

En una fase posterior, les pedimos a los pacientes que recuerden las situaciones ansiógenas que pueden haberles hipertrofiado esta emoción, tan desarrollada ahora que se pone en marcha, “se dispara” -crisis de pánico- sin motivo aparente, o que motivan que permanezca constantemente alta -estado de ansiedad generalizada-. Analizar esas situaciones y cambiar la visión que se tiene de ellas por otra más homeopática es el objetivo fundamental en esta fase.

Enseñar a los pacientes a identificar los síntomas de la ansiedad como lo que son, en relación con las múltiples situaciones ansiógenas pasadas, presentes e incluso futuras, sin temores añadidos por la ignorancia de su naturaleza, junto a la seguridad de que igual que la ansiedad se ha “hipertrofiado” puede ir disminuyendo con el aprendizaje y la medicación, completa el enfoque terapéutico que hemos realizado.

Dr. Joaquín Sama Naharro



CÓRDOBA, CIUDAD DEL CONOCIMIENTO (II)

UN TIRO PARA LA VACA TUBERCULOSA

Dr. Rafael Martínez Sierra

España pone muchas “primeras piedras” pero rara vez pone la última. Nos hicimos cómplices con el consejero cuando sacaba el tarjetero sin mirar la cuenta; es la corrupción del langostino, el cortador de jamón, la copa de vino español. Ella, alcaldesa, lanzó la soflama en la inauguración con la lengua trabada por la jume-ra, pues invirtió el orden del día, y empezó levantando las copas antes de izar el farol. Esta costumbre hispana se potenció con la democracia, pues hay que secar la bodega antes de que venga el otro y se la beba.

Para que Córdoba sea ciudad del conocimiento se deben mostrar sus agujeros negros, pues para curar la llaga primero hay que descubrirla. En un estado democrático, el ciudadano tiene el deber de denunciar y para el emérito debe ser exigencia, pues más sabe el loco en su casa que el cuerdo en la ajena, y si es viejo, mucho más.

Córdoba es extremadamente celosa de sus vergüenzas. Ilustres cordobeses confiesan “en privado” que no pudieron denunciar abusos en los años 80-90-2000..., hasta el 15, por temor a las iras de los poderes fácticos: oligarquía, intereses plutocráticos, Iglesia, banca, centrales sindicales o los mass media. Otras ciudades, en cambio, los airean, hacen catarsis y buscan la enmienda. Las “Carocas” (s.XVII), en las fiestas de Granada, son quintillas (cinco versos con rima asonante) satíricas que hacen los ciudadanos, denunciando lo que les ha picado durante el año. Prestigiosos pintores las ilustran en cartelones, con caricaturas de los aludidos, y se exponen en la plaza Bib-Rambla, para regocijo de paisanos y extraños. A su imagen, en la revista de los HH. Maristas teníamos una sección - “Pluma en Ristre”- para que criticáramos y en la Facultad algunos profesores (Dr. Peláez) nos ponían unos ejercicios para que opináramos de cosas médicas ajenas al programa y luego los leíamos en público. Encajó mi burla sobre los congresos médicos y me dio sobresaliente. Este aprendizaje me familiarizó con el análisis crítico que tanto me ha ayudado para sentirme libre y sanar la gangrena cuando este mundo se pone espeso. La ironía es una forma amable de decir la verdad sin necesidad del exabrupto o, quizás, según Benavente, “una tristeza que no puede llorar y sonreír”

La injusticia duele, se encapsula y no se funde. Enrique Rojas, en el club siglo XXI, dijo (13/Abril/15) que un punto para obtener la felicidad es olvidar los malos recuerdos. Mas, dicho así, induce a engaño o a utopía, pues hay emociones que no se pueden y otras no se deben olvidar. Si olvidamos la resaca ¿de dónde sacaremos energía para evitar la próxima borrachera? El olvido no es necesario para vivir, al contrario, es una trampa que te tiende el enemigo que llevamos dentro, para empujar al abis-

mo, a la reincidencia. Con las drogas es dramático y evidente: te borra el dolor que provocan y sólo recuerdas la euforia y vuelta a consumir. La forma de vencer esa energía negativa es transformarla en positiva sin perderla de vista: sublimar el pánico del Titanic haciendo el concierto y cantar la Pasión con la saeta. Mirarte al espejo, sin autocompasión, es fuente de sabiduría y conocimiento; de inspiración para pintar un cuadro o escribir un cuento como hace Rafael Mir Jordano, un genio.

Cuando olvidas las trampas que te pusieron es señal de que te estás haciendo viejo, que has perdido la energía que apresta a la competición. Pedro Salinas podría haberlo dicho mejor: ¡Que no se acabe el dolor que te tengo, que entonces es cuando te pierdo!

Yo tengo rencor, y lo alimento, con él me siento caminando, participe, no orillado en la cuneta. ¿Que no es sano? Me gusta

el mar embravecido, me aterra la tibieza del lago. La Junta de Gobierno de esta Universidad despreció mi pretensión de que a mi departamento médico de Farmacología no lo asociaran con el de Veterinaria y sí con uno del Reina Sofía. “Los médicos curan la tuberculosis con medicamentos”, dijo un veterinario, “nosotros a la vaca tuberculosa le damos un tiro”. Tampoco lo oyeron. Y por votación secreta nos mandaron a por la metrallera. La condena de la vaca estaba sórdidamente decretada. “La Universidad es una de las instituciones más corruptas del conjunto institucional español” (Félix Azúa) ¿firman las actas de

los alumnos de medicina, y viceversa, los mata-vacas? Se negocia. Treinta años hace que ambos departamentos están fundidos, aniquilados. En él jamás se hizo ciencia ni se habló de las pateras del estrecho.

En mi “Caroca”, este mayo, pido indulto para la vaca y al rector que revise los departamentos. Las dedicaciones exclusivas deben ser un premio a la productividad (sesenios) y no para los que nos arrastran a la menor calificación de todo el conjunto europeo. Algunos profesores, eso sí, salvaron su dignidad personal como francotiradores.

El voto secreto es la herramienta para preservar la libertad de opinión en un medio donde exista como norma la venganza y la intransigencia. En la Universidad es forma de gobierno que ampara y engorda las mafias departamentales. La antinomia de su esencia.

Dr. Rafael Martínez Sierra
Catedrático Emérito UCO.
Premio RANM
ft1masir@uco.es





EL CORPUS DE SANGRE

Dr. Manuel Carpio González

Al concluir la primera mitad del S. XVIII, Castilla como de costumbre estaba en guerra y lo que es peor: estaba agotada.

Y el lector habrá comprobado que no he escrito España, porque no era ella la que estaba en guerra, sino Castilla la que defendía en solitario los intereses españoles en Europa y ultramar. Pero sí comprobará el lector que he escrito agotada, porque despoblada tras emigraciones y guerras, su tierra además estaba yerma.

En esta coyuntura el gobierno del Rey Felipe IV miró hacia los otros reinos de España para intentar obtener recursos económicos, o mejor dicho, para que todos aportaran a un fondo común y utilizar el dinero allí donde fuese necesario.

El personaje más interesante de este periodo histórico era el primer ministro o valido del rey: Don Gaspar de Guzmán y Pimentel, de título Conde-Duque de Olivares.

Don Gaspar que sin duda se equivocó de siglo al nacer (no hubiese desentonado en la transición española), estaba “hasta las narices” de que Portugal (entonces parte de la corona) y Catalu-

ña se negasen en redondo a contribuir en los gastos de defensa, como si les fuese ajeno lo que sucediese más allá de sus fronteras.

Como urgían las necesidades militares, Olivares ideó un plan que hoy nos parecería de lógico, una perogrullada. Pero que entonces fue novedoso y se llamó “La Unión de Armas”.

¿Y qué era esto? Pues muy sencillo, consistía en reclutar y sufragar, en y por cada una de las provincias, un ejército para utilizar donde hiciese falta; cada uno aportaría según sus recursos y recibiría según necesidad.

Para la Corona de Aragón fue el colmo, alegaron viejos privilegios medievales, ya anacrónicos en el s.XVII y como era y es costumbre, lo aprovecharon para pedir concesiones fiscales.

Pero Olivares era un magnífico negociador y consiguió que Valencia y Aragón cooperasen. No fue así con Cataluña, y lo que se había iniciado como problema fiscal se convirtió para Felipe IV en un grave asunto político.



Els Segadors 1907 Museo de Historia de Sabadell (Barcelona). Antoni Estruch (1899-1950)

Entretanto, Francia entró en la guerra de los Treinta Años y tras derrotarnos navalmente se asomó por los Pirineos. A pesar del peligro que se cernía sobre Cataluña, la Generalidad no quiso ni aportar tropas ni dinero y cuanto más agotada estaba la Corona más duros se hacían los catalanes.

Al Conde-Duque le dio igual, reclutó un ejército cuya soldada, hay que decirlo, no se portó muy educadamente en las casas donde se alojó.

Esto ya fue insoportable para los catalanes.

El 7 de junio de 1640, día del corpus, grupos de segadores que habían entrado en Barcelona para participar en la procesión, se hicieron con la ciudad, los jueces y funcionarios reales fueron perseguidos como perros (ejecutados y despedazados). Esta revuelta fue conocida como Corpus de Sangre.

El espíritu de la revuelta queda muy bien reflejado en el himno de Cataluña que de esto toma su título: "Els segadors".

Endarrera aquesta gent
Tan ufana i tan superba!
Bon colp de fàlç!
Bon colp de fàlç, defensors de la terra!
Bon colp de fàlç.!

Detrás de esta gente
Tan ufana y tan soberbia
¡Buen golpe de hoz!
¡Buen golpe de hoz, defensores de la tierra!
¡Buen golpe de hoz!

