Iglesia de la VeraCruz (Segovia)
Foto: Modesto Herrera Martín

Nº
481

Boletín Semanal
Ilustre Colegio Oficial de
Médicos de Segovia
2018

www.comsegovia.com

De 14 al 19 de mayo 2018

Pº Conde Sepúlveda, 24
Teléf. 921 42 21 66
FAX 921 42 21 81
http://www.comsegovia.com
administracion@comsegovia.com

Fundación científica
Colegio de Médicos de Segovia

Indice de Contenidos

Boletín Nº 481
De 14 al 19 de mayo 2018

Fotos de la Portada del Boletín 3

Noticias Publicadas en el Adelantado de Segovia y Norte de Castilla 3

«La Medicina que se presenta en 'House' tiene poco que ver con la realidad» 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 12 de mayo de 2018 página 12

El Hospital General rinde homenaje a los niños que ingresan en sus servicios 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 12 de mayo de 2018 página 13

MÚSICA Y DIBUJOS POR LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS 3
Publicado en el Norte de Castilla de 12 de mayo de 2018 página 13

Los enfermos de fibromialgia reclaman un centro regional de referencia . . 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 13 de mayo de 2018 página 11

Pacientes y enfermeras caminan hoy juntos en una marcha popular 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 13 de mayo de 2018 página 12

La Fibromialgia afecta a unos 4.000 segovianos, el 90% mujeres 3
Publicado en el Norte de Castilla de 13 de mayo de 2018 página 8

Las bajas laborales por ansiedad y estrés se incrementaron el 38% en cinco años 3
Publicado en el Norte de Castilla de 13 de mayo de 2018 página 18 y 19

«Segovia tiene una Comisión Deontológica y un Comité de Ética Asistencial que son ejemplares» 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 14 de mayo de 2018 página 14

Un nuevo fallo informático impide a los médicos hacer recetas por la mañana 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 15 de mayo de 2018 página 13

Aspace dedica su tercera jornada de formación a la epilepsia infantil 3
Publicado en el Norte de Castilla de 15 de mayo de 2018 página 13

La gordura ya no es o que era 3
Publicado en el Norte de Castilla de 15 de mayo de 2018 página 56

«La objeción de conciencia no implica abandono del, paciente». 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 16 de mayo de 2018 página 12

El número de nuevos pacientes psiquiátricos se incrementa un 30% en cinco años 3
Publicado en el Norte de Castilla de 16 de mayo de 2018 página 9

Los cambios del calendario de vacunación reducen pinchazos a los niños . 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 17 de mayo de 2018 página 9

Aumenta un 30% el número de pacientes psiquiátricos en cinco años 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 17 de mayo de 2018 página 11

Sáez Aguado destaca la "mucha información" que aporta la Red Centinela sobre factores de riesgo 3
Publicado en el Adelantado de Segovia de 17 de mayo de 2018 página 24

Dos mil personas desconocen en la región que padecen hepatitis C 4
Publicado en el Norte de Castilla de 17 de mayo de 2018 página 20

El día 26 comienza a administrarse la segunda dosis de la vacuna VPH

Publicado en el Adelantado de Segovia de 18 de mayo de 2018 página 12

El personal médicos se reduce un 30% en verano pese a la llegada de más de 70.000 visitantes 4
Publicado en el Norte de Castilla de 18 de mayo de 2018 página 3

Diez años sin afectados humanos en la región, cierran la crisis de las 'vacas locas' 4
Publicado en el Norte de Castilla de 18 de mayo de 2018 página 20 y 21

Dr. Gómez Sancho: "No se puede permitir que un solo enfermo más muera en malas condiciones" 4
Publicado en medicosypacientes.com / COM Segovia el 14 de mayo de 2018

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE. 4

CERTIFICADO PAGO CUOTAS RENTA 2017. 4

COMUNICADO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEGOVIA SOBRE EL FORMULARIO DE CERTIFICADO MÉDICO DE LA SOCIEDAD ESTATAL CORREOS Y TELÉGRAFOS, S.A. QUE FIGURA EN LA CONVOCATORIA DE SU BOLSA DE EMPLEO COMO ANEXO II. 4

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Guía de Estilo 5

Resolución de 26 de abril de 2018. de la Subsecretaría. por la que se convoca proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del el cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. 5

Paseos para descubrir la naturaleza y cultura segovianas 6

Ofertas de Empleo. 7

Oferta para médico en Segovia 7
Oferta de dos plazas de Médico Adjunto en su Servicio de Aparato Digestivo y Endoscopia Digestiva Avanzada 7
Oferta para Médico Especialista Otorrinolaringología 8

Anexos. 9

Boletín Nº 276
De 14 al 19 de mayo 2018

Fotos de la Portada del Boletín

Todas las semanas la portada del Boletín lleva una foto de un paisaje segoviano. Se ha decidido extender la colaboración a todos los colegiados para que puedan enviar sus fotos de cualquier parte del mundo, con una pequeña explicación del motivo y localización que, junto al nombre de su autor, se publicará junto a la foto. Remítenos las fotos y el comentario de la misma a *webmaster@comsegovia.com*

Noticias Publicadas en el Adelantado de Segovia y Norte de Castilla

«La Medicina que se presenta en 'House' tiene poco que ver con la realidad»
Publicado en el Adelantado de Segovia de 12 de mayo de 2018 página 12

El Hospital General rinde homenaje a los niños que ingresan en sus servicios
Publicado en el Adelantado de Segovia de 12 de mayo de 2018 página 13

MÚSICA Y DIBUJOS POR LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS
Publicado en el Norte de Castilla de 12 de mayo de 2018 página 13

Los enfermos de fibromialgia reclaman un centro regional de referencia
Publicado en el Adelantado de Segovia de 13 de mayo de 2018 página 11

Pacientes y enfermeras caminan hoy juntos en una marcha popular
Publicado en el Adelantado de Segovia de 13 de mayo de 2018 página 12

La Fibromialgia afecta a unos 4.000 segovianos, el 90% mujeres
Publicado en el Norte de Castilla de 13 de mayo de 2018 página 8

Las bajas laborales por ansiedad y estrés se incrementaron el 38% en cinco años
Publicado en el Norte de Castilla de 13 de mayo de 2018 página 18 y 19

«Segovia tiene una Comisión Deontológica y un Comité de Ética Asistencial que son ejemplares»
Publicado en el Adelantado de Segovia de 14 de mayo de 2018 página 14

Un nuevo fallo informático impide a los médicos hacer recetas por la mañana
Publicado en el Adelantado de Segovia de 15 de mayo de 2018 página 13

Aspace dedica su tercera jornada de formación a la epilepsia infantil
Publicado en el Norte de Castilla de 15 de mayo de 2018 página 13

La gordura ya no es o que era
Publicado en el Norte de Castilla de 15 de mayo de 2018 página 56

«La objeción de conciencia no implica abandono del, paciente»
Publicado en el Adelantado de Segovia de 16 de mayo de 2018 página 12

El número de nuevos pacientes psiquiátricos se incrementa un 30% en cinco años
Publicado en el Norte de Castilla de 16 de mayo de 2018 página 9

Los cambios del calendario de vacunación reducen pinchazos a los niños
Publicado en el Adelantado de Segovia de 17 de mayo de 2018 página 9

Aumenta un 30% el número de pacientes psiquiátricos en cinco años
Publicado en el Adelantado de Segovia de 17 de mayo de 2018 página 11

Sáez Aguado destaca la "mucha información" que aporta la Red Centinela sobre factores de riesgo
Publicado en el Adelantado de Segovia de 17 de mayo de 2018 página 24

Dos mil personas desconocen en la región que padecen hepatitis C

Publicado en el Norte de Castilla de 17 de mayo de 2018 página 20

El día 26 comienza a administrarse la segunda dosis de la vacuna VPH

Publicado en el Adelantado de Segovia de 18 de mayo de 2018 página 12

El personal médicos se reduce un 30% en verano pese a la llegada de más de 70.000 visitantes

Publicado en el Norte de Castilla de 18 de mayo de 2018 página 3

Diez años sin afectados humanos en la región, cierran la crisis de las 'vacas locas'

Publicado en el Norte de Castilla de 18 de mayo de 2018 página 20 y 21

Adjuntamos las noticias en la sección de Anexos

V Congreso Nacional de Deontología

Dr. Gómez Sancho: "No se puede permitir que un solo enfermo más muera en malas condiciones"

El Dr. Marcos Gómez Sancho, uno de los máximos referentes a nivel mundial en Medicina Paliativa, habiendo sido reconocido por el Ministerio de Trabajo e Inmigración español en 2011 con la Medalla de Oro al Mérito en el Trabajo, será el responsable de pronunciar la conferencia inaugural del V Congreso Nacional de Deontología Médica de Segovia. Como siempre que regresa de Las Palmas, su lugar de residencia habitual desde hace años, será recibido en su ciudad natal con orgullo y cariño; el mismo que él lleva poniendo en su profesión desde que se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid en 1972. Entre otras presidencias, ha ocupado la de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) o la de la Comisión Central de Deontología de la OMC

Publicado en medicosypacientes.com / COM Segovia el 14 de mayo de 2018

http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-gomez-sancho-no-se-puede-permitir-que-un-solo-enfermo-mas-muera-en-malas-condiciones?utm_source=Newsletter+MyP&utm_campaign=a55f01503e-Newsletter+MyP&utm_medium=email&utm_term=0_f7ccd7418d-a55f01503e-438967065

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE

Adjuntamos los documentos en la sección de Anexos

CERTIFICADO PAGO CUOTAS RENTA 2017

Ya podéis solicitar el certificado del pago de cuotas para la renta 2017, se puede solicitar por telefono al 921 42 21 66, o enviando un email a **administracion@comsegovia.com** ó a **webmaster@comsegovia.com**

COMUNICADO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEGOVIA SOBRE EL FORMULARIO DE CERTIFICADO MÉDICO DE LA SOCIEDAD ESTATAL CORREOS Y TELÉGRAFOS, S.A. QUE FIGURA EN LA CONVOCATORIA DE SU BOLSA DE EMPLEO COMO ANEXO II.

Adjuntamos documento en la sección de Anexos

Boletín Nº 481
De 14 al 19 de mayo 2018

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Guía de Estilo

Adjuntamos documento en la sección de Anexos

Resolución de 26 de abril de 2018. de la Subsecretarla. por la que se convoca proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del el cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria.

Adjuntamos documento en la sección de Anexos

Formación en el Colegio de Médicos de Segovia

23 Mayo 2018

CURSO AGRESIONES A PERSONAL SANITARIO

Horario: 17:30 a 19:30 horas
Lugar: Salón de Actos del Colegio de Médicos
Patrocinado por Fundación Científica ICOM Segovia

29 y 30 de mayo de 2018

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER

Horario: 17:00 a 19:30 HORAS
Lugar: Salón de Actos del Colegio de Médicos
Patrocinado por Fundación Científica ICOM Segovia

Ponente:
Pablo Dediesbach

29 de Mayo
Calidad de vida en cuidadores de pacientes con cáncer

Introducción
Perfil y rol de los cuidadores
Experiencia de cuidar e instrumentos de medida: la carga del cuidador, calidad de vida y necesidades del cuidador.
Experiencia personal de nuestros cuidadores en Segovia
Correlaciones entre COMMQUAL y QOL
Correlaciones entre QOL y ESPERANZA
Propuesta de un modelo de efectos entre conceptos
Preguntas.
30 de Mayo
Validación de un cuestionario de calidad de vida en población española: Segovia y centros colaboradores.

Aspectos metodológicos
Resultados en nuestra población: análisis de las variables socio-demográficas
Validación del cuestionario en nuestro país.
Comparación entre CQOLC Spain y otras escalas, diferencias principales
Criticas – aspectos metodológicos de relevancia para el médico en la practica en hospital
Estructura de la escala entre varios subgrupos: por sexo, edad, relación familiar, religiosidad
Discusión.

Día 4 junio de 2018

CÓDIGO INFARTO: DESDE LA APARICIÓN HASTA EL ALTA

Horario: 18:00 a 19:30 horas
Lugar: Salón de Actos del Colegio de Médicos
Patrocinado por Fundación MSD

Ponentes
Dr. Maximiliano Amado Escañuela
Servicio de cardiología del Complejo Asistencial de Segovi
Dra. Mónica Chicote de Miguel
Médico de Atención primaria en el C.S. Melgar de Fernamental. Burgos
Dr. José Joaquín Cortina Gómez
Unidad de Cuidados Intensivos en el Complejo Asistencial de Segovia

Día 7 de junio de 2018

VIII JORNADA DE ACTUALIZACION DE NEUMOLOGIA

Horario: Pendiente de Confirmar
Lugar: Salón de Actos del Colegio de Médicos
Patrocinado por Fundación Cientifica ICOM Segovia

Día 12 de junio de 2018

JORNADA PROTECCIÓN DE DATOS

Horario: 18:00 a 20:00
Lugar: Salón de Actos del Colegio de Médicos
Patrocinado por Fundación Cientifica ICOM Segovia

Adjuntamos programa en la sección de Anexos

Paseos para descubrir la naturaleza y cultura segovianas

Jorge nos ha preparado las Nuevas rutas
Podéis consultarlas en el enlace siguiente:

https://goo.gl/XsLsiH

Boletín Nº 481
De 14 al 19 de mayo 2018

Ofertas de Empleo

Oferta para médico en Segovia

GRUPO ABEDUL es una empresa con más de 15 años de antigüedad ofreciendo servicios integrales para residencias geriátricas privadas de toda España, aportando profesionales cualificados del sector sanitarios

Precisamos en SEGOVIA.

Requisitos: Buscamos personal cualificado, dinámico y con vocación geriátrica.

Ofrecemos:

- Trabajo en prestigioso centro geriátrico del sector privado.
- Interesante retribución económica.
- Calidad de trabajo.
- Puesto estable.
- Turno de mañana o tarde

Se ruega a aquellos interesados que se inscriban en el apartado trabaja con nosotros de nuestra página web www.grupoabedul.es

Teléfono de contacto es **916408881**

Oferta de dos plazas de Médico Adjunto en su Servicio de Aparato Digestivo y Endoscopia Digestiva Avanzada

CLINICA SERVIDIGEST Centro Medicoquirúrgico Monográfico de Aparato Digestivo, Metabolismo y Obesidad de Barcelona.

OFRECE: Dos plazas de Médico Adjunto en su Servicio de Aparato Digestivo y Endoscopia Digestiva Avanzada, con contrato laboral indefinido de 40 horas semanales, jornada partida ,con formación continuada y carrera profesional.
En la selección de los interesados se valorará a efectos de asignar el nivel la formación y conocimientos de todas las técnicas de la especialidad

Excelente remuneración que se informará a los interesados en entrevista personal según nivel de experiencia

BALMES 334 y BALMES 271
BARCELONA 08006
email: lvalero@servidigest.com | web : www servidigest.com
teléfono de contacto 696417302 | persona de contacto Lisa Valero

Oferta para Médico Especialista Otorrinolaringología

(Ref. ORL5/18)

La persona seleccionada tendrá como misión proporcionar atención médica especializada al enfermo, para conseguir su curación o en su defecto, facilitar una calidad de vida adecuada en el transcurso de la enfermedad, con el fin de garantizar la calidad, eficiencia y equidad de la asistencia médica en un marco de sostenibilidad económica

Requerimos:

- Titulación de especialista en otorinolaringologia
- Se valorará experiencia profesional
-

Ofrecemos:

- Incorporación en el servicio de otorrinolaringología de la Fundació Assistencial de Mútua de Terrassa
- Jornada completa en horario deslizante
- Contrato eventual con posibilidades de continuidad
- Incorporación: Inmediata
- Lugar de trabajo: Terrassa (Barcelona)
-

Las personas interesadas pueden enviar su currículum, indicando la referencia correspondiente a la dirección electrónica seleccio@mutuaterrassa.es

Boletín Nº 481
De 14 al 19 de mayo 2018

Anexos

A continuación figuran los documentos anexos a los artículos e informaciones del boletín.