El pobre virrey, Dalmau de Queralt, conde de Santa Coloma, que era catalán, intentó huir por mar, pero al llegar a la playa fue cazado y degollado.

La muerte del virrey enloqueció a Olivares y si éste ya no controlaba Cataluña, tampoco los dirigentes de la Generalidad controlaban ya la revuelta social. Se hicieron con el poder los campesinos sin tierras, los bandoleros, los desterrados.

Parece que la historia pueda repetirse: los líderes catalanes habían liberado a la fiera y Cataluña cayó en guerra civil.

Atrapados entre el rey y la revolución, los dirigentes de la Diputación liderados por Pau Claris, un cura de Urgel, colocaron el 23 de enero de 1641 a Cataluña bajo la jurisdicción de Luis XIII de Francia (el de los 3 mosqueteros) a cambio de protección militar. ¡Si antes habíamos tenido una Holanda, ahora teníamos dos!.

Francia convirtió a Cataluña en una colonia a la que explotó económica y militarmente y los problemas de Cataluña se agravaron.

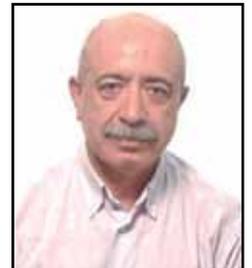
Diez años después los catalanes, ya no podían aguantar más a los franceses y ante el avance de las tropas de Felipe IV volvieron a ser españoles.... pero esa, es otra historia.

Por ahora, esperamos que no vuelvan a cumplirse las estrofas de los segadores.

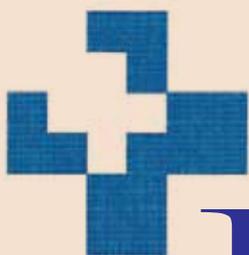
Per quan vingui un altre juny
Esmolem ben be les eines!

Para cuando venga otro junio
Afilemos bien las herramientas

Y deseando que esto no suceda, este autor pide disculpas por haberse tomado la licencia de escoger un cuadro que no es del s.XIX sino de 1907. Un magnífico óleo de Antoni Estruch y que se expone en el museo de historia de Sabadell



*Manuel Carpio González
Colegiado 14/03089
Doctor en Medicina y Cirugía
Licenciado en Historia.*



PAIME

FUNDACIÓN COLEGIO DE MÉDICOS DE CÓRDOBA
Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

¡LLAMA AHORA Y TE AYUDAREMOS!

Teléfono directo: 647 917153



CARTA ABIERTA A CÓRDOBA

DE MONS. JUAN JOSÉ AGUIRRE MUÑOZ

Queridos amigos, cordobeses fieles al proyecto de Bangassou, amigos venidos desde tantos sitios, a cada uno le digo: bienvenido a esta comida solidaria y mil gracias por estar aquí.

Como tantos otros años, la Fundación Bangassou, mi hermano Miguel, mi sobrino Pablo, mi madre junto a todos mis hermanos, hermanas, el equipo A y tantos buenos colaboradores de Bangassou, nos hemos reunido para patrocinar un proyecto. Este año queremos rehabilitar la misión de Bema, una preciosa misión al borde del río Ubangui, llena de luces de brumas de amanecer brillante sobre el río que corre perezoso bordeándola. En Bema ya empezó un colegio hace 5 años, el primero jamás construido en la región, y un centro de salud todavía inacabado porque rebeldes armados hasta los dientes nos impiden de pasar materiales. La misión, instalada sobre la confluencia de dos ríos, la dirige un sacerdote chileno desde hace 8 años. A un centenar de metros, se ha instalado un destacamento de 20 Selekas, vacilones pero que dejan hacer. Y nosotros, a lo nuestro!. Ahora queremos crear 2 escuelas primarias de 6 aulas cada una para que el colegio, tenga un buen sustrato de alumnos bien preparados que lo sustente.

Los proyectos de los años pasados, una escuela en Bakouma, un Colegio y Liceo nuevos en Zemio, la nueva Iglesia parroquial de Nzacko donde soldados de Uganda controlan rebeldes de la LRA (Armada de Resistencia del Señor) que quieren entregarse a las autoridades ugandesas, otra capilla en zona de alto riesgo en Zabe, otra en Bobo, cerca de Bema, la maternidad de Bangondé donde este año nació la primera niña en la nueva construcción ya terminada, donde además un millar de niños famélicos con grave riesgo de desnutrición han recibido su biberón diario durante 6 meses y sus pastillas de HERO hasta cambiarles completamente la cara “inyectándoles” vida a través de la boquilla estéril del bibi... proyectos que se han terminado o están en marcha. Ya sabéis bien que os hablo de proyectos para ayudar a esta población de Bangassou zarandeada por acontecimientos políticos que harían palidecer cualquier sociedad europea. Desde hace dos largos años, este es nuestro “decorado”, los avatares de la política o las brutalidades de grupos yijaidistas fanáticos. Este decorado, encuadra nuestro único objetivo de estar con este

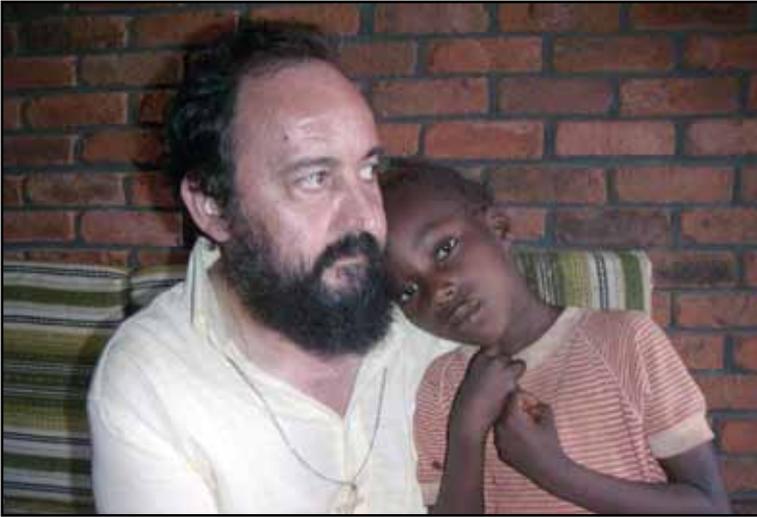
pueblo, de consolarlo, de darle esperanza, de creer en un mañana mejor. Cierto que este “decorado” de violencias ciegas ralentiza nuestros proyectos, pero no nuestro empeño con esta población de la diócesis de Bangassou acribillada desde todos sus puntos cardinales, incluso desde más allá de sus fronteras porque 5.000 congoleños, huyendo de masacres y del olor a tierra quemada, han entrado en la zona de Zemio en donde han sido acogidos con respeto cariño e incluso hemos puesto un sacerdote para ocuparse de ellos a tiempo completo.

Tantos proyectos, como digo, han sido ralentizados por la guerra en Centroáfrica, por esa maraña endemoniada de intereses creados, de violencia ciega, de cargas homicidas de los anti-balakas contra Selekas que quieren controlar parte del país, Bangassou incluida, por las respuestas indiscriminadas de Mbororos contra la población indefensa porque otros han querido robarles a ráfagas de Kalasnikoff sus rebaños de vacas, por las carreteras cortadas por barreras interminables, por el eterno zarfarrancho de combate de unos contra otros, el sempiterno “ojo por ojo” que terminará dejándolos a todos ciegos. Pero como siempre decimos, a cada problema, una solución. A veces, para pasar un camión de cemento, hemos tenido que pactar con criminales, o para que la leche en polvo siguiera en la pista después de haber sido ametrallado el camión que conducía el contenedor, nos hemos puesto de acuerdo con los ametralladores para que nos ayudasen a descargar el camión, con las ruedas reventadas, por un sobre lleno de pasta gansa, para cargar en otro camión, aparecido como por encanto en plena selva, mientras, entre caja y caja, se comían los chocolates de muesly, acomodaban sus metralletas en la espalda y se enorgullecían de su propia bellaquería. Es lo que se llama: pactar con el diablo.

Tanto que del “diablo” se trata, que la Procuradora del Tribunal Penal Internacional (TPI) de La Haya, Fatou Bensouda, ha creado una rama especial de su Tribunal para indagar sobre los crímenes contra la Humanidad cometidos en Centroáfrica en estos dos últimos años. Ya se han puesto en contacto con bastantes personas y también conmigo, pidiéndome pruebas y testimonios contra algunos de esos criminales que yo he sido obligado a saludar e incluso que se han querido fotografiar conmigo. Una foto que rezuma asco, pero que podría condenar de por vida a algunos de los que impusieron la muerte con total impunidad.



Casas quemadas



arrastrado por la selva durante mucho tiempo, los ojos desorbitados por el pánico y un shock traumático de órdago, que la dejó muda y desde entonces estamos aún sin saber de donde es, donde está su familia, a quién llamamos que la conozca... Mi hermano Miguel, en un antiguo viaje a Centroáfrica, pudo conocer a alguna de estas recién escapadas, pero aquella hablaba, lloraba, gritaba y respondía. Esta de Zemio será muda hasta que Dios quiera y en su infinita misericordia reconstruya lo que un ser humano despiadado ha podido romper en pedazos en años de torturas, vejaciones, humillaciones y deshonra.

Deciros para terminar que seguimos aquí, que no puedo estar con vosotros en Córdoba porque me necesitan más aquí, que la luz de la Iglesia es la última que se apaga y por eso de aquí no me muevo excepto para cuando me llame el Papa Francisco, que el proyecto de Bema se hará con vuestra ayuda en

Hoy todavía, el 32% de la población de Centroáfrica vive en inseguridad alimentaria, 2 millones y 300.000 niños viven en zona de alto riesgo, 423.300 personas viven huidos en el Chad o en el Camerún, 18 humanitarios han sido asesinados en 2014, varios sacerdotes y monjas han sido asesinados o secuestrados no obstante los 10.000 militares de variadas indumentarias que se han emplazado por todo el país (de entre ellos 27 han sido también asesinados). También es tristemente verdad que estos militares de la ONU ya han inseminado a miles de las chicas de nuestro pueblo, a veces pagándolas con una lata de lentejas made in Alicante.

El Seminario mayor de Bangui, la capital, sigue albergando 8.000 personas indefensas que se refugian allí para huir de la quema. Conviven el día a día con nuestros seminaristas de Filosofía y Teología. Los mismos miles de desplazados ocupan cientos de iglesias, templos y mezquitas, aunque de éstas quedan pocas pues más de 300 han sido destruidas entre 2013 y 2014. Las cosas van mejorando en 2015, aunque 75.000 antibalakas, repartidos en la mitad del país, no deja de acosar a otros tantos selekas empeñados en islamizar las zonas que ocupan. Esto, sin contar que la mitad de la diócesis de Bangassou sigue acribillada por los rebeldes de Kony, que los 3.000 soldados ugandeses presentes en la zona y coordinados por varios centenares de “estirados” americanos en campamentos de 5 estrellas viviendo a cuerpo de rey en plena selva, no logran parar los desmanes de estos criminales. La semana pasada, una chica de unos 23 años, una de los varios centenares aún esclavas en la zona selvática de las huestes de Kony, se escapó y apareció cerca de Zemio, donde yo me encontraba a primeros de febrero. Estaba deshidratada y desnuda. Llevaba sin comer, huyendo, un ristra de días. Tenía la mitad de la cabeza llena de pústulas y heridas, el vientre horriblemente erosionado de haberse



ésta comida del Círculo de la Amistad y que la vida religiosa ofrecida entre los más pobres es de lo más bonito que hay en esta tierra.

Mil gracias a todas las empresas, comercios, tiendas, organismos que nos han ayudado con regalos y comida, a la música, a los camareros y camareras de lujo que tenemos, la mayor parte catecúmenos de confirmación, y a las miles de personas que habéis podido hacer posible esta comida solidaria en colaboración con la Fundación Bangassou. Suerte a todos en el sorteo y mil gracias para todos los que han ido dando y recogiendo los regalos.

Mil abrazos a todos
Juanjo Aguirre,
Bema 07 de Marzo del 2015



PAIME

FUNDACIÓN COLEGIO DE MÉDICOS DE CÓRDOBA
Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

¡LLAMA AHORA Y TE AYUDAREMOS!

Teléfono directo: 647 917153



UN AÑO DE ÉBOLA

PARA COLABORAR 902 30 30 65 | sas@msf.es

Durante este año, miles de trabajadores sanitarios han arriesgado sus vidas para asistir a los enfermos de Ebola y colaborar en el control de la epidemia, lo que les ha expuesto también al estigma y al miedo en sus propias comunidades. La vulnerabilidad del personal médico ante el Ebola representa una tragedia doble, ya que el virus se cobra las vidas hasta de aquellas personas dedicadas a tratarlo. Cerca de 500 trabajadores sanitarios han muerto de Ebola en Guinea, Liberia y Sierra Leona hasta el día de hoy.

Dedicamos este informe a todos ellos, y a nuestros 14 compañeros de Médicos Sin Fronteras fallecidos en Guinea, Sierra Leona y Liberia durante la epidemia. Todos y cada uno de ellos suponen una dolorosa pérdida. Expresamos nuestro más sentido pésame a sus familiares y amigos.

Un año en la mayor epidemia de Ébola de la historia

Llevamos ya un año inmersos en la epidemia de Ébola más mortífera de la historia. Al menos 24.000 personas han contraído la infección y más de 10.000 han fallecido. El Ebola ha destruido vidas y familias, ha dejado cicatrices profundas y ha desgarrado el tejido económico y social de Guinea, Liberia y Sierra Leona.

El virus se propagó, como nunca antes se había visto, por una enorme franja a través de tres fronteras geográficas. El miedo y el pánico se apoderaron de la zona, los enfermos y sus familias estaban desesperados, y los trabajadores sanitarios nacionales y los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) se vieron desbordados y exhaustos. Los profesionales de la salud



no están preparados para enfrentarse a la muerte de prácticamente el 50% de sus pacientes por una enfermedad para la que no existe tratamiento.

Pese a ello, el mundo ignoró las primeras llamadas de auxilio y solo respondió tardíamente. Entre tanto, pasaron varios meses y se perdieron muchas vidas. Nadie sabe el número real de muertos que la epidemia habrá causado: el consiguiente colapso de los sistemas de salud incide en que los casos sin atender de malaria, partos complicados y traumatismos por accidentes de tráfico se hayan cobrado un balance de víctimas que sin duda multiplica por mucho las muertes directas causadas por el Ebola.

Un año después, el ambiente de miedo y el grado de desinformación que aún existe siguen obstaculizando la capacidad de detener el virus. En Sierra Leona, aún quedan algunos focos activos de propagación, mientras que en Guinea los trabajadores sanitarios sufren ataques violentos a causa de la desconfianza y el temor persistente. Por otro lado, es esperanzador el caso de Liberia, donde se ha experimentado el mayor descenso de casos; no obstante, el riesgo en este país no va a remitir mientras el Ebola siga presente en sus vecinos Guinea y Sierra Leona.

Tenemos por delante un desafío muy importante. Para poder declarar el final de la epidemia, debemos identificar hasta el último caso, con un nivel de precisión y meticulosidad prácticamente sin parangón en las intervenciones humanitarias sobre el terreno. No hay margen para el error o la complacencia: la cifra de nuevos casos que se registran cada semana sigue supe-





rando las de cualquier brote anterior. El éxito en la reducción de nuevos casos en una zona concreta puede verse frustrado por otro brote en una zona imprevista.

Muchas preguntas y unas respuestas sencillas

Tras un año de epidemia, abundan las preguntas. ¿Cómo es posible que la espiral de la epidemia se descontrolara de forma tan dramática? ¿Por qué tardó tanto la comunidad internacional en despertarse y dar una respuesta a la altura de la gravedad del brote? ¿Fue por miedo, por falta de voluntad política, por inexperiencia, o quizás estos tres factores crearon la tormenta perfecta? ¿Tomó MSF las decisiones correctas? ¿Podríamos haber hecho más y salvar más vidas? ¿Qué hemos aprendido de esta epidemia y qué deberá hacerse de manera diferente en el futuro? Hay muchas preguntas y unas cuantas respuestas sencillas.

Los equipos de MSF aún siguen inmersos en la lucha contra la epidemia, así que resulta difícil extraer conclusiones definitivas: hace falta cierta distancia temporal para elaborar una revisión crítica minuciosa. Las que se exponen aquí son algunas reflexiones iniciales sobre el año transcurrido, con la descripción de los momentos fundamentales y de los desafíos desde la perspectiva del personal de MSF. La organización seguirá adelante con este proceso de revisión en profundidad.

Este documento se basa en entrevistas con docenas de miembros de nuestro personal, que muestran una fotografía de la realidad que ha vivido MSF durante todo el año, tanto en el terreno como en las sedes de la organización. Como organización, esta epidemia nos ha puesto a prueba, nos ha empujado más allá de nuestros límites, y hemos cometido nuestra cuota de errores.

Lo que es evidente es que nadie estaba preparado para la propagación y la magnitud de pesadilla de esta epidemia. El brote de Ebola demostró ser un hecho excepcional que sacó a la luz cuán ineficientes y lentos son los sistemas de salud y de ayuda humanitaria en la respuesta a emergencias: las cosas se hicieron como siempre, mientras miles de personas morían. ¿Qué lecciones habremos aprendido de estos errores?

Un año tristemente excepcional

Si bien MSF ha contribuido al control de varios brotes de Ébola en nueve países durante los últimos 20 años, la epidemia que

se ha ensañado con África occidental ha demostrado ser excepcionalmente catastrófica. Durante el año transcurrido, MSF se ha visto presionada más allá de sus límites: su intervención ha estado marcada por muchos problemas a los que la organización nunca antes se había tenido que enfrentar, gran parte de ellos indescriptiblemente trágicos.

Para MSF, esta ha sido la primera vez que...

- ... perdimos a tantos pacientes: el Ébola se ha cobrado la vida de 2.547 de nuestros pacientes, una cifra catastróficamente alta que ha afectado profundamente a nuestros equipos. Incluso en comparación con la mayor parte de las zonas de conflicto donde hemos trabajado, la pérdida de tantos pacientes en un período de tiempo tan corto es inaudita para MSF.
- ... enfermaban de Ébola algunos de nuestros compañeros: 28 de ellos contrajeron el virus y 14, tristemente, fallecieron.
- ... teníamos que abandonar a pacientes de Ébola, tal y como ocurrió en nuestros centros de Monrovia, que quedaron saturados de pacientes.
- ... respondíamos simultáneamente a varias emergencias por fiebres hemorrágicas a tan gran escala y en varios países: un brote de Ebola en Guinea, Sierra Leona, Liberia, Nigeria, Malí, Senegal; un segundo brote de Ebola no relacionado con el anterior en República Democrática de Congo; y un brote de Marburg en Uganda.
- ... nos movilizábamos para hacer frente a una propagación epidémica de Ébola en una zona geográfica tan extensa y en centros urbanos densamente poblados.
- ... redirigíamos tantos recursos humanos procedentes de otros proyectos de emergencia de MSF: se realizaron 213 salidas desde proyectos en otros países no afectados por el Ebola (tanto de personal internacional que estaba allí desplegado como de trabajadores que se había contratado localmente) y desde las diferentes sedes de MSF. En total, se han desplegado en la epidemia 1.300 trabajadores procedentes de otros países.
- ... abríamos un centro para pacientes de Ébola con 250 camas: antes de la epidemia actual, el centro más grande que se había construido para atender una epidemia a gran escala contaba con 40 camas.
- ... enviábamos e instalábamos crematorios para los cadáveres, como ocurrió en Monrovia cuando el número de muertos excedió la capacidad de los equipos nacionales de enterramiento.
- ... distribuíamos alrededor de 70.000 equipos de protección y desinfección de hogares para 600.000 personas en Monrovia.
- ... entregábamos medicamentos contra la malaria para 1,8 millones de personas en Freetown y más de 650.000 en Monrovia.
- ... construíamos una maternidad especializada para atender a las mujeres embarazadas que hubieran contraído el Ebola.
- ... emprendíamos tal esfuerzo de transferencia de conocimiento de MSF: hemos formado en las sedes de la organización no solo a más de 800 de nuestros trabajadores, sino también a 250 profesionales de otras entidades como la Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), International Medical Corps, GOAL, Save the Children y Cruz Roja Francesa, entre otras.
- ... se desarrollaban en nuestros centros ensayos clínicos de vacunas y tratamientos experimentales en pleno brote.