JOSÉ MANUEL SOLLA • *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y fundador de la productora Tamagaz Films*

El pontevedrés José Manuel Solla es licenciado en Medicina y Cirugía y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, además de un gran apasionado del cine. Solidario, y con una amplia trayectoria en cooperación internacional, el doctor Solla, que participará el viernes 25 de mayo en una de las mesas redondas del V Congreso Nacional de Deontología Médica en Segovia junto a Tomás Casado y Enrique García Sánchez, fundó en el año 2007 la productora cinematográfica Tamagaz Films, un proyecto al que dio vida junto al cineasta Gonzalo G. Palmeiro.

«La Medicina que se presenta en 'House' tiene poco que ver con la realidad»

A. V. / SEGOVIA

—Entre las mesas redondas y ponencias que se darán cita en el Congreso de Deontología de Segovia, sorprende el título de una, 'El cine y la medicina: visión ética-deontológica', en la que participa usted, ¿considera que se ha hablado poco de la multitud de ocasiones en las que la Medicina es protagonista en las pantallas y la influencia de su imagen en la sociedad?

—Yo creo que quizás en foros más especializados siempre se ve el punto de vista del médico. Hay muchos médicos que son grandes aficionados al cine que incluso se han pasado al campo de la producción o de la dirección, y existen productos muy concretos de ámbito médico. También hay otros que, sin serlo, siempre tienen alguna trama que tiene que ver con cuestiones médicas. Bien es cierto que no hay un enfoque masivo sobre ello; es más el papel de los estudiosos, porque cuando pones el foco en la temática médica te das cuenta de que hay un montón de películas que las van tocando, aunque sea, de una manera tangencial.

—Puesto que el Congreso aborda la deontología, ¿qué aspectos se están tratando bien de ésta en las pantallas de televisión o cine y en qué no se están deteniendo las productoras?

—Yo creo que en el ámbito general de las grandes productoras lo que predomina es más la fantasía. Es difícil ver productos pensados desde el punto de vista deontológico.

Justamente en la filmografía propia, en Tamagaz Films, hemos hecho productos con esa internacionalidad, pero el resto suelen aportar una imagen bastante distorsionada de lo que es la realidad; sobre todo las series a las que nos tiene habituados el cine o la televisión, y en las que se toca directamente el tema médico. Creo que están absolutamente distorsionadas. De esto salió, quizás, un producto nuestro, que es la película 'MIR', donde queríamos mostrar la realidad de los médicos residentes en España y no lo que estábamos acostumbrados a ver bajo el mismo epígrafe, bajo las mismas siglas; que no tiene absolutamente nada que ver con la realidad, lo cual es lícito siempre que se trate de ficción.

En ese caso el director es muy libre de hacer las interpretaciones que le dé la gana; pero como justamente, a pesar de todo y de saberse que es ficción, hay aspectos que acaban calando, al final se piensa que la Medicina puede ser como se presenta en 'House' o en 'Hospital central', por ejemplo... y la verdad es que tiene poco que ver con la realidad.

—Hablando de 'MIR', la estrenaron en 2013 y en ella se muestran las condiciones de trabajo de los residentes en España, ¿qué papel le dan a la ética en ese escenario?

—Queríamos reflejar, no solamente las condiciones laborales, sino sobre todo lo que pasa fuera del hospital, porque el enfoque siempre ha estado centralizado en el hospital. Siempre se ha visto un médico en bata y en faena y, curiosamente, lo más importante a veces sucede fuera de ahí. Así que también nos centramos en buscar dos o tres arquetipos; el MIR cuando está comenzando, que es un manojo de dudas, el MIR que a mitad de residencia tiene un montón de seguridades y aún no ha llegado a ese momento en el que, después de años ejerciendo, te das cuenta de que es una profesión en la que no existen las seguridades, y luego el MIR que termina y está buscando un trabajo estable. Con esos tres personajes y a través de lo que estuvimos viendo en datos como los de la Fundación Galatea, que representan la realidad como estudios tangibles de lo que está pasando con nuestros médicos en formación, salió ese producto, que es bastante fiel a la problemática social pero también a los dilemas éticos y a las cuestiones personales que se dedica a una profesión tan bonita como es ésta.

—Me ha hablado de Tamagaz; cuando la creó junto a Gonzalo Palmeiro, entiendo que no era un mero entretenimiento, ¿qué expectativas ajenas al cine se marcaron con su creación y de qué manera las han cumplido?

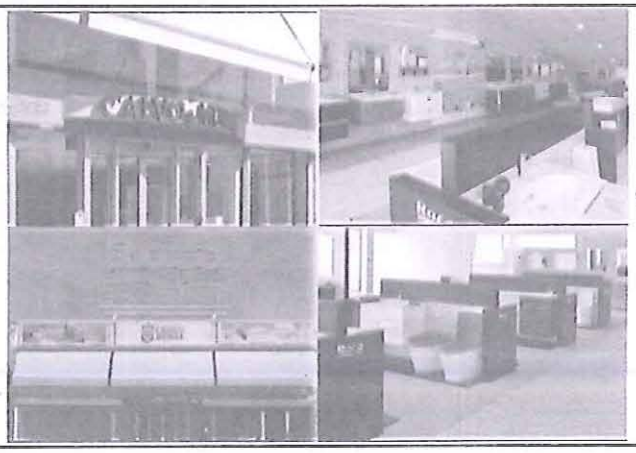
—Nuestra idea era que la proyección de lo que hacemos en la realidad, a través de la fundación SEMG-Solidaria, se conociera, que se tuviera ese punto de vista. No se puede ser un buen médico si no se es una buena persona y miramos el ombligo únicamente desde una perspectiva europea distorsiona bastante la realidad mundial. Aquí se empezó a hablar de crisis, cuando en la mitad del mundo o en las tres cuartas partes del mundo están en una crisis permanente. Queríamos, a través de todos esos encajes socio-sanitarios a los que nos hemos dedicado, intentar difundir realidades muchísimo más duras que la nuestra y que eso aportase un poco de perspectiva.

No creo que haya sido un éxito pero todo lo que no es cine comercial, tiene una difícil distribución. Hemos tenido éxitos que han recibido algún que otro premio y hemos podido llegar a festivales de Latinoamérica de prestigio compitiendo con productos de bajo coste... Y estamos contentos desde ese punto de vista, pero sabemos que no se han cumplido esos objetivos que se pretenden con un proyecto de estos. Se trata de difundir para dar a conocer; a partir de ahí es cuando se produce un diálogo con el público, con los compañeros, y se difunde conocimiento.

—Entre sus películas figura 'Claudia 5.0', que aborda el acoso moral y, por lo tanto, está ligada a la deontología; ¿hasta qué punto pueden documentos como éste contribuir al cumplimiento del Código Deontológico?

—Éste fue un producto del que nos sentimos especialmente orgullosos. Probablemente fue el que más difusión tuvo. Se proyectó en un congreso mundial de psiquiatría, luego se reestrenó en el Congreso Mundial de Psiquiatría de la Mujer, donde tuvo una repercusión importantísima y después, como productora, hemos tenido un montón de solicitudes de profesionales que entendían que este producto contribuía a explicar su problema a pacientes que eran precisamente víctimas de acoso moral en el trabajo. Realmente les servía para explicarse a sí mismos y buscar una salida y una perspectiva.

Es un proyecto muy elaborado, encargado precisamente por psiquiatras y en colaboración con ellos, por lo que se repensó con una escenografía muy ajustada a lo que se pretendía y probablemente sea de las cosas en las que creo que hemos entendido mejor los conceptos deontológicos y todo lo que hay detrás. Sobre todo la utilidad, porque hemos visto que es el que más se ha difundido y del que hemos recibido el feedback de un montón de profesionales. Es uno de los productos que realmente da resultado en consulta; presentárselo a la víctima y hacerle ver que efectivamente no está sola, que esto es social, está ahí pero tiene salida.

CALVO & MUNAR
DESDE 1902
Sanitarios
Cerámica
Grifería
Fontanería
Climatización
Saneamiento

C/ Guadarrama, 32
(polígono El Cerro)
Segovia

SANIDAD

El Hospital General rinde homenaje a los niños que ingresan en sus servicios

En 2017 hubo 881 menores hospitalizados en el Complejo Asistencial de Segovia

Actos del Día Nacional del Niño Hospitalizado, llevados a cabo en el vestíbulo principal del Hospital General /E. A.

E. A. / SEGOVIA

El Hospital General celebró ayer el 'Día del niño hospitalizado' con la organización de una pequeña fiesta en el vestíbulo del Complejo Asistencial de Segovia donde se rindió homenaje a todos los menores que pasan por un ingreso hospitalario, al personal sanitario que les cura y les cuida y a los voluntarios que les acompañan cada día. La Junta de Castilla y León recuerda que 17.079 niños fueron ingresados en los servicios de pediatría de la Comunidad y, concretamente, 881 en el Hospital de Segovia.

Con la celebración vivida ayer, el Complejo Asistencial de Segovia se sumó, junto al resto de hospitales de SACyL en Castilla y León, a la iniciativa de las principales fundaciones, entidades y asociaciones vinculadas a la atención hospitalaria infantil con la que se persigue sensibilizar a la población de las necesidades especiales que tienen los menores que, por diferentes motivos, deben ingresar en algún centro asistencial, y también reconocer el trabajo que los profesionales sanitarios realizan a diario para lograr el bienestar de los pequeños durante su estancia en el hospital.

Con estos objetivos, cada 13 de mayo se conmemora el Día Nacional del Niño Hospitalizado, pero como este año la fecha coincide en domingo, el Hospital de Segovia ha adelantado la celebración al viernes, y atendiendo a la llamada de las fundaciones promotoras de este reconocimiento ha participado en el lanzamiento masivo de besos a todos los niños ingresados, para rendir un homenaje a los pequeños y a sus familias.

Los profesionales sanitarios del Servicio de Pediatría y del aula hospitalaria, y todos los trabajadores y ciudadanos que han querido sumarse, han coreado las canciones 'Un mar de besos' y 'Un beso redondo', especialmente compuestas para esta conmemoración y que se han convertido en la banda sonora de esta iniciativa multitudinaria que se celebra por cuarto año consecutivo. Todos los que han participado han lanzado sus besos en globos y dibujos.

La Consejería de Sanidad ha mostrado su apoyo a la difusión de esta campaña que quiere potenciar y reconocer los esfuerzos de humanización que día a día se realizan en los hospitales y áreas pediátricas por parte del personal sanitario y de todos aquellos agentes que trabajan para hacer más agradable la estancia de los niños en los centros sanitarios: médicos, enfermeras, profesores, voluntarios y organizaciones que velan y contribuyen al bienestar del niño durante su ingreso.

Satse Segovia pone en marcha la campaña 'Rompe con los estereotipos'

Forran con carteles espacios sanitarios para acabar con la imagen retrógrada de la Enfermería

E. A. / SEGOVIA

El Sindicato de Enfermería Satse lanza una nueva campaña de información y sensibilización para trasladar una imagen real y actual de las enfermeras y enfermeros que ayude a acabar con "falsos estereotipos sexistas y retrógrados" sobre su imagen y labor que aún permanecen en la sociedad.

Satse Castilla y León recuerda que realizan de manera permanente y constante diferentes acciones informativas y de concienciación social con el objetivo de propiciar una mayor visibilidad y reconocimiento de la profesión en función de su labor y competencias dentro de nuestro Sistema Sanitario.

En esta ocasión, la organización sindical ha querido poner el foco de atención en la importancia de acabar con "la difusión de imágenes, comentarios y conductas que recurren a estereotipos antiguos, retrógrados y sexistas vinculados a los profesionales de Enfermería, fundamentalmente a las mujeres enfermeras, tras constatar que éstos se siguen produciendo a través de medios de comunicación y de otras muchas maneras sin que desde las administraciones públicas y empresas privadas se esté haciendo nada al respecto", señala en un comunicado el sindicato.

Bajo el lema 'Rompe con los estereotipos', la nueva campaña de Satse contempla la distribución de distinto material informativo en todos los centros sanitarios de Castilla y León, como carteles y tarjetones. Integrantes de Satse Segovia han forrado las paredes de pasillos y consultas del Hospital General con carteles en los que se mandan mensajes de respeto al personal de Enfermería.

Carteles de la campaña 'Rompe con los estereotipos'. / E. A.

La campaña, que permanecerá vigente durante los meses de mayo y junio en todo el país, contempla, además, la puesta en marcha de una 'línea abierta' para que los profesionales de Enfermería ofrezcan sus testimonios sobre casos o situaciones que han supuesto un "ataque" a su dignidad personal y profesional, así como el envío de cartas a responsables de administraciones públicas, partidos políticos, medios de comunicación y asociaciones y otros colectivos en las que se pide su colaboración para acabar con todos ellos.

Otra acción prevista es la recogida de firmas para que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad constituya un Observatorio de la Mujer en el ámbito sanitario que haga un seguimiento pormenorizado de los casos de difusión de imágenes y conductas sexistas que se produzcan y establezca un plan de actuación con todas las medidas a adoptar para que no se repitan nunca más.

El Hospital General de Segovia celebró ayer el Día del Niño Hospitalizado. :: EL NORTE

MÚSICA Y DIBUJOS POR LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

El Hospital General de Segovia ha celebrado un año más el Día del Niño Hospitalizado, una iniciativa que se conmemora cada 13 de mayo y cuyo objetivo es sensibilizar a la sociedad sobre el especial cuidado que requieren estos niños. En la jornada, desarrollada ayer, los profesionales sanitarios lanzaron globos con besos y corearon canciones.

Los ciclistas se manifiestan mañana contra las «excesivas» restricciones del PRUG

:: EL NORTE

SEGOVIA. El colectivo ciclista de Segovia y su provincia continúa con las movilizaciones y reacciones al Plan Rector de Uso y Gestión (PRUG) del Parque Nacional de la sierra de Guadarrama. Tras las alegaciones presentadas, y al considerar una restricción «excesiva» al uso de la bicicleta en el entorno del parque, tal y como señala María Antonia Jordán en nombre de los clubes de ciclistas segovianos, el colectivo realizará una manifestación en bicicleta mañana domingo 13 de mayo.

La movilización partirá a las doce y media del mediodía desde la explanada del Conservatorio de Música y continuará por diferentes calles de la ciudad hasta llegar a la plaza del Azoguejo, donde se leerá un escrito reivindicativo contra el PRUG, al considerar que «limita la circulación a unas pocas pistas asfaltadas y de ancho superior a tres metros, prácticamente un 10% de lo que actualmente se puede disfrutar». Se trata de la primera manifestación ciclista en contra de este programa y, por ello, esperan que el seguimiento sea de cerca de 1.000 ciclistas.

El colectivo ciclista ha mantenido una reunión con el director general del Medio Natural de Castilla y León aunque, según apuntan, «echamos en falta a la codirectora del parque», para trasladarles el malestar del colectivo en Castilla y León con la «deficiente» regulación que hace el PRUG respecto al mountainbike recreativo.

Asimismo, desde la organización aseguran que, a raíz de las alegaciones presentadas por parte de todos los clubes segovianos, «ya han cambiado bastantes aspectos de la regulación» y han acordado formar un grupo de trabajo que lleve la regulación «al sentido común y no tratar al ciclismo como una actividad reconocida y no perseguida en la vertiente segoviana». Por todo ello, confían en el compromiso del director general y van a «facilitarles» la máxima información posible sobre los caminos y senderos de uso público para que sean estudiados e incluidos en el estudio.

Un joven de 21 años, grave tras salirse su vehículo de la N-VI, a la altura de Labajos

:: E. N.

SEGOVIA. Un joven de 21 años, cuya identidad se corresponde con las iniciales J.E.P.A., resultó herido de gravedad en la madrugada de ayer tras sufrir un accidente de tráfico a la altura del kilómetro 96,300 de la N-VI, en el término municipal de la localidad segoviana de Labajos, informa la Guardia Civil.

El joven, que en ese momento viajaba solo, perdió el control de su vehículo, se salió por el margen izquierdo de la vía y finalmente chocó contra los quitamiedos de la calzada. El accidente se registró en torno a las dos de la madrugada, y hasta el lugar de los hechos se desplazó una patrulla de la Guardia Civil y una ambulancia del 112. Fue trasladado al Hospital General de Ávila y, posteriormente, al complejo asistencial de Salamanca, donde aún permanece ingresado para comprobar su evolución.

Una operación dirigida desde Segovia acaba con una banda dedicada al tráfico de inmigrantes

La Guardia Civil ha detenido a quince personas en las provincias de Granada, Madrid, Murcia y Albacete

:: E. N.

SEGOVIA. Agentes de la Comandancia de la Guardia Civil de Segovia descubrieron indicios de la existencia de una organización criminal estructura dedicada al tráfico de seres humanos y coordinó la investigación nacional, denominada Operación 'Crucero', que se saldó con 15 detenidos en dispositivos desplegados en Granada, Madrid, Murcia y Albacete, con la intervención de numerosa documentación, pasaportes, certificados de empadronamiento preparados para su venta y dispositivos informáticos, informa Ical.

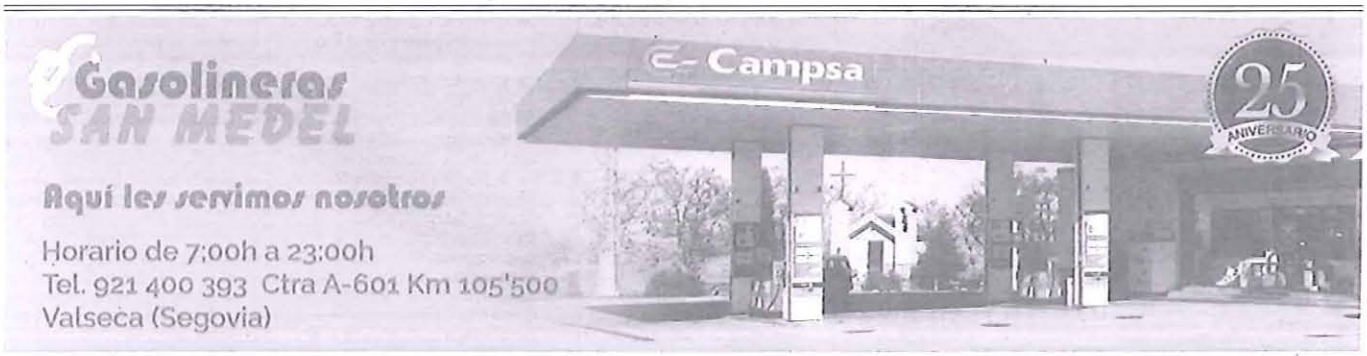
Desde Segovia se dirigió la operación que comenzó a principios de enero, a raíz de la llegada de varias pateras a las costas próximas a Barbate (Cádiz), procediéndose a la realizar un estudio detallado de la frecuencia de estas llegadas identificando a uno de los individuos encargados de recoger a los inmigrantes a su llegada a la costa. Las diligencias registradas permitieron descubrir una organización criminal estructurada en dos partes. La primera, ubicada en Marruecos, se encargaba de realizar las captaciones de individuos dispuestos a realizar el viaje, cobrándoles entre 1.500 y 2.000 euros, y preparaban las pateras, cuando concentraban a un número suficiente de personas para hacer la travesía. Antes se salir, les entregaban a los inmigrantes tarjetas españolas de telefonía, que debían activar a su llegada para asegurar el contacto con los individuos que los recogerían. La otra parte de la organización criminal, ya en España, se encargaba de la recepción de los inmigrantes a su llegada a la costa, dándoles instrucciones para que se ocultaran en zonas boscosas próximas, hasta que fueran recogidos por miembros de la organización que les llevaban a pisos «seguros», ubicados en localidades granadinas de Motril, La Rábita y alrededores. Una vez instalados, la organización les exigía un segundo pago, no pactado previamente, para poder abandonarlas, siendo la deuda cobrada bien a los propios inmigrantes o a sus familias que se encuentran en Marruecos.

Según los datos de la Guardia Civil, desde enero de 2018 pudieron acreditar diez traslados de inmigrantes de manera irregular, empleando embarcaciones tipo patera y neumática en las que llegaron a viajar entre 20 y 40 personas. La organización criminal trasladó en sólo cuatro meses a más de 150 personas de manera irregular, lo que indica que han recaudado cerca de 350.000 euros en ese periodo.

Incautación de droga

Por otra parte, varios de los miembros de esta organización también se dedicaban al tráfico de drogas, aprovechando el envío de pateras a España para introducir hachís, llegando en algunos casos a exigir a los inmigrantes que transportaran con ellos cantidades de droga que serían recogidas a su llegada a la costa. De esta forma, los agentes incautaron 140 kilos de hachís en una de las llegadas de estas embarcaciones, junto con los inmigrantes.

En los registros domiciliarios practicados, en las casas-patera, identificaron 27 inmigrantes en situación irregular, entre ellos varios menores de edad no acompañados. La organización desarticulada también les cobraba cantidades de hasta 300 euros para gestionar el certificado de empadronamiento, detectándose hasta 16 personas empadronadas en un mismo domicilio. Varios de los detenidos son propietarios o gestores de invernaderos en los que trabajaban inmigrantes en situación irregular, sin ningún tipo de contrato laboral y omitiendo las responsabilidades debidas en materia de cotizaciones.



▶ SANIDAD

Los enfermos de fibromialgia reclaman un centro regional de referencia

Fibrosegovia pide respeto para los que aún son tratados como pacientes "de segunda"

• El equipo liderado por María Jesús Llorente instaló una mesa informativa en San Millán y dio lectura al manifiesto del Día Internacional de la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

Las integrantes de Fibrosegovia celebraron el Día Mundial de la Fibromialgia y del Síndrome de Fatiga Crónica. / E.A.

P. BRAVO/ SEGOVIA

Los enfermos de fibromialgia reclaman la creación de, al menos, un centro de referencia en Castilla y León con una unidad de atención integral, así como mayor formación para los profesionales sanitarios que, en algunos casos, aún no reconocen esta patología reumática, y sensibilidad para adaptar los puestos de trabajos a "personas con una vida laboral activa que se ven empujadas a encadenar bajas".

Las peticiones han sido trasmitidas por la portavoz de Fibrosegovia, Carmen Rubio que se hace eco de las necesidades de unas 5.000 personas que en la provincia sufren fatiga y dolor crónico.

Las integrantes de esta asociación, con su presidenta María Jesús Llorente Martín al frente, han desarrollando a lo largo de la semana varias sesiones informativas y ayer, con motivo del Día Internacional de la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica, salieron a la calle para trasladar sus inquietudes a los ciudadanos y dar cuenta de las actividades y servicios que ofrecen.

MANIFIESTO Fribrosegovia continuó los actos de la jornada conmemorativa por la tarde en Hotel Corregidor donde dieron lectura a un manifiesto consensuado entre las diferentes asociaciones y federaciones de enfermos de España, y disfrutaron de una merienda solidaria con sorteo de regalos donados por los comercios y empresas segovianas.

El manifiesto refleja el drama humano que conlleva el padecer unas enfermedades que causan fatiga y dolor crónicos, agravado por el hecho de que, por ser invisibles, generan incomprensión o indiferencia, "creando estereotipos y prejuicios que llevan a que se nos considere enfermos de segunda, por un lado, y al rechazo social y laboral por otro", aseguran las representantes de Fibrosegovia.

El colectivo de enfermos asegura que el dolor más agudo continúa siendo el que genera la incomprensión. Por ello, reclaman "respeto en todos los ámbitos de la sociedad, comenzando por el ciudadano anónimo, pasando por los profesionales sanitarios y sociales, empresarios y sindicatos, científicos e investigadores, hasta llegar a las instituciones públicas como garantes de nuestros derechos". Consideran "imprescindible" garantizar el acceso universal a los pacientes de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica al Sistema Público Sanitario y Social, así como la equidad en todas las comunidades autónomas. Además, Fibrosegovia se ofrece a colaborar con las instituciones para avanzar en el camino hacia la normalización y "para mantener nuestra dignidad como personas y como pacientes".

PERIOCENTRUM
SEGOVIA

NOS TRASLADAMOS

- NUEVO LOCAL FRENTE A LA IGLESIA DE SAN MILLÁN
- MISMO TRATO PERSONALIZADO, MAYOR COMODIDAD Y LAS ÚLTIMAS TECNOLOGÍAS
- ESPECIALISTAS EN PERIODONCIA E IMPLANTES DENTALES

"Nueva ubicación, misma filosofía:
Apostamos por mantener tus dientes"

Dr. Alfonso Oteo

Avda. Acueducto, 37- 921 462 809
www.periocentrum.com

▶ SANIDAD

Pacientes y enfermeras caminan hoy juntos en una marcha popular

Los dorsales de la caminata de inscripción gratuita se pueden recoger antes de la salida que se dará a las 10.30 horas desde la avenida del Acueducto para ir al Valle de Tejadilla

• Esta actividad forma parte del programa de actos del Día Internacional de la Enfermería que se celebra el 12 de mayo, fecha del nacimiento de Florence Nightingale.

Representantes del Colegio de Enfermería con la concejala Marian Rueda en la presentación de la marcha. / E. A.

P. B. / SEGOVIA

El Colegio Profesional de Enfermería de Segovia ha organizado la Primera Marcha 'Camina con tu enfermera' que tendrá lugar esta mañana con el fin de que los profesionales sanitarios y los usuarios de los servicios participen juntos en un acto lúdico y saludable. Es también una oportunidad para que los pacientes apoyen la labor de los profesionales de enfermería y para que estos la den a conocer, a la vez que llaman la atención sobre la problemática de las agresiones en el ámbito sanitario. De ahí que la marcha lleve el lema 'No agredas a quien te cuida'.

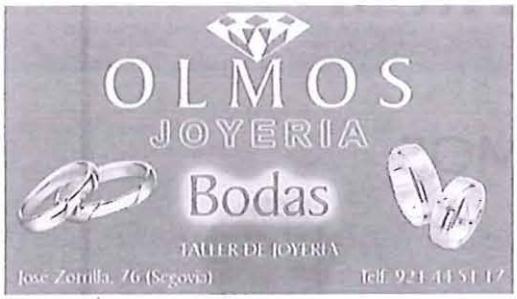
La caminata partirá a las 10.30 horas desde la Avenida del Acueducto para ir hasta el Valle de Tejadilla y regresar de nuevo hacia el Azoguejo. Esta actividad es gratuita y al finalizar la misma se entregará a los participantes un pequeño obsequio. "Lo que queremos es pasar un rato todos juntos, un momento de convivencia distendido, fuera de lo que son nuestros núcleos de trabajo y que en esta ocasión el ciudadano camine junto a su enfermera pero para disfrutar de la ciudad", señalan desde el Colegio Profesional. Los dorsales se pueden recoger en la carpa que se instalará en la salida.

Esta actividad se enmarca en el programa de actos que lleva a cabo el Colegio con motivo del Día Internacional de la Enfermería que se celebra el 12 de mayo, fecha del nacimiento de la que es considerada fundadora de la enfermería moderna, Florence Nightingale. El programa ha incluido una charla ofrecida el pasado día 10 de mayo en la que intervinieron la asesora jurídica del Colegio de Enfermería segoviano, Sagrario Sancho, el inspector de la Policía Nacional, Juan Vaquero, José Ramón Martín, capitán de la Guardia Civil y Jesús Balbás, asesor jurídico COM.

Durante el transcurso de esta charla que, a juicio de los asistentes, resultó muy interesante, se habló de los protocolos con los que se están trabajando para disminuir el número de agresiones al personal sanitario así como de las actuaciones a seguir en caso de que se produzcan. Los participantes en esta conferencia hicieron hincapié en la importancia de denunciar este tipo de incidentes para poder poner en marcha los mecanismos adecuados para que no se vuelvan a producir.

Con la Marcha 'Camina con tu enfermera' el Colegio quiere no sólo hacer una llamada de atención sobre las agresiones que sufren los profesionales sanitarios sino también dar una mayor visibilidad a los profesionales de enfermería, quienes están continuamente prestando cuidados y atención a las personas en todos los ámbitos, hospitales, centros de salud, centros sociales, residencias o servicios de emergencias, entre otros, al mismo tiempo que realizan labores de gestión, velando por unos cuidados de calidad y por una atención integral.

Señalan desde el Colegio de Enfermería de Segovia que según el último Barómetro Sanitario del Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad, los cuidados y la atención de los profesionales de enfermería son el aspecto más valorado por los usuarios de Castilla y León y su labor es fundamental para garantizar el Derecho a la salud de todos los ciudadanos.



Scratch en el cole y en la universidad. El Grupo de Computación Educativa de la Universidad de Valladolid (CompuEdu@UVa), con la colaboración del centro RobotsSchool, han llevado a cabo con éxito el cuarto Scratch Day Segovia 2018, en el Campus María Zambrano. La jornada de ocio y formación reunió a un centenar de niños y adultos que afrontaron, en un ambiente de juego, ingeniosos talleres, concursos y retos en los que manipulaban objetos a los que después daban animación. También se organizaron talleres de 3D o Scratch en el cole. / FOTO: M. G.

La fibromialgia afecta a unos 4.000 segovianos, el 90% mujeres

La asociación reclama a las instituciones el «correcto» cumplimiento del protoloco existente y «más compromiso» en la formación de los profesionales sanitarios

El colectivo detecta un incremento de los diagnósticos en niños y adolescentes

:: EVA ESTEBAN

SEGOVIA. El 12 de mayo de 1992 marcó un antes y un después en la lucha de los enfermos de fibromialgia. Ese día, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció por primera vez la fibromialgia como una enfermedad. Desde entonces, los afectados por esta dolencia en Segovia consideran esta fecha como una «oportunidad» para contribuir a su visibilidad. «Aprovechamos para salir a la calle y poder informar a la sociedad, todo ello para seguir haciendo visible que se trata de una enfermedad que padecemos muchas personas en el mundo, muchas aún sin diagnosticar», afirma la portavoz de la Asociación de Fibromialgia de Segovia, Carmen Rubio.