MÉDICOS ESCRITORES EN CÓRDOBA EN EL SIGLO XIX

JOSÉ VALENZUELA Y MÁRQUEZ RODOLFO DEL CASTILLO QUARTIELLERS

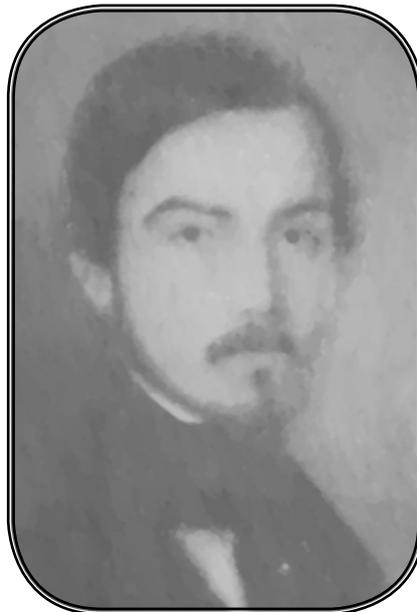
Dr. Francisco Blanco López

De entre todos los profesores de la Facultad de Medicina de Córdoba de 1870, solo recordaremos en nuestro estudio a estos dos, aunque no queremos marginar a los demás componentes del claustro, algunos de ellos con más méritos universitarios igual calado social y grandes facetas humanistas y ello por dos motivos. En el caso de Don José Valenzuela porque Don Rafael Ramírez de Arellano lo incluye en su Catálogo de Escritores Ilustres de Córdoba y aunque muy bien estudiado por el Profesor Fernández Dueñas ha pasado como tantos otros al olvido. Don Rodolfo del Castillo, porque aunque nacido en Cádiz, ejerció en Córdoba, siendo referente como médico, persona de gran brillantez social, escritor y profesor de la Facultad de Medicina, etapa de 20 años de su vida que numerosos biógrafos suyos no cordobeses olvidan.

Nació en Córdoba el 10 de agosto de 1820, nieto de Don Diego Antonio de Valenzuela Verral, escritor del siglo XVIII, e hijo a su vez de Don José Valenzuela, constructor de barricas de vino, y Doña Victoria Márquez siendo bautizado en la parroquia de San Nicolás.

Estudió Medicina en Sevilla en 1840. Durante este periodo de estudiante hace amistad con un personaje, cinco años mayor que él, y que llegaría a ser la persona más controvertida de toda la Década Moderada, Don Luis José de Sartorius, nacido en San Fernando, de padre gran erudito y políglota (hablaba 11 idiomas), que había venido de Alemania huyendo de Napoleón. Persona de gran habilidad, dotes de persuasión y perseverancia que llegó a ser primer conde de San Luis, ministro de la Gobernación (1847) y Presidente del Consejo de Ministros (1853) bajo el Gobierno de Narváez y reinado de María Cristina de Borbón e incluso en el de Isabel II, formó parte de su camarilla hasta el punto de ser tildado como “Segundo Godoy”. Por tanto siendo amigo de este personaje, que se había ido a la Corte a “ser ministro” y posiblemente atraído por él se traslada allí, se licencia en Medicina y Cirugía el

3 de Junio de 1848 y hace el doctorado en 1854 en la misma universidad con la memoria “De la naturaleza de la enajenación mental”, la cual dedica a su amigo “al dedicaros este pequeño trabajo literario cumplo con un deber de gratitud a que por tantos títulos sois acreedor. Os ruego que lo aceptéis con la misma benevolencia con que me habéis alentado en el curso de mis estudios (Madrid 9 de febrero de 1954)”



Dr. José Valenzuela y Márquez

Nos llama la atención que siendo él un médico que posteriormente se dedica a la hidrología, escoja un estudio de la mente humana, seguramente por la gran dosis de curiosidad que tenía y nos lo explique él mismo “...la historia de la locura es la historia de las ruinas del espíritu humano, ruinas tristes que echan sobre el alma una melancolía que nos aterra, por la evidente posibilidad de que el más liviano accidente nos derribe de la alta dignidad que como a seres inteligentes y morales nos corresponde..”

Una vez doctorado vuelve a Córdoba para ejercer su profesión de médico contrayendo matrimonio con Doña Francisca de Paula Castillo y Zaldúa con la que tiene tres hijos, Laura, Teresa y Luis. La mayor fallecida muy joven en 1864. Luis, nacido en 1857 fue ilustre abogado, doctor en Derecho Civil y Canónico por la Universidad Complutense de Madrid, decano del Colegio de Abogados y Presidente de la Academia de Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba, siendo durante su mandato cuando le fue concedido el título de Real por decreto de Don Alfonso XIII en Junio de 1915. De él descienden dos ilustres médicos D Rafael y Don José María Valenzuela Terroba que ejercieron en Córdoba y fueron dignos continuadores de su abuelo

Su actividad como médico le hace adquirir un gran prestigio profesional, social y político, siendo nombrado 2º Teniente de Alcalde, bajo la alcaldía del Conde de Torres Cabrera, y jurando su cargo el 7 de Diciembre de 1866 que desempeñó con una gran actividad durante algo más de un año, hasta ser sustituido, por incompatibilidad, para ocupar una plaza de médico-director- propietario de los baños de Fuencaliente, donde 35 años antes lo había sido otro cordobés ilustre D. Luis María Ramírez de las Casas Deza.

Al crearse la Universidad Libre de Enseñanza en 1870, y como uno de los requisitos para ser catedrático era estar en posesión del Título de Doctor, es designado junto a Don Mariano

Montilla, ocupando las cátedras de Higiene Privada e Higiene Pública de la Facultad de Medicina. A estos cargos renuncia dos días después aduciendo no estar preparado para ello “No de otro modo se comprende que el que se consagra a la enseñanza debe poseer en grado sumo el arte de persuadir “... “me complazco en reconocer en todos sus profesores, menos en mi humilde personalidad, cualidades superiores de inteligencia, y

actitud y actitud para el buen desempeño de las diversas calidades, tengo el honor de resignar en mano de VE dicho nombramiento, por considerarlo superior a mis débiles fuerzas...”

¿Varios pudieron ser los motivos de esta renuncia? En primer lugar, el que no se considerase preparado para el cargo, lo que a juicio de sus biógrafos no parece muy probable cuando posteriormente aceptó impartir la enseñanza de otras asignaturas como “Historia de la Medicina”, “Terapéutica”, “Patología Quirúrgica”, “Patología Médica” y “Clínica Médica” 1º y 2º. Pero pudo también ser por el despecho que le causó no ser nombrado un sobrino que él había propuesto, aunque lo más probable fuesen motivos de incompatibilidad para el cargo de director de los baños y aguas termales de Lanjarón que le habían propuesto y que conllevaba más prestigio social y económico. Sea cual sea el motivo no le fue aceptada su renuncia por el Sr. Gorrindo, pasando de este modo ser uno de los grandes pilares de la Facultad de Medicina cordobesa, junto a Don León Torrelles y a Don Manuel de Luna.

En este año 1870 es llamado a consulta por su amigo el conde de San Luis que se había venido a Sevilla buscando climas más templados. ya que padecía gota, que fue la causa de su muerte en febrero de 1871, escribiendo por tal motivo “Ofrenda póstuma de amistad” que es publicado en el Diario Córdoba el 18 de marzo de 1871 en el que da muestras de su amistad, admiración y agradecimiento “las alabanzas póstumas son las plegarias que el vivo dirige al amigo perdido en la eternidad de los siglos”.

Durante los 4 cursos que duró la efímera Universidad Libre de Enseñanza de Córdoba, imparte las enseñanzas de “Higiene Pública”, e “Higiene Privada”, compatibilizando con la dirección de los baños primero de Fuencaliente y posteriormente de Lanjarón (1872 a 1879). Siendo su director-propietario que aunque muy conocidos a nivel nacional, por las propiedades de sus aguas, él los presenta en la Exposición Universal de París en 1878, consiguiendo la medalla de plata de su categoría. En 1872 publica Páginas sueltas para una monografía de las aguas y baños de Lanjarón (15 de mayo de 1872). Clasifica las aguas por su composición, hace sus indicaciones terapéuticas e incluso publica cuadros estadísticos de los resultados de estos tratamientos. Teniendo en cuenta la importancia que se le daba a la hidroterapia, constituyó un importante capítulo en la Medicina de la época.