Cerca de 4.000 personas en la provincia padecen esta dolencia de evolución crónica, caracterizada por fuertes dolores musculares que cambian de un punto a otro del cuerpo y que conllevan otros síntomas asociados, como dificultad para dormir, rigidez matutina, sensación de hormigueo, falta de memoria, dificultad para concentrarse o cansancio. La enfermedad alterna periodos de bienestar con otros de crisis o recaída. Pero los problemas no quedan ahí. La portavoz de la asociación segoviana explica que «el primer síntoma» suele ser un dolor «generalizado» por todo el cuerpo. «No puedes decir: 'Oye, pues tengo las cervicales mal', no. Es un dolor generalizado, constante, persistente y que llevamos muchos meses con ello yno remite. Son sensaciones de cansancio generalizado; el sueño no es reparador, no respondemos bien ante el estrés...», indica. Los síntomas anteriores van acompañados de otros secundarios, como puede ser el colon irritable, la pérdida de la concentración y de la memoria o la sequedad en todas las mucosas. «No todos padecemos todo, pero es una enfermedad que afecta al sistema nervioso vegetativo y todos los órganos de nuestro cuerpo se pueden ver afectados».

La enfermedad afecta a cerca de un 4% de los segovianos. «Somos bastantes, y hay muchos que aún no se lo han diagnosticado, así que probablemente seremos alguno más», apostilla Carmen Rubio. En torno al 90% de los afectados son mujeres, y aunque existe «un rango muy amplio de edad», a la mayoría le detectan la dolencia «entre los 30 y 40 años». «Se está empezando a detectar en gente joven como estudiantes de Bachillerato, así como entre niños y niñas muy pequeñitos y en hombres», indica Rubio.

Estos últimos, explica la portavoz de la asociación, «tienen reparo a decirlo» por el hecho de que «tradicionalmente» se asocie la enfermedad con las mujeres. «Cuando a un hombre se lo detectan, tiene vergüenza a decirlo y tenemos que empezar a darnos cuenta de que los hombres padecen fibromialgia, la sufren y hay que reivindicar que ellos también tienen su lucha».

Duro proceso

Una de las principales dificultades a las que se enfrenta el colectivo es el «largo» periodo que pasa desde que una persona acude al médico hasta que finalmente le diagnostican la enfermedad. «Es un peregrinaje de médico en médico hasta que te ponen la etiqueta de que tienes fibromialgia». Por ese motivo, este 12 de mayo solicitaron a las instituciones y autoridades «más compromiso en la formación de sanitarios y la correcta aplicación de protocolos ya existentes». Si estos dos factores se cumplen, «no se imaginan todo lo que nos ayudan, es muchísimo», incide la portavoz. «Queremos que nos escuchen, que se den cuenta que estamos ahí y que somos una parte importante de la sociedad».

«Es un peregrinaje de médico en médico hasta que te ponen la etiqueta»

El colectivo organiza actividades como talleres de memoria y meditación o aquagym

«Te cambia la vida»

La fibromialgia te cambia la vida «de un día para otro». En el momento en que se detecta, la persona afectada «tiene que parar su ritmo de vida». «Es muy complicado, porque a las personas que nos la detectan solemos ser luchadoras y trabajadoras». Requiere, además, una «reestructuración de los roles y papeles habituales» en el núcleo familiar. «Supone una doble carga para las mujeres que, además, asumen el hilo conductor y el timón de la familia», continúa. Por otra parte, hay que sumar la «carga» que supone el empleo. «Mucha gente tiene que dejar de trabajar porque lo pasa mal, pero un cambio en el puesto de trabajo podría solucionar la vida de muchas personas», prosigue Rubio.

La Asociación de Fibromialgia de Segovia, compuesta por 90 socios, ejerce un papel fundamental entre los afectados, principalmente el soporte de «tratar con gente que padece la misma enfermedad y síntomas que tú». Tiene muchos beneficios, «como estar todas unidas y proporcionar actividades que de otra forma no podríamos pagarnos, como un día a la semana de aquagym, un taller de meditación y memoria, aguaterapia...», concluye Rubio.

Representantes de la Asociación de Fibromialgia en Segovia, ayer en la Avenida del Acueducto. :: A. TAJARRO

«Es una enfermedad crónica, no mortal. Hay que disfrutar de la vida»

Carmen Rubio Portavoz de FibroSegovia

Esta segoviana padece la dolencia desde hace 33 años y asegura que ha «aprendido» a vivir «conmigo misma»

:: E. E.

La portavoz de la Asociación de Fibromialgia de Segovia, Carmen Rubio, vive la enfermedad en primera persona. Tras «muchos años» de adaptación y asimilación, ha aprendido a convivir con ella. «Es una enfermedad crónica que va minando la vida, pero no es mortal. Tengo que vivir, hay que adaptarse y disfrutar de la vida», asegura. Le diagnosticaron fibromialgia «muy temprano», cuando tenía 30 años. En un primer momento le costó darse cuenta de lo que realmente suponía la enfermedad. «Te cambia la vida. Tuve unos años muy malos, de mucha pena», sostiene.

Carmen Rubio. E.E.

Unos días se levanta «con más ganas que otros», pero Rubio mantiene una actitud positiva a pesar de las adversidades. «He tenido que aprender a vivir conmigo misma y a conocerme mucho. No todo el mundo está dispuesto a conocerse tanto».

Recuerda el día que le diagnosticaron la fibromialgia como si fuera hoy. Trabajaba como profesora en un instituto próximo a Segovia. Su principal «incertidumbre» era pararse a pensar «qué iba a ser de mí» desde ese momento, cómo se lo comunicaría a su entorno y a su centro de trabajo. «Me tuve que rodear de un entorno familiar y social que entendió lo que me pasa, y que también entiende que un día puedo estar muy activa y otro tengo que quedarme en casa», subraya. En su trabajo, recuerda la portavoz, se portaron «muy bien» con ella. «Tuve mucha suerte. Se me hizo un cambio en el puesto de trabajo. En lugar de por la mañana, me pasaron a un turno de tarde-noche, me facilitaron la vida».

Domingo 13.05.18
EL NORTE DE CASTILLA

Las bajas laborales por ansiedad y estrés se incrementaron el 38% en cinco años

La salud mental es la tercera causa de incapacidad temporal en frecuencia y la más duradera

ANA SANTIAGO
asantiago@elnortedecastilla.es

VALLADOLID. La crisis cambió el ritmo de los balances de incapacidad temporal. Las bajas laborales no descendieron en proporción al número de afiliados a la Seguridad Social, lo hicieron mucho menos. Después, la mejoría económica trajo la recuperación de la tendencia y el número de bajas remontó a cifras de 2012, aunque todavía no a las de antes de la recesión económica.

En cuanto a las causas de ese absentismo laboral, hace años que los trastornos de salud mental, el deterioro del equilibrio emocional, gana peso en el ambiente de trabajo y, cada vez, son más los casos de baja laboral por ansiedad, estrés, angustia o depresión que provocan una incapacidad transitoria. Son más, en números absolutos y proporcionales, y más largas. En Castilla y León, los trabajadores que no pudieron acudir a su puesto por estas causas fueron 8.152 el año pasado, un 38% más que cinco años antes. En 2012 fueron 5.910 las bajas por esta causa, dato similar al del año siguiente y que crece progresivamente por encima de los siete mil en 2015 y 2016, según datos de la Consejería de Sanidad del ya cerrado 2017.

Aumentan en números absolutos y también en proporción al montante de personas con empleo pasando del 0,6% al 0,9% en cinco años. Esta es la tercera causa de absentismo más frecuente –eso no cambia, al menos, en los últimos seis años–, pero la segunda de mayor duración de la baja.

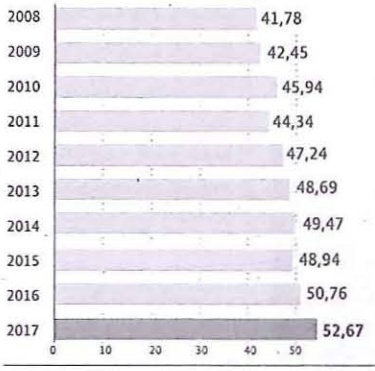
Los problemas de espalda y músculo-esqueléticos y las gastroenteritis y colitis no infecciosas, por este orden, son los diagnósticos más frecuentes que provocan ausencia en el trabajo. Pero una lectura de los procesos con más días de baja sitúa a los trastornos de ansiedad y similares en segundo lugar, solo después de los que afectan al disco intervertebral que suman una media de 80 jornadas de baja pero que solo afectan a 1.968 personas, según datos de la Junta. Suman en total 110.010 días.

La media de los problemas de espalda es de la mitad, de 40 días, pero como afecta a muchos más afiliados, 14.636, supone para la Seguridad Social una suma de 598.555 jornadas. El peso de los trastornos emocionales es, en este sentido, también importante porque son los segundos con la media más alta, de 63,4 días en 2017; pero con 78,8 jornadas en 2015 o hasta 85,3 en 2012. Sumó 516.488 días de baja. Además la recaída por estos problemas de inadaptación o depresión no es extraña y más cuando la causa de la misma radica en el propio trabajo.

Incapacidad laboral temporal en Castilla y León

Afiliados y bajas

Duración media de las bajas. En días.



Días de proceso según el grupos diagnóstico en 2017

Otros trastornos no especificados de la espalda (lumbago, ciática, etc.)	40,9
Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos.	63,4
Otros trastornos y trastornos no especificados de articulación	57,4
Tendinitis	55,2
Otros trastornos de región cervical	45,0
Otros traumatismos	53,5
Síntomas generales (síncope y colapso, convulsiones, vértigo y mareo, etc.)	27,0
Trastorno del disco intervertebral	80,8
Enfermedades de la mujer que complican el embarazo y parto	51,2
Esguinces y torceduras de tobillo y pie	33,3

Fuente: Consejería de Sanidad

EN CIFRAS

171.127
bajas por incapacidad temporal se tramitaron en la región en 2017.

20,1%
es lo que aumentan las bajas laborales desde 2013.

14.636
procesos por problemas de espalda.

8.152
bajas por ansiedad, trastornos disociativos y somatomorfos (ocasionados por molestias que pueden ser difusas y que no pueden explicarse por una lesión orgánica).

El tiempo medio de absentismo aumenta 11 días en un decenio

La duración media de las bajas en la comunidad ha aumentado en más de once días en los últimos diez años. Castilla y León registró el año pasado una media, a final de cada mes, de 2,82 bajas por cada cien afiliados activos a la Seguridad Social. Por provincias, destaca León con el mayor número de bajas vigentes, 3,70 en concreto. Soria y Segovia son las provincias que menor número, tienen, 2,21 y 2,28 respectivamente, tal y como sucedía también en años anteriores.

Una separación de datos por sexo revela que la prevalencia mensual de bajas es superior en mujeres en todas las provincias. La mayor diferencia se produce en la provincia de Palencia, con 2,60 en hombres y 3,70 en mujeres. Además, según los datos de la Consejería de Sanidad, la duración media de las bajas tramitadas en Castilla y León en el año 2017 fue de 52,67 días. Por provincia, las que tienen una mayor duración son León, Salamanca y Zamora. Y el número medio de días que cada afiliado está en situación de incapacidad temporal es de 9,94 días al año.

La Cesm achaca las patologías psicológicas a la precariedad laboral y a la explotación

El número de partes bajó entre 2008 y 2013, y desde entonces, ha aumentado el 20,1%

Un ambiente laboral hostil, el mayor peso de trabajo sobre la persona, las cargas laborales mal repartidas, el estrés e, incluso, el maltrato psicológico y una cultura empresarial agresiva, «algo todavía muy habitual sobre todo en España y cada vez más descartado en las empresas modernas y productivas» son las causas que apuntan desde el Sindicato Médico (Cems) para explicar este importante peso de las patologías psicológicas.

Las explicaciones, para Mauro Rodríguez, de la Cesm, hay que buscarlas «en las nuevas situaciones laborales. Hay más trabajo pero las condiciones son muy precarias. La gente joven gana tan poco que si sigue en casa de los padres, pues bueno... pero si tiene que irse a otra ciudad, una vez que paga el alquiler, no le llega ni para alimentarse bien, pagarse un gimnasio, un fisioterapeuta o cualquier necesidad, trabajan mucho por poco, con fuerte presión y esto es muy desmotivador. Y entre los mayores, pues parecido, porque cada vez hacen más por menos, con un futuro incierto, pocas expectativas, miedo a perder el empleo... y muy explotados y poco valorados».

Este portavoz sindical profesional explica además que, «por ejemplo, en el caso más cercano para nosotros, el de los propios médicos de Atención Primaria, no se cubren bajas ni sustituciones, tienen que asumir los cupos de sus compañeros... es una gran sobrecarga así que los de Muface que pueden jubilarse a los 60, no dudan en hacerlo».

Además, las enfermedades físicas son más objetivas y se ha avanzado en el control de factores y en la protección en enfermedades profesionales... Salud Laboral funciona bien y ha conseguido grandes logros; pero las cuestiones psicológicas son más complicadas, no hay protección fácil frente a ello y ¿cómo sancionar un clima laboral agresivo? o ¿las consecuencias de malos sueldos y mucha explotación? Es muy difícil», añade este portavoz sindical.

No hay demasiados trabajos que analicen estos tras- >

«El entorno no se puede cambiar, pero sí la forma de enfrentarse a él»

Elvira Callejo Médico de Familia del Centro de Salud Circunvalación

:: A. S.

VALLADOLID. Elvira Callejo es la presidenta de la sociedad científica de médicos de Familia en la comunidad, la Socalemfyc; pero es sobre todo su experiencia en el día a día de su consulta, en el centro de salud Circunvalación de Valladolid, el que le permite acercarse a la realidad de las bajas laborales y de las necesidades de sus pacientes cuando tienen una enfermedad que les impide trabajar.

Su experiencia confirma que la crisis trajo consigo un descenso de los partes por incapacidad temporal «porque había menos gente con empleo, se notaba entre la clase media y baja sobre todo. Además también había más presión, más miedo a perder el empleo y la gente aguantaba más. Se notaba que no quería coger la baja», explica.

La doctora Calleja detecta que «hay en realidad más gente que quiere a toda costa trabajar o reincorporarse por presión propia o externa que prolongar el faltar al trabajo. Personas que se hagan los enfermos, caraduras, para no trabajar se da mucho menos de lo que se cree. La gente quiere normalidad, recuperar su vida. Así es en general. También hay personas más pusilánimes que quieren alargar su baja, por un problema de inadaptación y para los que todo es un reto. En estos casos también es tarea nuestra animarlos a que se reincorporen».

Elvira Callejo, en las puertas de su consulta. ALBERTO MINGUEZA

En cuanto a los problemas psicológicos, las bajas por trastornos de ansiedad o trastorno adaptativo «son más difíciles que cuando se trata de causas físicas. El sufrimiento es importante porque quieren tener una vida normal pero no pueden. Además siempre están bajo sospecha de la empresa, de compañeros... hay mucha incomprensión. Hay que sufrir una depresión para entender bien lo que es y por lo que se pasa».

«El miedo a las represalias es frecuente. Hay que aprender a defenderse»

A este respecto, Elvira Callejo explica que cuando el origen y la causa de los problemas de salud mental están en el propio entorno laboral tienen esta dificultad añadida «porque no se puede cambiar el ambiente del lugar del trabajo, lo que allí ocurre. Entonces lo que se trabaja con el paciente es para que adquiera las herramientas necesarias para enfrentarse a ello. Que tenga recursos para desenvolverse en ese ambiente negativo y no resulte tan vulnerable. El entorno no cambia pero sí su forma de enfrentarse a él, de resolver los asuntos. Hay que aprender a decir 'no', a poner límites; pero no siempre es fácil. Algunas personas tienen que dejar su puesto de trabajo».

Más complejos todavía son los casos de acoso laboral, «porque nosotros podemos ponerlo en un informe y considerarlo al tratar su salud pero es un tema judicial. Es muy destructivo y deja secuelas, claramente». Pero al margen de estos casos extremos y muy personalizados, la hostilidad generalizada «puede provocar un daño importante, que nunca se debe banalizar. Además está la presión, el estrés, la sobrecarga... que crean angustia y ansiedad. El miedo a las represalias es muy frecuente en estos casos y hay que aprender a defenderse en estos terrenos».

ANTONIO BLANCO MERCADÉ. *Pesidente de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Consejo de Colegios Médicos de CyL*

El doctor Antonio Blanco Mercadé, leonés y especialista en Otorrinolaringología, será, tras el discurso de apertura, el encargado de romper el hielo en el V Congreso Nacional de Deontología Médica de Segovia con su ponencia 'Dialéctica entre Ética y Deontología'. Hace años que está vinculado a la Deontología y a la Bioética, y desde 2010 es el presidente de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Consejo de Colegios Médicos de Castilla y León. En octubre de 2017 fue uno de los médicos elegidos para renovar la Comisión Central de Deontología de la OMC.

«Segovia tiene una Comisión Deontológica y un Comité de Ética Asistencial que son ejemplares»

A. V. / SEGOVIA

—Después de seis meses como miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC, ¿qué valoración hace de la situación de la Deontología Médica en España?

—Recién llegado a la Comisión Central, veo que en los últimos años la Deontología Médica en España ha tenido un gran impulso de modernización, gracias al buen trabajo, que se ha visto reflejado no sólo en la actualización del Código Deontológico de 2011 y en la elaboración de diversos Comunicados, sino también en los Congresos Nacionales de Deontología que ya están consolidados y se vienen celebrando anualmente, en la existencia de un Título de Experto en Ética Médica de gran calidad y en la edición del Manual de Ética y Deontología Médica, entre otras cosas.

También he observado que, tanto la OMC en su conjunto, como los colegios provinciales, han de seguir potenciando y, en algunos casos, tomarse más en serio la importancia de la Deontología Profesional, que debe ser su santo y seña. Quiero señalar también la necesidad que tenemos de buscar fórmulas para que exista más representación femenina en estos ámbitos y para que se mejore el sistema de designación.

—¿Qué tipo de casos les llegan con más frecuencia?

—Más allá de alguna consulta interna, realizada por el secretario general, en estos inicios el grueso de nuestro trabajo se está centrando en la revisión del Código Deontológico.

—Precisamente durante el Congreso en Segovia participará en la mesa redonda final en la que se hablará de esa revisión del Código Deontológico, ¿qué nuevos aspectos contemplará principalmente este documento?

—Es una tarea muy importante. Estamos trabajando en la actualización del Código con un alto grado de responsabilidad. De una parte queremos reordenar y aclarar algunos artículos. Cada uno de ellos es comentado y, en su caso, modificado. A continuación también introduciremos nuevos temas, de acuerdo con los cambios y avances que se van produciendo.

—Los médicos, en general, son muy bien valorados por la sociedad, pero ¿considera que las situaciones en las que la deontología juega un papel importante deberían ser más conocidas por parte de los ciudadanos para un conocimiento más próximo de la Medicina?

—Sin duda, todo lo que sea informar a la población general de los aspectos deontológicos de la profesión, es bueno. Quiero decir que, en mi experiencia, la inmensa mayoría de los conflictos que se dan entre médicos y pacientes guardan estrecha relación con una mala comunicación y relación interpersonal.

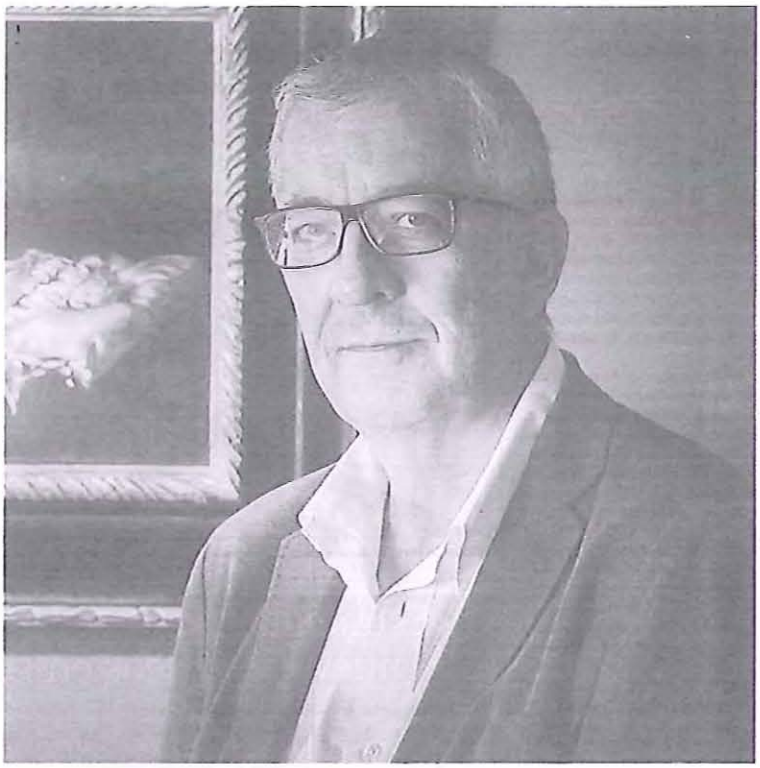
—Usted lleva años vinculado a la Deontología Médica, desde el nivel más local hasta ahora el nacional, pasando por la presidencia de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Consejo de Castilla y León; ¿en ese cambio de 'estratos' ha detectado diferencias y similitudes? ¿Qué papel juegan la educación y la cultura más inmediatas en la asimilación del concepto de Deontología?

—En las Comisiones Deontológicas de los colegios provinciales, la actividad se centra sobre todo en denuncias concretas que la junta directiva traslada para su estudio; se trata de quejas de pacientes o de familiares dirigidas a colegiados y, en menor medida, de conflictos entre colegiados. También se ha desarrollado alguna actividad formativa dirigida a los colegiados. En la instancia autonómica son muy pocos los recursos de casos que llegan a ella, después de haber sido tratados en los colegios provinciales. Por último, en la Comisión Central se tratan asuntos más generales referidos a la actividad profesional.

—En el V Congreso será, además, prácticamente el ponente inaugural con la conferencia 'Dialética entre ética y deontología', ¿conviene dejar establecidas las diferencias entre ambos conceptos desde el principio? ¿Qué implica cada palabra?

—A mí me hace mucha ilusión participar en este Congreso Nacional en Segovia, un lugar tan querido, que tiene una Comisión Deontológica y un Comité de Ética Asistencial que son ejemplares.

La Deontología, sin más, se refiere a una parte de la Ética como disciplina filosófica que trata de los deberes; pero en este caso hablamos de una deontología profesional, como es la Deontología Médica, y que consiste en el estudio de los deberes y normas morales que rigen la actividad profesional de los médicos. Los médicos estamos sometidos a las leyes que son comunes a cualquier persona, como es lógico, y no cabe hablar de que la medicina sea una profesión en la



que exista impunidad legal para sus miembros, aunque bien es cierto que en otros tiempos fue así y, a cambio, se exigía de los profesionales un compromiso moral muy elevado, intachable. En la actualidad, no obstante, existen una serie de obligaciones que son de un nivel de exigencia superior al de la ley, que se refieren a conductas que han de regular los propios profesionales y que se encuentran recogidas en el Código de Deontología Médica. Su incumplimiento puede ser motivo de sanción.

La Ética, al contrario de la Deontología, no es impositiva y punitiva, sino promocionable y tiene un carácter individual y autónomo, porque es la persona —cada médico, en este caso— quien se impone deberes a sí mismo para aspirar a la excelencia. Porque la Ética no trata de lo bueno, sino de lo mejor. La Ética consiste en elegir la mejor conducta en cada caso, la que ayude más y mejor a proteger y aumentar los valores.

—¿Y si hablamos de Bioética?

—La Bioética es una disciplina que surge, como tal, en los años 70 del siglo XX, y que consiste en la Ética aplicada a las ciencias de la vida en general y a la Medicina en particular. Su fin consiste en tomar las mejores decisiones para proteger y aumentar valores como la salud, la curación o el alivio, la preparación técnica, la equidad, la confidencialidad, la compasión, el compañerismo, etcétera.

La Ética ayuda a saber cuál es la mejor conducta a seguir en los casos en que se presenten problemas éticos, que siempre son conflictos entre valores. En la mayor parte de centros y establecimientos de salud están los Comités de Ética Asistencial, que son pluridisciplinares y se ocupan de promover la Bioética; pero qué duda cabe de que las Comisiones de Ética y Deontología Médica —que así se llaman— tienen que ocuparse, tanto de las funciones normativas y disciplinarias deontológicas, como de la promoción de la excelencia ética, entendiendo que las funciones y los procedimientos de trabajo en los dos casos no son iguales, pero que ambas tareas, lejos de ser opuestas o excluyentes, son complementarias y necesarias.

—Hace un año el Colegio de Médicos de Segovia le invitó a compartir una jornada con los nuevos MIR en la que impartió una conferencia sobre Deontología, ¿Qué queda por mejorar a nivel formativo, con los médicos más jóvenes, en este asunto?

—En las facultades cada vez se imparten más estas materias de Bioética y de Deontología. Es fundamental ayudar a los médicos jóvenes a entender que lo más importante y lo más hermoso de la Medicina consiste en ayudar al semejante enfermo; que no se olviden nunca de en qué consiste la verdadera vocación y que tampoco se dejen deslumbrar por la técnica. Que en su afán por aprender aprendan que, tan importante como la ciencia, es también adquirir conocimientos y habilidades humanistas, saber comunicar bien, respetar la intimidad y la confidencialidad de las personas, ayudar en el proceso de morir —que todos los enfermos se acaban muriendo— o aprender a resolver conflictos de valores, tan frecuentes en la actividad profesional.

▶ SANIDAD

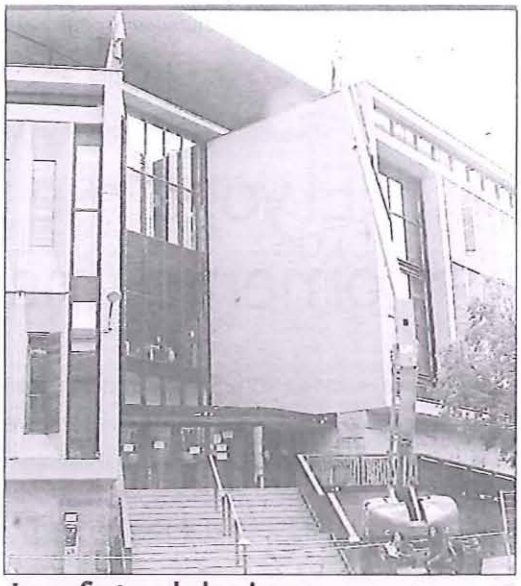
Un nuevo fallo informático impide a los médicos hacer recetas durante la mañana

El sindicato CESM asegura que los facultativos están cansados de las averías y pide que las autoridades sanitarias busquen soluciones

P. B./ SEGOVIA

Un nuevo fallo en el sistema informático de Sanidad de Castilla y León impidió que los médicos de los centros de salud de Segovia pudieran utilizar la receta electrónica durante toda la mañana del lunes. La caída del cuestionado sistema Medora hizo que los médicos tuvieran que coger de nuevo el bolígrafo para hacer a mano las prescripciones más urgentes y que centenares de pacientes tengan que regresar en los próximos días a consulta para recibir las recetas que ayer no pudieron registrar sus médicos.

El presidente provincial del Sindicato Médico, CESM-Segovia, Miguel Marina Villanueva, que ha confirmado estos hechos, asegura que los médicos están cansados de la sobrecarga que generan las continuas averías de Medora, duplicando consultas, y de la incapacidad de la Administración para evitarlas. El Sindicato de Médicos pide a la Administración sanitaria que dé soluciones definitivas a las deficiencias continuas que tiene el sistema informático y que sean los gerentes y directivos de asistencia sanitaria quienes den explicaciones de los sucesos ante los pacientes. Marina Villanueva asegura que los médicos, además de sufrir las dificultades de un sistema que debía facilitar su tarea, se ven en la obligación de "dar la cara" ante los enfermos. Según la información que maneja Marina el fallo afectó a la aplicación de prescripción farmacéutica en la provincia de Segovia, así como en Salamanca, Soria, Zamora y Valladolid Rural.



Los efectos de la nieve. La empresa constructora de la primera fase de las obras del campus María Zambrano está llevando a cabo los trabajos de reposición de las cornisas del edificio principal, dañadas por el efecto de la nevada de la fiesta de Reyes Magos. / FOTO: M. G.

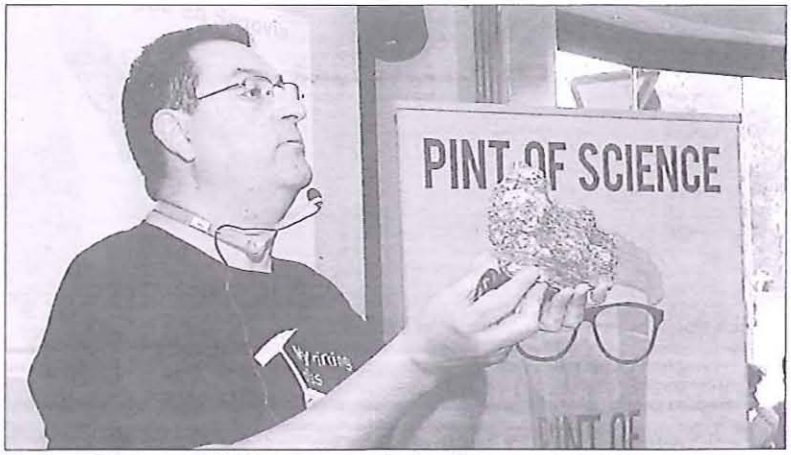
▶ SANIDAD

Geología y bebidas combinan bien en la primera sesión del festival 'Pint of Science'

P. B./ SEGOVIA

Segovia estrenó ayer su participación en el festival de divulgación científica 'Pint of Science' con una sesión dedicada a la geología segoviana y a las bebidas que en estas tierras se elaboran gracias a las características de la calidad del agua de sus ríos y manantiales.

El público, en gran parte universitarios pero también niños y trabajadores, respondió a la invitación del festival que reúne a investigadores y ciudadanos en los bares para hablar de ciencia, y acudieron a La Zapatería. Este bar situado en la plaza de la Universidad es la sede en Segovia de 'Pint of Science', evento patrocinado por el Vicerrectorado del Campus de Segovia de la Universidad de Valladolid. Hoy y mañana, a las 20.00 horas hay más citas con científicos.