Al año siguiente, 1873 entabla una lucha por la necesidad de Casas de Socorro en Córdoba, publicando en el Diario Córdoba, en el mes de febrero, un artículo en el que solicita una Casa de Socorro, incluso en cada “distrito judicial” y pidiendo también la transformación en Casa de Socorro del Gabinete de Consultas Médico Quirúrgicas que habían fundado los doctores Luna, Illescas y Maraver en la Calle Azonaicas, y que prestaba una intensa labor asistencial ya que en solo 3 meses de su creación ya había asistido a más de 2000 enfermos.

Durante este tiempo y al tener que simultanear sus cargos con los de Profesor de la Facultad de Medicina, los meses fuera de temporada, desde Octubre a Junio, reside en Córdoba, pero durante los de temporada de aguas, desde Junio a Septiembre, tiene que residir en Lanjarón por lo que en los exámenes tiene que ser sustituido (salvo en el primer curso) por otros profesores, fundamentalmente, por sus amigos y compañeros Don León Torrelles y Don Manuel de Luna por lo que no aparece en ningún acta de exámenes. Aunque ejerce con gran actividad su labor universitaria formando tribunales para el doctorado y cursos como el de la apertura del curso 1871-1872, “eminente-

mente moral “ que es publicado con una crítica muy favorable en el Diario Córdoba

En marzo de 1880 y previo concurso es nombrado director de los Baños de Arnedillo en Logroño, que deja cuando pasa a manos privadas y es comprado por la Duquesa de Santoña.

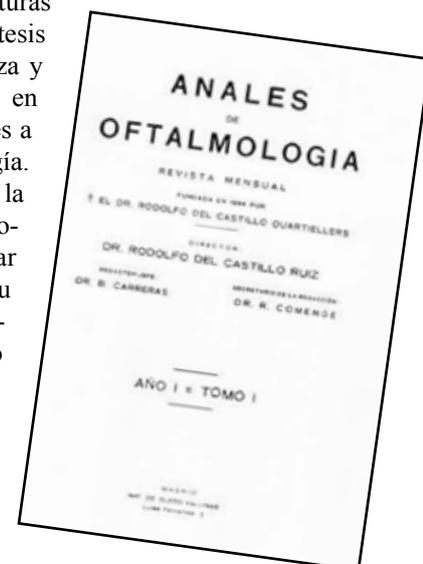
Ocupó numerosos cargos y distinciones siendo, además de los ya nombrados, concejal y 2º teniente de Alcalde de Córdoba, diputado por los distritos de Pozoblanco y Córdoba, subdelegado de Sanidad, Profesor Honorario del Cuerpo de Sanidad Militar, Presidente de la Asociación Médico-Farmacéutica Española, Jefe Superior honorario de Administración Civil, miembro de la Sociedad hispano-ultramarina de Córdoba, fundador de la Sociedad Española de Hidrología Médica y socio fundador y directivo del Real Círculo de la Amistad y Liceo Artístico y Literario de Córdoba, agregado en Málaga durante la guerra de África y durante la epidemia de cólera de 1855 prestó asistencia médica en Hinojosa del Duque y La Carlota. Todo ello le valió el nombramiento de Comendador de la Real y Distinguida Orden de Carlos III y condecoraciones como las Cruces de Primera y Segunda clase de la Orden Civil de Beneficiencia.

Murió en Córdoba el 9 de Agosto de 1881 a consecuencia de una neoplasia nasal. Su entierro fue una gran manifestación de duelo, al que asistió una numerosa representación de todos los ambientes sociales de Córdoba, pero sobre todo de la clase médica que así le dedicaba un sentido homenaje por su gran dedicación profesional. Está enterrado en el Cementerio de San Rafael, bajo el epitafio en latín “Haz que sienta pronto tu gracia, porque en ti he esperado”.

RODOLFO DEL CASTILLO Y QUARTIELLERS

Nace en Cádiz el 11 de Noviembre de 1845, donde realiza el bachillerato en Artes, en el colegio San Bernardo de Gibraltar teniendo como maestro a Romualdo Alvarez Espino, destacado miembro del krausismo gaditano. En tres años se licencia en Medicina en la Facultad de Cádiz y dos meses más tarde supera las asignaturas del doctorado y defiende su tesis doctoral La Sífilis, naturaleza y sitio. Finalizada la carrera en 1872 va a Londres y después a París a estudiar Oftalmología. Vuelve a España y, como la Hidroterapia se estaba consolidando en España, tras pasar grandes vicisitudes desde su la creación del Cuerpo Médico de Baños por Fernando VII en 1816, pasa un periodo como director del balneario de Artega en la Coruña, que dura solo un año ya que en 1873 se establece en Córdoba.

En nuestra ciudad vive en la Calle Valladares número 9 en la Casa del Indiano, portada que encarga restaurar a su amigo Mateo Inurria. Vivirá más tarde en la calle Alta de Santa Ana, 1, y en la calle Azonaicas 16. En Noviembre de 1877 contrae matrimonio en la parroquia de San Andrés con Doña Encarnación Ruiz López.





Durante sus 20 años de vida en Córdoba desarrolló una intensa actividad médica, social y literaria, con numerosos cargos y distinciones y así en Diciembre de 1873 es nombrado Correspondiente de la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba. Secretario de la Comisión Provincial de la Cruz Roja, y miembro de diversos Ateneos y Academias Forma parte en tribunales de exámenes en la facultad de Medicina de la Universidad Libre de enseñanza como “persona extraña”, cargo contemplado en los estatutos de la Universidad, en las asignaturas de la licenciatura y del doctorado.

Su obra más importante es la fundación y dirección de la Revista Andalucía Médica en Enero de 1876, que alcanza rápidamente un gran prestigio nacional e internacional con numerosas secciones en todos los campos de la medicina y reproducciones fotográficas, novedad que es pionera en España. En ella implica no solo a todos los médicos de la época sino también a alumnos de la Facultad aún antes de finalizar la carrera en los que sembrará el germen no solo médico sino humanista. Igualmente funda la Revista de Oftalmología y es crítico musical con el seudónimo “el amateur”

En 1893 se marcha a Madrid, llamado por Federico Rubio y Galí, para ocupar una plaza de jefe clínico en el Instituto de Terapéutica Operatoria que había fundado éste.

Numerosos fueron sus trabajos de investigación y publicaciones, tanto médicas como literarias, siendo considerado como periodista y egiptólogo y uno de los pioneros en la historiografía médica española, siendo académico correspondiente de la Academia de Historia

Entre sus trabajos resaltaremos los siguientes: Apuntes de un viaje a Italia (Córdoba Librería y Biblioteca del Diario Córdoba en 1882), La esterilización de las aguas del Nilo en el siglo XI. Los últimos días de la Isla de File. Origen de Egipto. La medicación oleosa en tiempo de los faraones: el aceite de ricino. Recuerdo de un viaje a Egipto: El contagio de la oftalmía egipcia por las moscas. La oftalmología en tiempo de los griegos. La Oftalmología en tiempo de los romanos.

Tras una vida dedicada al estudio e investigación fallece en Madrid a los 72 años de edad en 1917.

OBRAS CONSULTADAS:

AGUILAR GAVILÁN E.: Vida Política y Procesos Electorales en la Córdoba Isabelina (1834 -1868). Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. Córdoba 1991

ARJONA CASTRO A.: La población de Córdoba en el siglo XIX (Sanidad y crisis demográfica en la Córdoba decimonónica Instituto de Historia de Andalucía Universidad de Córdoba, 1979

BOLETÍN DE LA REAL ACADEMIA DE LA HISTORIA, Marzo 1909, (177-178).

CABRONERO Y ROMERO M. (Oficial del Cuerpo de estadística). Guía de Córdoba y su Provincia 1891-1892 Imprenta y Papelería Catalana.

Del CASTILLO Y QUARTIELLERS R.: La Andalucía Médica Revista Médico-Quirúrgica Fotográfica y de Ciencias accesorias. T 1 año 1 Imprenta, Lib y Lit del Diario de Córdoba. Córdoba 1876

DIARIO CORDOBA: 4º; T VIII pp 124

FERNÁNDEZ DUEÑAS A.: La Facultad de Medicina en la Universidad Libre de Córdoba y su época (1870-1874). Colección de estudios cordobeses Excmo Diputación Provincial de Córdoba. Córdoba 1983

FERNÁNDEZ DUEÑAS A.: Una revista cordobesa del siglo XIX “La Andalucía Médica”. Córdoba Noviembre 1979

HERRERA RODRÍGUEZ F.: Historia: Un pionero en la historiografía médica de la antigüedad: Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917), 17,35

MARAVER EYZAGUIRRE F., CORVILLO MARTIN I.: Historia de la Sociedad Española de Hidrología Médica. Siglo XIX, nº 2. Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid, 2006

OSSORIO Y BERNARD M.: Ensayo de un catálogo de periodistas españoles del siglo XIX. Madrid Imprenta y litografía Dr J de Palacio, 1908

PALACIOS BAÑUELOS L.: Historia de Córdoba. La etapa contemporánea (1800 a 1936) Publicaciones Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba 1990

RAMÍREZ DE ARELLANO T.: Paseos por Córdoba 1873

RAMÍREZ DE ARELLANO, R.: Ensayo de un catálogo biográfico de escritores de provincia y diócesis de Córdoba. Tomo 1 Madrid 1922

RAMÍREZ de las CASAS DEZA L. M.: Corografía histórico estadística de la provincia y obispado de Córdoba Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. Córdoba 1986.

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ A.: La Cultura española desde una provincia.: Córdoba (1850 a las vanguardias). Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba 1991

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ A.: Certámenes Poéticos en el siglo XIX. Actas 2º Congreso Historia de Andalucía Córdoba 1990

CLAUSURA CURSO ACADÉMICO 2014-2015

“Los imperios del Sahel: Siglos X al XIX

Prof. Carlos Pera Madrazo

Salón de Actos Residencia Militar “Gran Capitán”

(Avda. República Argentina, 28. Córdoba)

10 de junio de 2015 (miércoles) 20 h.