El geólogo Andrés Díez Herrero ofreció la sesión 'Cerveza mineral' en el bar La Zapatería. / NEREA LLORENTE

LA PARRILLA DE TEJADILLA

Teléfonos reserva: 921 44 21 49 - 921 43 43 23 - 654 317 434

Miércoles
SOPA CASTELLANA
COCHINILLO CON ENSALADA
POSTRE CASERO 11,90€ IVA INCLUIDO

Viernes
ENTREMESES
ARROZ CON BOGAVANTE
POSTRE CASERO 10,90€ IVA INCLUIDO

CERRAMOS LUNES
Abrimos viernes y sábados por la noche
Terrazas con servicio de comedor (zona de fumadores)

Menú del Día
Martes a viernes, excepto festivos
8 PRIMEROS a elegir
8 SEGUNDOS a elegir
POSTRES CASEROS
Pan, agua, vino incluido 9,95€ IVA INCLUIDO

Menú Sábados y Festivos
8 PRIMEROS a elegir
8 SEGUNDOS a elegir
POSTRES CASEROS
Pan, agua, vino incluido 14,95€ IVA INCLUIDO

Menú Especial Todos los días
Primeros a elegir
• Paté de ave al oporto con pistachos y salsa Cumberland
• Croquetas caseras de jamón ibérico
• Pimientos del piquillo rellenos de merluza y gambas en salsa verde
• Revuelto de morcilla con patatas paja
• Carpaccio de buey al queso de oveja
• Plato de cuchara
• Ensalada mixta
• Ensalada de solomillo con salsa de queso
• Espárragos trigueros
Segundos a elegir
• Carne de ternera al plato
• Entrecot de ternera a la parrilla
• Rabo de toro guisado al vino tinto con puré de patata
• Dorada a la espalda
• Bacalao al pil-pil.
• Gambones a la plancha.
Postres caseros.
Pan, agua, vino incluido
19,50€ IVA INCLUIDO

Menú especial de BUEY
A ELEGIR:
Primeros:
Croquetas caseras de jamón ibérico.
Ensalada crujiente de langostinos con mayonesa de crustáceos.
Revuelto de morcilla.
Segundos:
Carne de buey al plato.
Entrecot de buey a la parrilla.
Chuletillas de cordero lechal.
Presa ibérica con salsa de boletus.
Gambones a la plancha.
Dorada a la espalda
Postres caseros
15,90€ IVA Incluido
Excepto sábados y festivos al mediodía

– Los menús de los viernes y miércoles incluyen vino, gaseosa, agua y pan.
– El menú especial de buey incluye: vino o cerveza, gaseosa, agua y pan.
– Todo lo que se pida fuera del menú se cobrará aparte.
– El cambio del primer plato por otro del MENÚ DEL DÍA tendrá un suplemento de 2€.

en la sala Caja Segovia, Pavel Smid dobló sesión con 'Una clase sobre el tiempo', un relato con estructura de cuento tradicional y moraleja sobre el ritmo vital a través de los hermanos Rapidito y Lentito. Una clase de 'tiempología' para aplacar a los apresurados e inyectar salero a los perezosos. «Lo importante es vivir a tiempo», concluye el maestro checo.

Dan Bishop dobla hoy la repesentación para quienes disfrutan del clásico 'Punch and Judy'

Y aunque fuera ya del horario lectivo, escolares eran también quienes formaron el grueso del público que apuró la penúltima jornada de actuaciones en los patios, como la de Titiriteros de Binéfar en el Centro de Interpretación de San Lorenzo, o en los escenarios singulares como la caravana de La Meandre, uno de los montajes más aplaudidos de la edición.

Pekenio Náhuel, el pasado viernes en la avenida del Acueducto. :: A. A.

Fuera de programa: el festival 'off'

Viajó desde Barcelona y se plantó en Segovia a las cuatro de la madrugada para ser el primero en apuntar su nombre en la pizarra de la avenida

:: A. A.

SEGOVIA. Pekenio Náhuel forma parte ya de la historia de Titirimundi, aunque su nombre nunca ha figurado en el programa, por el momento. Él ha sido el primer artista que ha actuado en el denominado 'espacio de libre actuación', en la avenida del Acueducto, un método que Titirimundi estrena y prueba este año para regular el 'off'. Cada día por la mañana se recoge la demanda de actuaciones que están fuera del programa oficial y, si hay más compañías que horarios disponibles (diez pases diarios), se realiza un sorteo para decidir quién y en qué horario hará sus representaciones.

«Valoramos la buena predisposición del Festival, un sistema que persigue que podamos actuar sin que nos eche la Policía. Pero es un arma de doble filo: al estar habilitado este espacio, significa que en otros pueden multarnos o echarnos. Está empezando a gestarse, hay gente a favor y en contra, pero hay que ver cómo funciona», explica.

Él hizo un largo viaje desde Barcelona y se plantó en Segovia a las cuatro de la madrugada del primer día del Festival; así que a la hora de inscribir su espectáculo en la pizarra, fue el primero. «Creo que es bueno que estemos también quienes no figuramos en el programa, porque hay gente que viene de lejos y está bien que no se vayan sin ver nada por no tener entradas o por estar los espacios abarrotados».

La novedad de este año ha sido el 'espacio de libre actuación' para regular los horarios

Pekenio Náhuel se define como «un bufón» que basa sus actuaciones en el humor. «Provoco y hago reír a los espectadores. Si tú das, el público da; si avanzas, avanza contigo», explica. «Yo he elegido esta vida, el camino del arte, y lo que quiero es actuar en la calle. Es una opción hermosa pero también una especie de condena, porque cada vez nos ponen más trabas y es complicado tener un sueldo digno».

De aquí se marchará a Galicia, País Vasco, Valladolid... pero apurará hasta el último día de Titirimundi con sus bufonadas al aire libre, sin más reglas que la risa y la complicidad.

Aspace dedica su tercera jornada de formación a la epilepsia infantil

La asociación pretende dar respuesta a las dudas de los cuidadores y del personal sanitario sobre esta dolencia

:: EL NORTE

SEGOVIA. Aspace Segovia desarrollará mañana en el salón de actos delHospital General sus III Jornadas de Formación para profesionales y familiares, en esta ocasión dedicada a la epilepsia infantil con un enfoque global. La asociación ha decidido abordar este tema porque es una problemática muy común a las personas con algún daño neurológico, bien por antecedentes genéticos o por otra serie de causas.

Apuntan los responsables de Aspace Segovia que «dentro de los tratamientos nos encontramos con afectados que sufren epilepsia refractaria pero no hay medicación que les pueda tratar la sintomatología», de manera que son casos que se consideran «muy complicados» y esto «pone en riesgo la vida del afectado, generando por ello una gran inquietud en los familiares que se encargan de los cuidados».

Por esta razón se ha diseñado una jornada, con entrada libre y reconocimiento de créditos formativos, que «pretende dar respuesta a las dudas de los cuidadores y sobre todo del personal sanitario que tendrá que enfrentarse en su desarrollo profesional con alguno de estos casos».

La formación será presentada por el delegado territorial de la Junta, Javier López Escobar, y el gerente territorial de Salud, José Manuel Vicente, comenzarán las ponencias técnicas: 'Epilepsia asociada al daño neurológico, con el doctor Juan José García Peña, del Servicio de Neurología del Hospital del Niño Jesús (Madrid); 'La Dieta Cetogénica', por la doctora Elvira Cañedo, del Servicio de Nutrición del mismo centro; y 'Los Nuevos tratamientos en Epilepsia Infantil', por Luis Albajara, director de la Unidad de Pacientes Complejos del Hospital de la Paz de Madrid.

Experiencia

Para concluir la jornada se tratará la experiencia de los pacientes con la intervención de la Asociación de Personas con Epilepsia de Castilla y León, ASPEcyl, formada recientemente en Salamanca por afectados por esta patología, una entidad sin ánimo de lucro, con proyección regional, cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas con epilepsia y de sus familias, atendiendo a la defensa de sus derechos y a sus necesidades sanitarias, educativas, laborales y sociales. La charla será impartida por Jesús Alberto Martín Herrero, presidente de la asociación.

El 'cuponazo' del viernes deja en la ciudad un premio de 25.000 euros

:: EL NORTE

SEGOVIA. La suerte de los juegos de azar ha vuelto a hacerle un guiño a Segovia. Esta vez ha sido la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE) la que ha dejado en la ciudad un pellizquito de 25.000 euros. Como dice el director de la agencia segoviana de la asociación, Claudio Congosto, «iniciamos la primavera con fortuna».

Ricardo Guijarro.

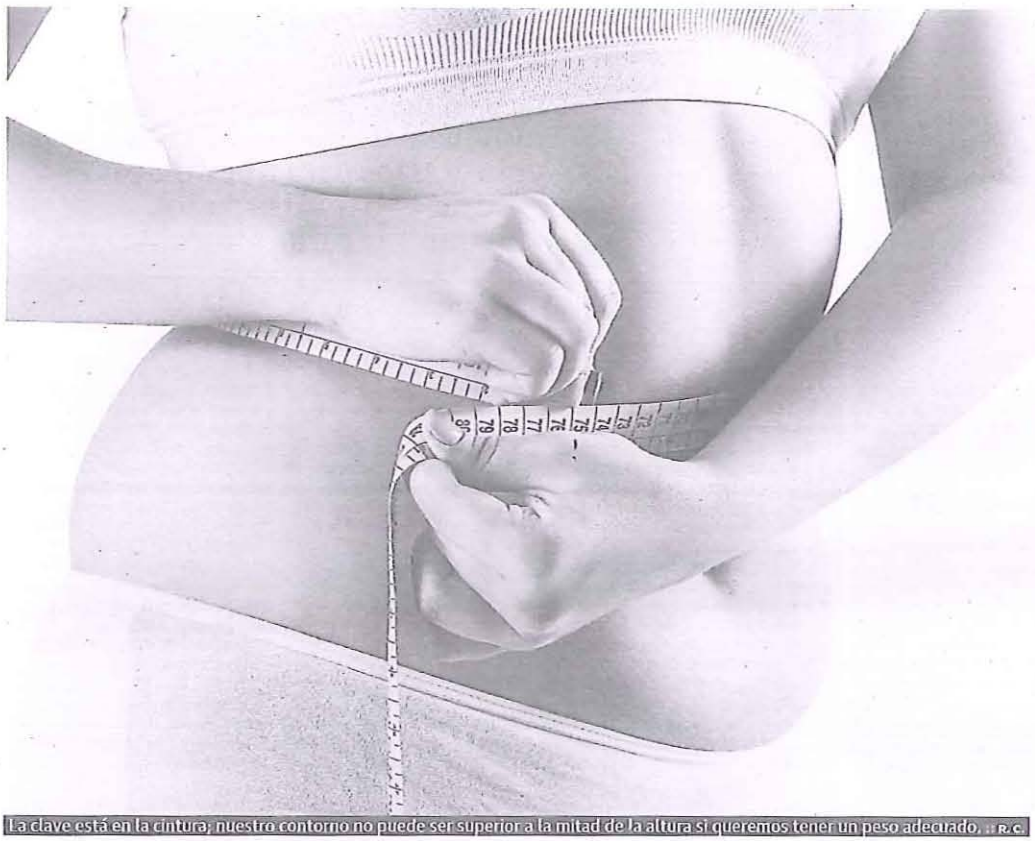
El encargado de vender, este viernes pasado, el cupón agraciado, es Ricargo Guijarro, quien desde hace seis años trabaja con la organización en la tarea de intentar repartir suerte en forma de dinero a través de los distintos sorteos y juegos que ofrece la ONCE. El vendedor suele estar con sus cupones en la concurrida zona de la Plaza Mayor de la capital segoviana y otras calles céntricas.

Hidráulica
Neumática
Rodamientos
Estanqueidad
Latiguillos
Transmisión

921 44 12 44
C/Somosierra 7. Pol. Ind. El Cerro. Segovia
www.hins.es
hins@hins.es

HINS S.L.
SUMINISTROS
Hidráulica, neumática y transmisiones

Lubricación
Instrumentación
Herramienta
Seguridad
Compresores
Tornillería



La clave está en la cintura; nuestro contorno no puede ser superior a la mitad de la altura si queremos tener un peso adecuado. :: R. C.

La gordura ya no es lo que era

Expertos cuestionan la fiabilidad del Índice de Masa Corporal a la hora de declararnos obesos

:: IRMA CUESTA

Toda la vida cruzando los dedos cada vez que el médico nos anunciaba que se disponía a calcular nuestro Índice de Masa Corporal (IMC) porque del resultado de la famosa fórmula dependería salir de allí en busca de un nutricionista, y ahora resulta que no es concluyente; o lo que es lo mismo, que uno puede tener un IMC por encima de lo que se considera adecuado y, sin embargo, estar hecho un adonis. Tras décadas en las que el método ha sido una suerte de prueba irrefutable de nuestro exceso de peso, algunos expertos cuestionan su fiabilidad. Basado en la altura y el peso, el IMC no solo no tiene en cuenta que la grasa pesa menos que los músculos, sino que no valora los lugares donde esta se acumula.

Una de las defensoras de esa teoría que echa por tierra nuestra fe –casi ancestral– en ese indicador como oráculo del nivel de adiposidad es la profesora de Nutrición y experta en obesidad de la Universidad de Barcelona Laura Isabel Arranz. La doctora afirma que calcular la ratio entre la altura y el perímetro de la cintura es mucho más efectivo que determinar el IMC y que, en una persona sana, el perímetro de la cintura debería ser ligeramente inferior a la mitad de su altura. «Está claro que el IMC no es el dato que más información proporciona sobre el exceso de peso, entendiéndolo como exceso de grasa. Desde luego que nos da una idea, sobre todo en un individuo adulto no deportista, pero hay otras maneras de manejar más información. Puedes tener alto el IMC porque estás musculado o eres especialmente fibroso pero no padecer exceso de grasa. O, al contrario, ser una persona tirando a delgada pero en tu delgadez tener más grasa de la que deberías», explica la dietista nutricionista.

Alineada con la utilización del llamado Índice Cintura-Altura (ICA), Arranz mantiene que se trata de la manera más rápida y segura de diagnosticar un exceso de grasa en un lugar en el que, además, resulta particularmente poco recomendable acumularla. «Incluso es más motivador para el paciente. Ajustar el IMC es lento. Sin embargo, cuando uno toma esa otra referencia, la de altura y cintura, puede ver cómo, con cierta rapidez, se va acercando a los parámetros deseables si toma las medidas adecuadas».

> «Puedes tener alto el IMC porque estés musculado pero no padecer exceso de grasa»

Aun así, Laura Isabel Arranz entiende que se sigan echando cuentas con nuestra altura y peso porque, obviamente, si el IMC es alto es posible que estemos acumulando grasa donde no deberíamos y el riesgo de padecer determinadas enfermedades se multiplicará por mil. Por eso, si alguien cree que en el próximo reconocimiento médico pasarán por alto su IMC, se equivoca. Especialmente después de conocer que un estudio de un grupo de investigadores de la Universidad de Granada sobre una muestra de 60.000 personas concluye que el IMC es un predictor casi infalible de riesgo futuro de morir por enfermedad cardiovascular.

El predictor más potente

En su trabajo, los autores se plantearon si realmente una medida precisa de la grasa corporal sería un predictor más potente de mortalidad por causa cardiovascular que el simple, barato y rápido de medir el Índice de Masa Corporal. Para sorpresa de muchos, el resultado fue justo lo opuesto: el IMC constituye un indicador significativamente más valioso que el porcentaje graso en la predicción del riesgo de degeneración cardiovascular. Incluso cuando el análisis se restringió a la mitad de la muestra (30.000 personas) con estimación de la grasa corporal medida por el método de referencia del pesaje histrostático, extremadamente caro y complejo, el IMC se reveló como el mayor predictor de mortalidad.

Al preguntar a Francisco Ortega, el científico que ha estado al frente de la investigación, cómo es posible que el IMC prediga mejor las enfermedades cardiovasculares que indicadores precisos de la cantidad de grasa que acumula una persona, la respuesta fue en términos de «hipótesis posible»: que no solo grandes cantidades de grasa se asocian con mayor riesgo, sino quizás también grandes cantidades de músculo o masa no grasa. El hecho es que la fórmula que propuso por primera vez el patriarca de la estadística Adolphe Quetelet en el año 1832 se sigue usando en todo el mundo para definir cuándo una persona tiene sobrepeso (IMC≥25kg/m) u obesidad (IMC≥30kg/m). Es lo que hay.

¿ESTÁ USTED GORDO?

IMC≥30kg/m

Adolphe Quetelet (Gante, 1796), un matemático de esos que hacen historia, fue el descubridor de la fórmula mágica que derivaría en el Índice de Masa Corporal (IMC). Él es el responsable de que hoy en día, si el resultado es ≥30kg/m, nos declaren oficialmente gordos. Desde que Quetelet nos dijo cómo descubrirlo, la fórmula ahora cuestionada ha aparecido en más de 10.000 artículos científicos.

MARIANO CASADO BLANCO • *Médico forense y profesor de Medicina Legal. Premio Nacional de Derecho Sanitario*

El doctor Mariano Casado Blanco es médico forense y profesor de Medicina Legal en la Universidad de Extremadura. En febrero de 2016 fue galardonado con el III Premio Nacional de Derecho Sanitario junto a Juan Calixto Galán, y desde hace unos meses forma parte de la **Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial**. En el próximo Congreso Nacional de Deontología Médica que se celebrará en Segovia compartirá mesa redonda con Agustín Zamarrón, en un debate sobre la objeción de conciencia que moderará el doctor Javier Manzanares.

«La objeción de conciencia no implica abandono del paciente»

A. V. / SEGOVIA

—En el próximo Congreso de Deontología le ha tocado 'bailar con la más fea'... ¿Es la objeción de conciencia el tema más subjetivo entre todos los que se van a abordar en Segovia?

—Bueno, no diría yo eso, ya que el tema de la objeción de conciencia, aunque es un tema realmente complejo y con muchas aristas, constituye uno de los dilemas más importantes frente al que se encuentra el médico cuando tiene que combinar sus propias creencias —que tiene derecho de creer y defender— y los supuestos sobrevenidos por las normas legales y circunstanciales de nuestra sociedad.

No lo calificaría de tema subjetivo, sino todo lo contrario; piense en la aplicación de la objeción en temas como interrupción voluntaria del embarazo, transfusiones de sangre, sedación al final de la vida, gestación subrogada... Sí problemático; sobre todo teniendo en cuenta que la conciencia es una instancia que aparece directamente ligada a la razón.

La conciencia es una voz interior que pretende señalar el camino de la acción, siempre tras la correspondiente deliberación personal, con lo dado por el orden de la razón. Y eso, simplemente se constituye en ley moral. Para la cuestión que me plantea es fundamental, ya que en nuestro ámbito se hace particularmente difícil, por diferentes razones, el establecer relaciones absolutas entre la ley moral y la ley civil. Y ahí es donde aparece la objeción de conciencia, como la negativa del médico a dar cumplimiento a una norma recogida en el ordenamiento jurídico, por entender que ésta es contraria o incompatible con el respeto a un valor moral que es percibido por su la propia conciencia médica.

—¿Hasta qué punto Medicina y creencias deben encontrarse en un espacio común?

—Si aplicamos esto al binomio creencias y proceso salud-enfermedad, es evidente que constituyen un espacio común. Si analiza someramente la situación socio-sanitaria actual, se podrá dar cuenta de que los primeros lugares lo ocupan enfermedades en las que la propia conducta humana desempeña un importante papel de protagonista tanto en su aparición como en su evolución. Por tanto, todo hace indicar que el hombre se ha convertido además en un elemento perjudicial para sí mismo, pasando así a constituir un mayor interés para la Medicina.

—Aborto o maternidad homosexual son algunos de los asuntos que a menudo se ven envueltos en debates sobre la objeción de conciencia; ¿Cuál sería el porcentaje aproximado de médicos en España que tiene una misma postura sobre el asunto? Es decir, ¿existe realmente un debate con peso en torno a la objeción de conciencia?

—Plantea dos supuestos que darían mucho para poderle contestar. Por un lado, la Ley de interrupción voluntaria del embarazo permite la objeción de conciencia del médico, pero aunque se reconozca este derecho del médico, igualmente se reconoce el derecho de la mujer a poder hacer uso del mismo para interrumpir su gestación. De esta manera, los médicos deben hacer compatibles sus convicciones morales con la obligación profesional de atender a los ciudadanos que requieren determinadas prestaciones legalmente establecidas.

Tras la aprobación de la Ley del año 2010, mucho se debatió sobre la necesidad o conveniencia de que existiese un registro de médicos objetores y nada se consiguió de una forma unitaria y consensuada. Por ello no es posible hablar de porcentajes de médicos objetores. Este registro se marcaba como objetivo una finalidad simplemente organizativa de los diferentes servicios sanitarios autonómicos y trataba de hacer compatible de forma ordenada la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo con el ejercicio de la objeción de conciencia por los profesionales.

Abundando un poco más, sí es conocido cómo la inmensa mayoría de los médicos del sistema público de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas manifestaron de forma individual su objeción a esta práctica.

Por lo que respecta a la denominada 'maternidad subrogada', hay que indicar que no existe regulación legal alguna en nuestro país, ni se le espera por ahora, por tanto no se plantea la objeción de conciencia cuando no existe tal regulación, y que además en España está prohibida por Ley.

—Usted es forense y deduzco que se encuentra con casos de violencia de género, salpicados también de violencia y agresiones sexuales, ¿hasta qué punto resulta complicada la comprensión, por parte de la sociedad, de la objeción de conciencia en estos casos?

—Me hace referencia a una tema muy interesante y de gran compromiso médico, donde el ámbito sanitario en general y el médico en particular tiene mucho que hacer y qué decir.

En este tema es evidente que no cabe la posibilidad de manifestar una objeción de conciencia, y además ¿objeción a qué? La obligación que tiene aquí el médico es el preguntar, detectar y actuar ante los casos de violencia de género. Bien es cierto que se plantean dilemas con respecto a la actuación; si esta ha de ser urgente o por el contrario se puede demorar, siempre en base a los hechos y circunstancias del caso.

—¿Cómo debe explicarse a una familia que espera una respuesta médica el concepto de la objeción de conciencia?

—Es nuevamente complicado, pues si resulta difícil en algunas ocasiones la información de cualquier proceso asistencial, más difícil puede resultar este tema. Hay que hacer ver a los familiares que la objeción de conciencia es un derecho que el médico tiene y que hacer uso del mismo no implica un abandono del paciente, pues el mismo médico que se manifiesta objetor debe facilitar que la atención al paciente sea llevada a cabo.

Además, resulta difícil que esta situación se pudiera dar en la práctica, pues uno de los elementos esenciales para poder ejercer la objeción de conciencia es que el médico muestre su postura y su posición en el momento de comenzar a trabajar en un determinado centro sanitario o en un servicio médico, lo cual conlleva a que ese específico médico no tenga que llevar a cabo un determinado acto para el que previamente se ha mostrado y manifestado su objeción de conciencia.

—Del mismo modo que hay médicos que se oponen a determinadas prácticas, hay personas que se oponen a determinados tratamientos o vacunas; Supongo que es complicado pedir que no se aislen las creencias de la Medicina, cuando la propia Medicina pide en otros casos que éstas sean dejadas a un lado...

—Actualmente la Medicina se mueve por el denominado Principio de la Autonomía, el cual determina y establece que el protagonista del proceso asistencial es el paciente y por tanto este tiene derecho a estar informado sobre su proceso y consecuentemente permitir o "consentir" la realización del acto médico propuesto. Bien es cierto que no hay derechos absolutos y que las normas legales establecen circunstancias y mecanismos para actuar sin previa información y sin el consentimiento del paciente.

—Teniendo en cuenta que el Código de Deontología Médica de 2011 es el primero que dedicaba un capítulo específico a este asunto... ¿qué futuro le augura a la objeción de conciencia?

—Actualmente estamos en fase de revisión y modificación del Código de Deontología Médica y, por supuesto desde que fuese aprobado el actual, en el año 2011, hay temas muy actuales entre los que se puede citar la objeción de conciencia como tema que ocasiona dilemas y conflictos a los médicos.

Las cuestiones sobre su futuro pueden resumirse, en primer lugar en el debate sobre si es necesaria o no una regulación legal de la objeción de conciencia, y ello en base a que, si no existe tal regulación, sólo de forma excepcional podría conseguirse en los tribunales el reconocimiento del derecho a objetar por parte del médico.

En cierta manera sería deseable, para que así no pueda ser admitida cualquier objeción al cumplimiento de la ley por la sola mención de que se trata de una cuestión de conciencia.

Alberto Sanz (i), José María Redero y Antonio Vecino, junto a una representante de la Diputación. :: ÓSCAR COSTA

El número de nuevos pacientes psiquiátricos se incrementa un 30% en cinco años

«Los recursos son insuficientes para atender bien», afirma José María Redero, psiquiatra del Centro de Salud Mental de Segovia

:: L. J. G.

SEGOVIA. El número de pacientes nuevos que reciben tratamiento en el Centro de Salud Mental de Segovia, dependiente de la Junta, se ha duplicado en los últimos 15 años, desde el millar contabilizado a principios de siglo hasta superar ampliamente los dos mil. Se trata de consultas psiquiátricas tanto a personas que acuden por primera vez a solicitar atención médica como a aquellas que recayeron e inician un nuevo tratamiento. En los últimos cincos años, la cifra ha aumentado aproximadamente un 30%: de unos 1.500 a 2.300). La crisis ha tenido un impacto en la llamada demanda del malestar, que comprende situaciones de desempleo, problemas de vivienda o para vivir dignamente, o conflictos de familias o pareja, explica José María Redero, psiquiatra del centro.

Redero asistió ayer a una mesa redonda sobre psiquiatría en el salón de plenos de la Diputación de Segovia junto a Antonio Vecino, también psiquiatra del centro, y Alberto Sanz, responsable del área en la Diputación. «La prestación de cuidados que damos ahora es más compleja y diversa que hace 15 años. Las patologías menores, que antes no se atendían, nos llevan una cantidad de recursos muy importantes. Desde mi punto de vista, los recursos son insuficientes para atender bien», señala Redero.

Este psiquiatra se muestra crítico con que la investigación psiquiátrica esté «absolutamente monopolizada por la industria», debido a la eficacia de los psicofármacos, hasta el extremo de suponer un factor en el cierre de centros hospitalarios integrales. «Es mucho más fácil de medir el efecto de una pastilla que una intervención social o una visita a domicilio», subraya. Sin embargo, un estudio realizado en los años 2014-2015 sitúa el gasto en estos fármacos en Segovia por debajo de la media regional. En términos generales, el gasto ha caído en el último lustro, algo que se explica en parte por la proliferación de los medicamentos genéricos, que son más baratos.

Provincia a la vanguardia

Antonio Vecino, que trata a una veintena de nuevos pacientes cada mes, incide en que Segovia fue desde los años ochenta una de las provincias situadas a la vanguardia en la prestación de un tratamiento más personal. «En Segovia ha habido un buen ratio de los profesionales de psiquiatría y una atención personalizada, lo que explica en parte la reducción de fármacos. Más tiempo con los pacientes y más relación con los servicios sociales... Nosotros tenemos que lograr un equilibrio entre la eficacia de los psicofármacos, que a corto plazo nadie va a discutir, y no dejar a una persona anulada».

El progresivo envejecimiento de la población supone un reto añadido, porque el mayor gasto lo generan las personas con patologías crónicas. «Aumentan los factores demenciales o seniles y el problema económico de atenderles. Los ancianos empiezan a ser excluidos y no conviven en el núcleo familiar», incide Vecino. «El sistema público tiene que hacer política sanitaria y jerarquizar», subraya.

En el núcleo del debate está la paradoja que pone de manifiesto Redero: «Atendemos más los trastornos que menos lo necesitan» Las circunstancias socioeconómicas agrandan este primer círculo de la atención sanitaria. Vecino apunta a que el resultado es que somos más débiles: «Es el concepto de depresión extendido a cualquier malestar. Por ejemplo, la muerte estaba integrada socialmente hasta hace no tanto. El ciclo de la vida estaba muy asumido».

Frater celebra la mesa redonda sobre los retos de las personas con discapacidad

:: EL NORTE

SEGOVIA. La Fraternidad Cristiana de Enfermos (Frater) en Segovia celebra hoy, a partir de las 18:30 horas y con entrada libre, la mesa redonda 'Discapacidad: Reto del día a día', en el marco de la exposición de pintura 'Nuestras capacidades superan nuestras limitaciones' de la artista Carmen García Moreno, que se puede visitar en el Centro Social 'Corpus'. La mesa redonda será en la Sala Fundación Caja Segovia.

Frater Segovia señala que, según los datos nacionales de 2010, más de 3,5 millones de personas, el 8% de la población, manifiestan «algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial». Para el año 2020, esta proporción aumentará hasta un 10%. Para Frater Segovia es importante concienciar sobre la discapacidad como «la posibilidad de vivir mermado de dignidad» en una sociedad que construye toda la ciudadanía y que tiene que trabajar por una dignidad y el bienestar, «en especial de las personas que parten con desventaja».

Para reflexionar sobre este asunto, y con motivo de la exposición 'Nuestras capacidades superan nuestras limitaciones', Frater ha organizado una mesa redonda, en la Sala Fundación Caja Segovia, centrada en el problema de la accesibilidad, con las intervenciones de la pintora María Carmen García Moreno; la gerente territorial de Servicios Sociales de la Junta, Carmen Well; el concejal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Segovia, Andrés Torquemada; el Defensor de la Ciudadanía de Segovia, Rodrigo González, y el presidente nacional de Frater España, Enrique Alarcón, informa Ical.

Mañana, también en la Sala Fundación Caja Segovia, se proyectará la película 'Una razón para vivir', con entradas al precio de un euro. La recaudación irá destinada a las actividades de sensibilización e integración que desarrolla Frater.

DE PABLOS
CORREDURÍA DE SEGUROS
Paseo Conde de Sepulveda 19 Tfno. 921 42 05 84 Fax. 921 44 24 75
correduriá@segurosdepablos.es www.segurosdepablos.es
50 Años en Buenas Manos
LOS RIESGOS DE SU VIVIENDA CON LAS MEJORES GARANTÍAS. CON UNA PRIMA EXCEPCIONAL Y BONIFICACIÓN GARANTIZADA. AHORRE EN EL SEGURO DE SU VEHÍCULO SIN RENUNCIAR A COBERTURAS, LE REALIZAMOS PRESUPUESTO EN ASEGURADORAS DE RECONOCIDO PRESTIGIO
SOMOS ESPECIALISTAS EN SEGUROS. LE ATENDEMOS DE PERSONA A PERSONA

▶ SANIDAD

Los cambios del calendario de vacunación reducen pinchazos a los niños

Cerca de un millar de recién nacidos se libran de la primera vacuna de hepatitis B

• La inmunización frente a sarampión, rubeola, parotiditis y varicela de los tres años se hará en una sola aplicación y no en dos como se venía efectuando.