XIX SEMANA CULTURAL “GALENO”

Córdoba 1 a 6 de junio de 2015

Salón de Actos CajaSur (Reyes Católicos, 6)

Sala de Exposiciones C.O.A. (Reyes Católicos 1)

FUNDIDO EN AMARILLO. EL “CONTAGIO” DE LOS AÑOS 1800 A 1805 (5ª PARTE)

Rafael Asencio González

Córdoba (años 1800, 1802 y 1804)

1800 y 1802

Augustin expone que unos pocos fugitivos que huyeron de Cádiz al aparecer la plaga fueron tratados en una sección aislada del Hospital general de Córdoba en este año de 1800, sin que hubiera propagación de la enfermedad.

De nuevo es Augustin, siguiendo en este caso a Pariset, quien nos informa que en 1802, quinientos casos de fiebre amarilla fueron enviados desde buques en el puerto al hospital público de Cádiz. Algunos pacientes consiguieron escaparse dirigiéndose hacia Córdoba y otras localidades. Tampoco en este caso hubo difusión del mal.

1804

Para componer el relato de la única epidemia de fiebre amarilla en Córdoba contamos con diversos escritos:

- En primer lugar, la literatura médica de la época, fundamentalmente las obras de los españoles Mendoza (que se encargó del control de la enfermedad en la ciudad) y Aréjula, y de algún que otro autor extranjero como el tan señalado Augustin, o los doctores Fellowes, Chervin o Bally.
- Los escritos de los autores cordobeses clásicos en esta época como Ramírez de Arellano en su *Paseos por Córdoba* o Ramírez de las Casas Deza en su *Anales de la Ciudad de Córdoba* (que dulcifican, especialmente el primero, la realidad en cuanto al recto proceder de las autoridades y pueblo de Córdoba ante la llegada y propagación de la enfermedad, si los comparamos con los textos primeramente indicados), o de algunos contemporáneos a nosotros que se han ocupado del tema (Baena Sáez y Ventura Rojas), o, finalmente, algunos artículos periodísticos retrospectivos publicados en la prensa de tirada nacional o local (así, Ricardo de Montis en “Recuerdos de otros días: sequías y epidemias”, publicado en el *Diario de Córdoba* del 18 de noviembre de

1917; o “El duende de los archivos” en el titulado “En tal día como hoy...”, que apareció en el *Diario de Córdoba* del 4 de septiembre de 1920).

Comienzo, siguiendo a Ramírez de Arellano en sus *Paseos por Córdoba* quien expone en torno al momento inmediatamente anterior a la irrupción de la enfermedad en la capital lo que sigue,

“Conforme llegó a Córdoba la noticia de que en algunos puntos del litoral se había presentado la fiebre, se empezaron a adoptar las medidas de precaución que la prudencia aconsejaba; se estableció el cordón sanitario, se cerraron las puertas de la ciudad, excepto las del Puente, del Rincón y Nueva, y aun en éstas se situaron comisiones de dos personas de completa confianza, un médico que reconociese a los viajeros que llegaban y un escribano para levantar acta de lo ocurrido cada día.

Los viajeros procedentes de puntos invadidos o sospechosos eran conducidos a los lazaretos, y los equipajes y demás bultos, o no se dejaban entrar en la ciudad o se fumigaban antes, según parecía más conveniente. Pero como esto no podía hacerse con la correspondencia pública se estableció una oficina en el Aguadillo, donde se

recogían y daban las valijas, fumigando las que debían entrar en la población o seguir su marcha a otros puntos”.

Mas, si leemos a José Mendoza en su libro de 1813 no parece que la adopción de medidas preventivas o paliativas de la enfermedad fuera tan pacífica, ni tampoco que las autoridades fueran tan diligentes⁴, y es que aquí también se quiso apedrear y se insultó a los vocales de la Junta que votaron a favor de tomar dichas precauciones. Por demás parece que asimismo se ocultó la verdad, sustituyéndose la palabra “contagioso” por la de “sospechoso”, costumbre bastante generalizada en esta época según tengo visto de otros lugares, es más,

“En Córdoba no tan solo se negó el que hubiese tales enfermos, sino es





que se alarmó al vecindario en contra de los que querían tomar precauciones, y corrió la voz por el populacho, de que querían perderlos, acordonándolos. En esta intriga e inacción se pasó septiembre de 1804, época en que principió a dejarse ver en aquella ciudad la enfermedad, y ya entrado octubre, la casualidad de pasar para la ciudad de Alicante, el inspector de Epidemias Don Ambrosio Lorite, detenido por uno de los vocales de la Junta (el Brigadier Don Tomás Moreno, en la actualidad Mariscal de campo, y mayor general del ejército de Andalucía) inspeccionase esta enfermedad, y decidiese el que era la fiebre amarilla. Entonces se trató de tomar las más serias providencias, mas todo fue tarde, y Córdoba que pudiera muy bien haberse libertado, si se hubiese prestado dócil a los consejos de hombres sabios, fue víctima de su propia estupidez”.

En cualquier caso, a decir de Ramírez de las Casas Deza “el 4 de septiembre se principió a propagar la fiebre amarilla, introducida, según se dijo, por una porción de lino que trajeron de la Andalucía baja”; cosa que expone también Ramírez de Arellano en modo algo más extenso, al decir que “a un establecimiento de la calle de Almonas llevaron una gran porción de arrobas de lino sin haberlo fumigado y que, ya sea porque en éste viniesen ciertos miasmas, o por otras causas, el 4 de septiembre se dieron los primeros casos, aumentándose en tal manera que en uno o dos días murieron muchos de aquellos vecinos, así como de las calles cercanas”; no obstante lo anterior Aréjula no daba por seguro que ésta, precisamente, hubiera sido la causa primera del contagio, si bien no la daba por descartada absolutamente,

“Yo no he podido saber, ni es fácil averiguarlo en las ciudades grandes, cual es el primer enfermo de esta especie, ya porque el que viene de un lugar sospechoso lo calla, y nada dice; ya porque no lo conoce el médico, o porque

cuando lo sospecha no se atreve a dar parte de lo que tiene entre manos... Yo no lo pude averiguar ni en Córdoba ni en Granada, ni lo sé de Écija, cómo se introdujo el mal... Se creyó en que en Córdoba se había comunicado la fiebre amarilla por un lino que llevaron de Málaga; y hubo médico que pretendía ver elevarse los contagios, y quería dar libre el lino, y aun quería que lo vieses los demás; ¿a qué ir a buscar este auxilio, cuando el comercio entre Málaga y Córdoba estaba tan franco y frecuentado como el que se hace entre Madrid y Carabanchel? Será prudente no recibir ni tomar cosa alguna de un pueblo infestado, a lo menos sin airearla libremente un número de días, como de once a catorce, principalmente las fabricadas con substancias animales, algodón u otras peludas, y que dejan huecos, porque se cree conservan más bien los contagios”.

Aterrada la Junta de Sanidad y el resto de la población por la elevada mortandad en las calles de Almonas, Huerto de San Andrés, Carretera y Palma, se adoptaron diversas medidas:

1. Se “tapiaron las salidas de aquéllas [calles], dejando unos postigos por donde le alargaban los comestibles y medicinas, teniéndolos completamente privados de roce y trato con los demás vecinos. Concretándonos al barrio de San Andrés, debemos decir que en la esquina de la parroquia había un tabique, en la calle de Villalones otro, así como en el Realejo, Huevos, Regina, Alcántara y plazuela de la Almagra”. Esta operación se hizo “bajo la dirección del activo Comandante de Armas el Brigadier D. Tomás Moreno”.
2. Según Ramírez de Arellano “Los lazaretos señalados primeramente fueron para sanos los conventos de la Merced y San Juan de Dios, y para enfermos, los de la Arruzafa, la Victoria [se trata del convento de Nuestra Señora de la Victoria, que la Orden de los Mínimos de frailes de San Francisco de



Paula tenía en el lugar donde hoy se asientan los Jardines de la Victoria frente a la Puerta de Gallegos), San Cayetano [el Carmen de Religiosos descalzos], Madre de Dios y el Carmen Calzado. Luego se hizo otro arreglo, puesto que en un bando que publicó, y hemos visto impreso, el corregidor don Agustín Guajardo Fajardo y Contreras se nombra para los enfermos del contagio la huerta del Duende, para los de otras dolencias la de los Teatinos, y para sanos el convento de Scala Coeli. Esto sin perjuicio de que en el hospital de San Lázaro y otros se asistiese a los pobres de Córdoba en el caso de que la epidemia se desarrollase, como desgraciadamente sucedió”. A pesar de la gran cantidad de lazaretos que se establecieron en Córdoba, Mendoza no se encontraba satisfecho con la disposición que de los enfermos en ellos se practicaba: •Esta vigilancia en que no haya rozo ni comunicación entre los cuarentenarios es necesarísima, porque si no el último que entra y acaba de tener rozo con los contagiados, puede traer el miasma y comunicarle a los otros que están para cumplir; y este sitio que es lugar de prevención y debe servir de aislamiento al miasma, es en el que circula con más libertad. En Córdoba solía haber en un lazareto de observación doscientas o más personas, rozándose y comunicándose todo lo que gustaban, y cada uno tenía su diverso tiempo de cuarentena. Esto se hizo presente por mí, y por varios otros sujetos a aquella junta de Sanidad, mas pudo más la preocupación de muchos, que la razón de algunos”.

3. Se realizaron traslados, como el que a continuación se indica: “Algunos conventos sufrieron grandes bajas; en Regina murieron catorce religiosas, siendo preciso sacar las demás y llevarlas a Scala Coeli; en la Encarnación Agustina empezó la fiebre a hacer grandes estragos, y el obispo [Trevilla] trasladó la comunidad a la hacienda llamada la Alameda [llamada también Alameda del Obispo]”.
4. Cuenta Ramírez de Arellano que “En tal conflicto, la Junta de Sanidad comprendió lo perjudicial que sería el enterrar los cadáveres en las iglesias [para De Montis, fue el gran número de víctimas causado por la epidemia el que hizo imposible seguir inhumando los cadáveres en los templos y no otras razones], y entonces se señalaron para cementerios en despoblado el huerto de la ermita de San Sebastián, la huerta de San Cayetano y un pedazo de terreno en el haza que hay detrás de la huerta de la Reina, cerca del camino que atraviesa hacia la Matriz y sitio conocido por el haza de Alonso Díaz”. De las Casas Deza sólo cita dos cementerios extramuros, uno detrás de la ermita de San Sebastián y otro el contiguo a las tapias de la huerta de la Reina; por su parte De Montil eleva el número a cuatro: el de la huerta del Convento de San José (San Cayetano), otro en el barrio del Espíritu Santo, un tercero detrás de la Ermita de San Sebastián, y el cuarto cerca de la Huerta de la Reina en la haza llamada de Alonso Díaz.



El fin de la epidemia tuvo lugar según la Suprema del Reino el día 14 diciembre del mismo año, si bien el 26 de noviembre ya se había celebrado con una gran función a los Santos Mártires “que se veneran en la parroquia de San Pedro” y el canto de un *Te Deum*, y aun después se celebraron otras funciones a las imágenes de más devoción de los cordobeses, a las que antes se habían hecho muchas rogativas. No obstante lo anterior, nos dice Ramírez de las Casas Deza que “después no dejó de haber algunos casos en toda la ciudad”, opinión con la cual concuerda De Montis para quien “la fiebre amarilla no desapareció en nuestra capital hasta el año 1807”. Los últimos estudios realizados descartan esta posibilidad, atribuyendo la subida de la tasa de mortalidad catastrófica en los años siguientes a 1804 a una crisis agrícola o de subsistencias.

“Si lo fue, al parecer, en 1810, año en el que se dictó en octubre por Don Domingo Badía y Lebligh, Caballero de la Orden Real de España, y de la del Santo Sepulcro de Jerusalén, Intendente general y Prefecto de esta Ciudad y Provincia, el Bando sobre la fiebre amarilla, a tenor del cual: Habiéndose manifestado en Cartagena, Orán y Ceuta, según se anunció al público por Orden del Excelentísimo Señor Mariscal Duque de Dalmacia, la conservación de salud pública exige se tomen las precauciones debidas, y para ello mandamos se observe lo siguiente:

1. La ordenanza de policía que previene que todo habitante de pueblo, huerta cortijo, caserío, &, dará cuenta al Comisario de Policía, o a la Justicia donde no lo hubiere, de todo forastero que pernocta en sus casas o posadas, se observarán con el mayor rigor, castigando a los contraventores a proporción de la gravedad de su falta.
2. Todo habitante de la provincia estará obligado bajo la más alta responsabilidad a delatar a todo hombre, caballería, o efectos que sepan han llegado de Cartagena, Orán, Ceuta ú otro paraje contagiado y que no se ha presentado a la inspección del Gobierno.
3. Todas las personas, animales, o efectos que vengan de Málaga a este pueblo se presentarán en para ser inspeccionadas, e igualmente se presentarán en el mismo paraje las personas o efectos cuya procedencia se ignore para ser examinados y en caso necesario serán purificados.
4. Todo vecino o posadero estará obligado a dar cuenta a los Señores Comisarios de Policía y Corregidor inmediatamente que algún huésped de su casa o posada cayese enfermo, para tomar las providencias debidas, bajo la multa de 60 ducados si no lo hiciesen.
5. Todos los médicos de esta provincia como los de la capital se pondrán en relación con el médico de Prefectura Don Lorenzo Camacho, dándole cuenta del estado de la salud pública semanalmente, y avisándole por extraordinario de cualquier novedad que hubiese digna de atención, y bajo la más alta responsabilidad.
6. Así los facultativos como los demás habitantes de la provincia darán parte al Gobierno de los enfermos que se estén curando secretamente o por curanderos no aprobados.
7. Se prohíbe a todo curandero el encargarse de la asistencia de enfermo alguno, bajo la multa de 60 ducados y un mes de cárcel.
8. Se previene a todo boticario no despache medicamentos simples ni compuestos sin recetas firmadas y fechadas de los respectivos profesores, las que deberá conservar para cuando convenga su reconocimiento.
9. Se encarga particularmente a los vecinos observen ahora con mayor atención los reglamentos de policía urbana sobre la limpieza y aseo de casas y calles, repitiendo que el cadáver de un animal muerto basta a veces para inficionar un pueblo.

Rafael Asencio González



Tablón de Anuncios

ALQUILER/TRASPASO/VENTA DE CONSULTAS

AVDA. CERVANTES (CÓRDOBA) Consulta médica, preferente ORL o despacho profesional, Avda. Cervantes 6 ptal. 4-5º-1. Telf. 659754306 y 957 47 46 35

LA CARLOTA (CÓRDOBA) Traspaso clínica completamente dotada, incluido ecógrafo. telf. 6100041122

CONDE DE ROBLEDO, 4-4 CÓRDOBA. Alquiler despacho para consulta con actividad. Telf. 607 550 510 begofuga@hotmail.com

CENTRO DE PSICOLOGÍA INFANTIL. Alquila despacho ideal pediatra. El alquiler incluye gastos del local y administrativo (gestión de citas, cobro, etc.) 957 236880

Pº VICTORIA 100 M2. Calidades de lujo. Excelente conservación. Telf. 679 460 912

PUENTE GENIL Local céntrico 350 m2. totalmente acondicionado. Comunica dos calles. Venta o Alquiler. telf. 666 293 164.

SALAS PARA CONSULTA EN EL CENTRO. Telf. 666 088 158

C/. DOCE DE OCTUBRE esq. Reyes Católicos, con servicios de gestión, en nuevo centro. Próxima entrada en funcionamiento. Tfno. 957498132 recamed@hotmail.com

JUNTO ESTACIÓN AVE Se alquilan consultas médicas en centro autorizado por sanidad en horario de mañana/s o tarde/s en Clínica Gaudí instalaciones nuevas. Contactar en el 957 78 22 26 o 620650161.

GRAN CAPITÁN 20-2º-A Se alquilan consultas a compañeros. Horario mañana y tarde. Permiso de Sanidad. Telf. 649 342 144.

GRAN CAPITÁN. Se alquila apartamento oficina o consulta. 667 604 349

REYES CATÓLICOS Se alquila. 140 m2. 5 habt. calefacción, a/A. 1 baño y 1 aseo, plaza garaje. 957 471674 - 677 551 624

ALQUILO CONSULTAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN CLÍNICA PRIVADA. Telf. 687 805 858 (Mariló)

ZONA ARRUFABA. Se traspasa local totalmente instalado para clínica sanitaria. 120 M2 con excelentes calidades A pie de calle. Año de construcción 2008 Telf: 678 582 818 / 957406368

AVDA DEL BRILLANTE Alquiler clínica. 6 salas, 3 baños, Gran sala de espera amueblada. conexión bus y aparcamiento. Tlf: 609 824960. helviamg@hotmail.com

DOCE DE OCTUBRE. Alquiler consulta de neurología, con licencia sanitaria. telf. 664 444 581 - 627 943 803

CRUZ CONDE. Centro Médico ofrece amplias consultas con serv. de recepcionista de citas y cobros. Telf. 657 82 24 40

DOCE DE OCTUBRE. Alquiler piso 130 m2. para consulta u oficina. amueblado y equipado con material de consulta. Telf. 670739853.

ALQUILO o VENDO c/. Dr. Barraquer, 110 m2. Amueblada 3 Despachos, sala de espera, 2 salas de exploración. Acceso directo desde la calle. Aseo incapacitados. A/A (650-224 845)

JUNTO EL CORTE INGLÉS Alquiler despachos médicos por meses, semana o días, con recepción, salas de espera, aseos, a/a, teléfono. c/. Fernando de Córdoba, 4 local. telf. 957 472208

Se ofrece Secretaria Médico para gestión en hospital o clínica privada. Telf. 647 427 760

VENTA DE MATERIAL

Sillón dental compresor y aparato de Rx intrabucal
Telf. 957 47 98 95 - 679 433 759

ALQUILO LOCAL DIAFANO Pl. San Miguel, 4. 50 m2. telf. 957 473418

ALQUILO OFICINA Avda. Gran Capitan, 14. 105 m2. telf. 957 47 98 95 - 679 433 759

Se alquila DESPACHO PROFESIONAL en Fernán Núñez A 10 metros del Centro Médico. Posibilidad de alquilarlo por días o meses completos. Luminoso Amplio. Amueblado. Línea de teléfono y wifi. Telefonista para tomar citas. A/A y calefacción. Hilo Musical. tELF. 957 019 303 / 634 207 759

PLAYA: SE VENDE O ALQUILA ALQUILERES.

PISO EN MIJAS COSTA (Riviera del Sol-Miraflores) larga temporada o vacacional. Amueblado. 2 dormt, 2 baños, salón, cocina y terraza. Pl garaje. Piscina comun. en urb. con vigilancia priv. 667996724

PISO EN LA COLINA-TORREMOLINOS, Amueblado, 3 dormt. 2 baños, terraza, 4 a/e. A/A calor-frío piscina, pista paddle, tenis, gimnasio. telf. 610 502146 y 626 205333

PISO EN FUENGIROLA, CÉNTRICO. 3 dormt. salón, 2 baños, terraza, piscina comin. plaza garage, semanas o quincenas telf. 659 157593

PISO EN CÁDIZ, Junto Hospital Puerta del Mar. 1 dormitorio, salón y cocina indepiente, todo amplio. telf. 639 53 12 53

CASA EN PUERTO DE SANTA MARÍA. 200 M2. playa. 5 dormt. Bien equipada. Piscina comunitaria. telf. 686 34 70 17

APARTAMENTO TORROX COSTA 1ª línea playa. 4/5 pax. telf. 656 866 126 o 957 260044

APARTAMENTO BENALMÁDENA COSTA 1ª línea playa. Piscina. Reformado. 2 dormt. semanas o quincenas. telf. 636 987283

ALQUILER/VENTA COCHERAS

ALQUILO Pl. Cardenal Toledo, 1. Telf. 957 473418

ALQUILO Fray Luis de Granada. 607 648 469

ALQUILO (c/. Saravia) junto colegio Esclavas. 639 53 1253

ALQUILO Avda. América, cerca estación AVE. 50 €. Telf. 648 697 358

ALQUILO (Pl. de Las Doblas) 90€, telf. 679 44 39 42

ALQUILO Gran Capitan en 1ª planta. Ascensor salida a pasaje. 110 €/mes. Telf. 646 70 72 85

ALQUILO avda. Aeropuerto, 60€. (coche mediano) telf. 696 169855

ALQUILO Eroski. 100€. telf. 957 235531

ALQUILO avda. Aeropuerto. telf. 626 120288.

ALQUILO con trastero en c/. Alfonso XIII (centro) 617.035342

VENDO Pl. de Colón, Telf. 616 045330.

VENDO Plazas de garaje amplias y fácil acceso

Avda. Arroyo del Moro: 20.000€ y José Dámaso "Pepete" (Zoco) 14.000€ -telf. 957-235-606

VENDO Entre Fray Luis de Granada y Fdo de Córdoba, 1ª plt., Tno. 630 03 35 57.

VENDO Pl. de Colón, Telf. 616 045330.

VENDO Pl. de Colón, nº 10. Telf. 607 50 57 10

SE VENDE O ALQUILA

ALQUILER: CERCA CENTRO Y RENFE. Amueblado Buena luz. Planta baja. 3 dormt, salón amplio, cocina equipada, lavadero. Gas natural. Calefacción y a/a. 500 euros negociables. Magdalena (610631778-678696823)

JUNTO AYUNTAMIENTO. 57 m2. Nuevo. Amueblado. Salón, 1 dormt, 1 baño, 2 a/e, radiad. gas nat., a/a, halógenos, domótica, puerta blindada. urb. priv. piscina. Plaza de aparcamiento, trastero. 600 € mes, incl. comunidad. 957 34 83 00 / 674060 290.

APARTAMENTO GRAN CAPITÁN. 100 M2 6ª plt. Junto Mango. 957 475571 y 957 479895.

PISO AMUEBLADO ZONA FACULTAD DE DERECHO. 3 Dormt. exterior. muy luminoso buenas vistas. telf. 606 46 66 96.

PISO AMUEBLADO ZONA COSTASOL: Muy luminoso, moderno, dos dormt. dos baños, uno en dormt. pral. terraza, ducha hidromasaje. A/A. 550 € agua y cdad incluido. 10 min Hospital Reina Sofia. Tlf 672082771.

PISO-ATICO AMUEBLADO EN POZOBLANCO. Céntrico cerca de ayuntamiento. Calle Muñoz de Sepulveda, 1-3º. 4 dormt, salón, cocina, patio-terrazza, aire climatizado. Ascensor. telf. 619039553

PISO AMUEBLADO: Zona Zoco. 2 dormt. cochera, trastero, piscina, padel Totalmente amueblado. 700€. Telf. 606 985367

PISO EN C/. LA BODEGA. 2 dormt. 2 baños. cochera A/A. 500€. telf. 957 486699

PISO AMUEBLADO EN SEVILLA. 3 dormt. 2 c/baño, Gas natural, A/A. cochera. Ronda de Capuchinos 35. telf. 659335736

CHALET AMUEBLADO ZONA BRILLANTE. 2 plantas: 6 dormt. 4 c/baño, piscina, 400 m2. piscina, chimenea, 2 terrazas. Fines de semana, quincenas, meses. Telf. 666 488 085

VENTA:

MEDINA AZAHARA. Frente AVE. 147 m2 utiles, 1ª plt. 4 dormit. Salón, cocina, baño y aseo. telf. 678730588,

MIRABUENO. 3 plantas,, 4 dormit. 3 baños, terraza, piscina, padel. cochera 2 plazas, 370.000 € negociables. telf. 650 076141

ZONA CENTRO CASA PAREADA 170 m2. 4 dormit. 2 baños y 1 aseo, buhardilla, terraza 30 m2. climatizada, suelo madera, a/e, placa solar. 360.000 €. posibilidad cochera. 630 452 484

CHALET EN ENCINAREJO (CÓRDOBA) (140 m2. 1 planta, 500 m2. de parcela. 4 dormit. cocina con office, vestidor, 2 baños, salon con chimenea, piscina, trastero. Telf. 626 205333

CHALET ASOMADILLA (c/. Escultor Teodosio Sánchez) 750 m2. parcela, 200 m2. construidos. 6 hab. 3 baños, 1 aseo, piscina. 570.000€ (hipoteca: Euribor + 0,2%) Telf. 610 802 936

CHALET INDEPENDIENTE EN EL PATRIARCA, 5 dormt., Salón con chimenea, cocina y terraza lavadero, 3 baños, piscina privada, pozo, dos sotanos-bodega acondicionados como salas de estar, cochera, buhardilla con aseo y azotea. A/A y calefaccion. Telf. 680335797.

ZONA CENTRO. Atico de 126m en venta, Frente al mercado de la Victoria. 3 dormitorios, antes cuatro. Salón de 30m. 2 c/b. Calidades de lujo. Tlf: 676039832.

CASA MIRABUENO. 2 plantas y sótano, ascensor, cochera 2 plazas, 2 patios, terraza y trastero. Telf. 649 015 575. 500.000€



SI DESEA ANUNCIARSE EN ESTA PÁGINA
LLÁMENOS: TFº. 957 478785



BENEFICIOS QUE OFRECE LA COLEGIACIÓN



SERVICIOS COLEGALES SUFRAGADOS CON LA CUOTA COLEGIAL

ACTIVIDADES FORMATIVAS

- * Formación Médica Continuada.

SEGURO POR FALLECIMIENTO

- * 6.000 Euros (por colegiado fallecido)

ASESORÍA JURÍDICA

- * Asesoramiento integral y gratuito en materias relacionadas con el ejercicio profesional.
- * Protocolo colegial ante las agresiones sanitarios.

ASESORÍA FISCAL

- * Declaración de la renta

PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo)

- * Atención médica y psicológica a médicos con patología mental y/o adictiva.

SERVICIOS COLEGALES

- * Tramitación de Ayudas a huérfanos.
- * Tramitación de Ayudas a médicos inválidos.
- * Tramitación de pensiones de viudedad
- * Vademécum.
- * Talonarios de estupefacientes.
- * Gestión de envío de comunicaciones entre colegiados.
- * Ventajas y descuentos en empresas. Convenios.
- * Tablón de anuncios.
- * Utilización de las instalaciones colegiales.
- * Bolsa de trabajo.
- * Información a través de la Revista COMCORDOBA, página Web, Facebook y Twitter

SEGUROS (A través de IBERBROK, correduría de seguros del Colegio de Médicos de Córdoba)

- * Estudios, asesoramiento y ofrecimiento de la cartera de seguros más ventajosa para el Colegiado.
- * Seguro de Responsabilidad Civil Profesional: Póliza colectiva para médicos colegiados en Córdoba.
- * Seguro de Defensa Jurídica: Posibilidad de acceder a cualquier proceso judicial relacionado con su profesión, bien como demandante o bien como demandado en unas condiciones muy favorables.
- * Seguros de Vida y otros.

SERVICIOS INFORMÁTICOS

- * Abrimos Cuenta de correo electrónico a cada colegiado.



AYUDAS QUE OFRECE LA FUNDACIÓN PATRONATO DE HUÉRFANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL DE MÉDICOS

1. SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL

2. PRESTACIONES ASISTENCIALES

- 2.1. Huérfano Discapacitado.
- 2.2. Huérfano Mayor de 60 años.
- 2.3. Médico Discapacitado.
- 2.4. Médico Jubilado.
- 2.5. Viudedad.
- 2.6. Atención Temprana a Hijo Discapacitado/Dependiente de 0 a 5 años.

3. PRESTACIONES EDUCACIONALES

- 3.1. Prestación Educativa Mensual menores de 21 años.
- 3.2. Prórroga de Estudios al cumplir 21 años.
- 3.3. Beca para Estudios Oficiales.
- 3.4. Expedición de Títulos Oficiales.

4. PRESTACIONES PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

- 4.1. Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.
- 4.2. Servicios de Atención en el Domicilio.
- 4.3. Servicios de Respirio.
- 4.4. Ayuda mensual Residencia de Mayores.
- 4.5. Ayuda mensual para ingresos de Urgencia Residencia Siglo XXI.

5. PRESTACIONES PARA LA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO

- 5.1. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PRIME).
- 5.2. Programa para el Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones.

DESGLOSE DE LA CUOTA COLEGIAL

Cuota colegial	50.00 €
Cuota extraordinaria.....	26.21 €
Patronatos.....	23.77 €
TOTAL:	99.98 € trimestre

Seguro **Multirriesgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa



Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- ✓ Manitas del Hogar
- ✓ Manitas Tecnológico
- ✓ Ayuda Personal en el Hogar
- ✓ Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática

A.M.A. CÓRDOBA Avda. República Argentina, 14 Tel. 957 41 01 83 cordoba@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



(*)Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.