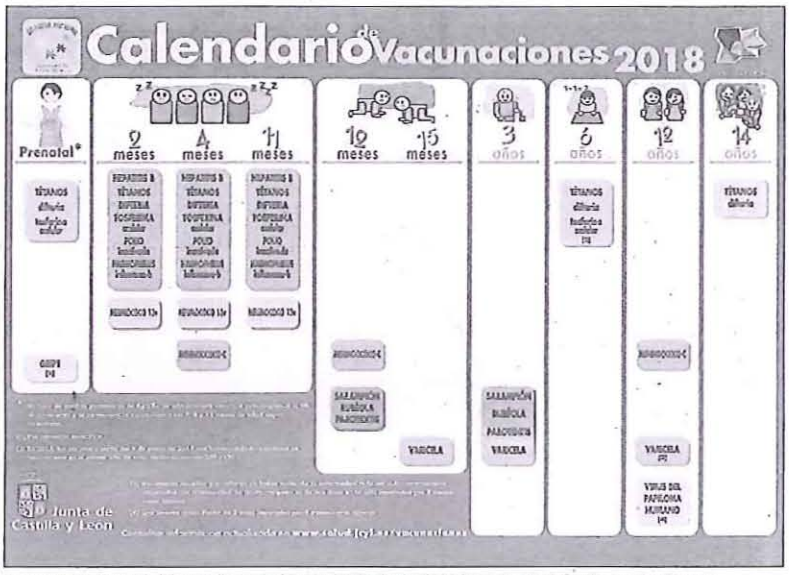
P. B. / SEGOVIA

El calendario de vacunación infantil de 2018 que ha entrado en vigor este mes no incorpora ninguna vacuna nueva y reduce la aplicación de dosis de las que se venían administrando, evitando pinchazos a los niños segovianos y su paso por los centros de salud. Los cambios introducidos afectan principalmente a los recién nacidos y a los niños de tres años.

La Consejería de Sanidad de Castilla y León ha eliminado la dosis de la vacuna de hepatitis B en bebés recién nacidos de forma rutinaria. Con este cambio, la nueva pauta de vacunación será de tres dosis que se administrarán a los dos, cuatro y once meses de edad, con vacuna hexavalente.

Tan sólo se pondrá esta vacuna a los recién nacidos de madres portadoras de este virus, al mismo tiempo que la Consejería de Sanidad mantiene la dosis de inmunoglubinaHB en las primeras 12 horas de vida. Para estos niños la pauta será de cuatro dosis a los 0, 2, 4 y 11 meses.

El Servicio Territorial de Sanidad explica que las mujeres embarazadas deben realizarse una analítica para el cribado prenatal de la hepatitis B, cuyos resultados condicionan la pauta vacunal de su bebé.



La Consejería de Sanidad de Castilla y León ha actualizado el calendario de vacunación infantil para este año. / E.A.

De esta forma, la mayoría de los cerca de mil niños que cada año nacen en Segovia no recibirán su primera vacuna inyectada hasta los dos meses de vida.

Otro cambio introducido es que la inmunización frente a sarampión, rubéola, parotiditis y varicela de los 3 años de edad se realizará mediante una vacuna tetravírica. Hasta ahora los niños de tres años recibían dos, una triple para prevenir sarampión, rubeola, parotiditis, y otra, solo para varicela.

ADOLESCENTES La vacunación de las niñas frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) se realizará administrando la primera dosis al cumplir los 12 años de edad y la segunda al menos 6 meses después. A partir de enero de 2019 se vacunarán las niñas nacidas en 2007. El principal cambio en este caso radica en que Sanidad no va a llevar a cabo la campaña específica de información y captación que venía haciendo hasta ahora, —con envío de carta a las familias a través de los centros educativos— en la que se establecían unas fechas de inicio de las vacunaciones. Cada niña acudirá a su centro de salud a recibir la dosis cuando cumpla los 12 años y seis meses después.

Adelántate al Mundial de Rusia y disfruta de la Nueva Serie Especial GO! Anótate un tanto y llévate un Hyundai i10, i20, i30 o TUCSON con la mejor equipación del Mundial y un precio de campeonato. Ahora puedes tener un Hyundai TUCSON Serie Especial GO!, con llantas exclusivas de aleación de 19", navegador táctil con TomTom Live y conectividad Android Auto™ y Apple CarPlay™, faros delanteros tipo LED, asientos calefactados y llave inteligente con botón de arranque y detector de proximidad. Disfruta de la mejor equipación del Mundial con la Nueva Serie Especial GO!
Acércate a tu concesionario Hyundai o visita hyundai.es/serieespecialgo/

Os esperamos el domingo 20 de mayo en nuestro Kick&Go! Feria del Automóvil

SEGOHYUN
C/ Peñalara, 6. P.I. "El Cerro". 40008 SEGOVIA. Telf. 921 41 31 29

HYUNDAI

Gama Hyundai: TUCSON Emisiones CO_2 (gr/km): 119-175 Consumo mixto (l/100km): 4,6 – 7,5. i20: Emisiones CO_2 (gr/km): 97-143. Consumo mixto (l/100km): 3,7-6,2. i30 5p: Emisiones CO_2 (gr/km): 95-125. Consumo mixto (l/100km): 3,6-5,5.
La garantía comercial de 5 años sin límite de kilometraje ofrecida por Hyundai Motor España S.L.U a sus clientes finales es sólo aplicable a los vehículos Hyundai vendidos originalmente por la red oficial de Hyundai, según los términos y condiciones del programa de servicio. Consulta los condiciones de oferta, mantenimiento y garantía en la red de concesionarios Hyundai o en www.hyundai.es

▶ SANIDAD

Aumenta un 30% el número de pacientes psiquiátricos en cinco años

Alberto Sanz, José María Redero y Antonio Vecino participaron en una mesa redonda que tuvo lugar en el Salón de Plenos de la Diputación sobre la evolución de la Psiquiatría

E.A. / SEGOVIA

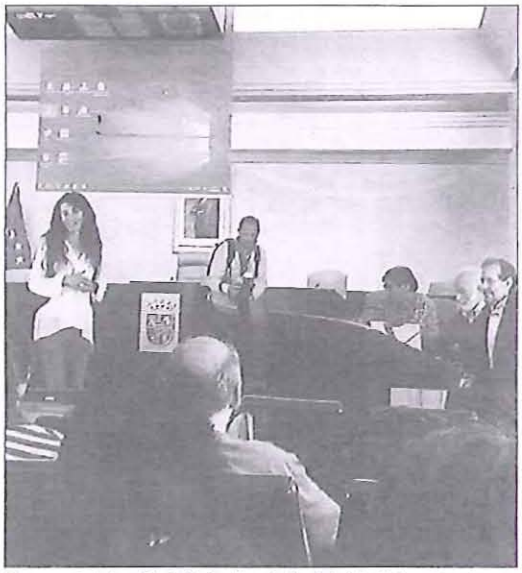
El Centro de Servicios Sociales 'La Fuencisla', dependiente de la Diputación de Segovia, se encuentra inmerso en la celebración del 75 aniversario de su inauguración y dentro de las actividades programadas, ha tenido lugar una mesa redonda sobre la evolución de la atención psiquiátrica, en el Salón de Plenos de la Diputación de Segovia.

En esta conferencia, participaron como ponentes los doctores Alberto Sanz, jefe de sección y coordinador de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del C.S.S. 'La Fuencisla', y José María Redero y Antonio Vecino, psiquiatras del Centro de Salud Mental 'Antonio Machado'. Las intervenciones ofrecieron una revisión de la evolución de la atención psiquiátrica, de la actuación de las instituciones, dedicando un apartado especial a las diputaciones, del marco legislativo y llegando a la reforma psiquiátrica.

Los ponentes coincidieron en apuntar que el número de pacientes psiquiátricos se ha incrementado un 30% en los últimos cinco años en la provincia de Segovia y que los recursos son insuficientes para atender bien las necesidades de los enfermos. Además, los especialistas apuntan como causa de este incremento que ahora se tratan las patologías llamadas menores que antes no se atendían, además de que la prestación de cuidados que se realizan ahora es mucho más compleja.

Por otro lado, los ponentes aseguraron que Segovia ha sido desde los años ochenta una de las provincias situadas a la vanguardia en el tratamiento más personal del paciente, lo que ha permitido reducir el número de fármacos.

LAS VOCES DE LA SALUD MENTAL Los asistentes también pudieron visionar algunos fragmentos del documental 'Las voces de la salud mental', realizado por el doctor Redero con motivo del 25 aniversario de la reforma psiquiátrica.



Un momento de la sesión dedicada a la evolución de la Psiquiatría en Segovia./ E. A.

▶ ECONOMÍA

La Diputación abre la convocatoria de ayudas a nuevos emprendedores

E.A./ SEGOVIA

El Área de Promoción Económica de la Diputación ha abierto la convocatoria 2018 para la concesión de subvenciones a nuevos emprendedores ubicados en la provincia de Segovia. Este año se destinarán 21.000 euros para las ayudas directas y se completará con una formación de 16 horas a los proyectos mejor valorados, donde se trabajarán aspectos como el Plan de Viabilidad, Marketing, Contabilidad y Técnicas de Comunicación y se harán también procesos de mentorización individualizados.

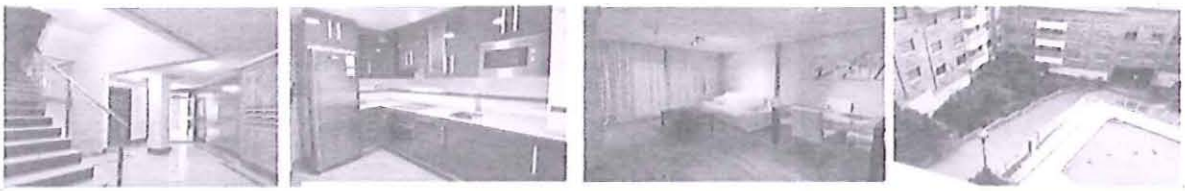
Las ayudas se destinan a trabajadores por cuenta propia cuya fecha de alta en el régimen especial de trabajadores autónomos o en la mutualidad del Colegio Profesional correspondiente se date entre el 12 de agosto de 2017 y el 11 de mayo de 2018. El plazo para solicitar la ayuda expira el 4 de junio de 2018; y el servicio de Promoción Económica se comprometen a resolver las ayudas en treinta días a contar desde la finalización del plazo de presentación.

¡¡ APROVECHE NUESTROS NUEVOS PRECIOS !!

navisa

Edificio " MANZANA GOLDEN "

FINANCIACIÓN HASTA EL 100 % DESDE 590 €/MES



¡VISITE EL PISO PILOTO!

Promoción de 86 viviendas,
Pisos de 1, 2, 3, 4 dormitorios y dúplex.
Patio con zonas ajardinadas y piscina.
Con un cuidado diseño y una selección de materiales de primera calidad

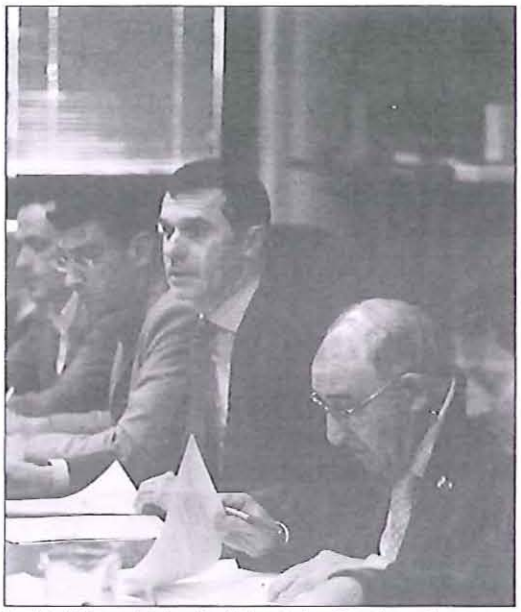
VIVIENDAS, LOCALES, GARAJES Y TRASTEROS

OFICINA C/ Santo Tomás 2, 40002 Segovia, Tel. 921 43 43 66, Fax: 921 43 44 32
segovia@gruponavisa.com . www.inmobiliarianavisa.com

▶ DEMOGRAFÍA

El grupo de Emigración valora las medidas de apoyo a los ciudadanos en el exterior

Más de 2.000 castellanoleoneses retornaron a la Comunidad en 2016, un 23% más que la cifra registrada durante el año anterior



Reunión del Grupo de Emigración del Consejo de políticas demográficas. / E. P.

EUROPA PRESS / VALLADOLID

Más de 2.000 castellanoleoneses retornaron a la Comunidad en 2016, un 23% más que el año anterior, según se ha puesto de manifiesto durante la reunión del Grupo de Trabajo sobre Emigración que, presidido por el secretario general de la Consejería de la Presidencia, José Manuel Herrero, analizó las actuaciones dedicadas a este colectivo.

En el encuentro participaron representantes de las federaciones de comunidades castellanas y leonesas, de los agentes sociales más representativos de la Comunidad y de la Federación de casas regionales y provinciales en Castilla y León.

En dicha reunión se expusieron las actuaciones dirigidas a la ciudadanía en el exterior que se han llevado a cabo en los últimos meses. Entre otras, se han detallado las ayudas a las personas en situación de especial necesidad, el apoyo a las entidades castellanas y leonesas en el exterior, los programas de retorno temporal, las ayudas para el retorno individual y la colaboración con la Asociación de Retornados.

Durante la reunión del grupo, se analizó la evolución del II Plan estratégico de la ciudadanía castellana y leonesa y el estado de ejecución de cada una de las medidas. Asimismo, se informó de que antes de que finalice la vigencia del II Plan se propondrá a la Junta de Castilla y León que se prorrogue el mismo hasta el 31 de diciembre de 2019.

AYUDAS AL RETORNO El secretario general informó a los presentes del conjunto de actuaciones que se desarrollan por parte de todas las consejerías para apoyar al retorno. Por un lado, destacó la convocatoria de la Consejería de la Presidencia de ayudas individuales que actualmente está vigente, con un crédito inicial de 130.000 euros, destinados a facilitar el retorno y la integración laboral y social de los retornados, así como las becas para cursar un máster en universidades públicas de Castilla y León.

También recordó que en 2018 la Consejería de Empleo mantendrá el carácter prioritario que tiene el retorno en las líneas de ayudas del Servicio Público de Empleo de Castilla y León (ECYL) destinadas a empresas y autónomos para fomentar la contratación y el autoempleo, en las cuales el colectivo de castellanos y leoneses retornados es tratado como preferente, tal y como se refleja en la línea de subvenciones que se ha convocado recientemente, con una cuantía de 5.621.834 euros destinada a fomentar la contratación y el desarrollo de actividades económicas por cuenta propia en la Comunidad de Castilla y León.

Por último, se refirió a las acciones desarrolladas con la finalidad de contribuir al retorno del talento. En esta línea hizo hincapié en las subvenciones convocadas por la Consejería de Educación en 2017, con una cuantía global de más de 24,33 millones de euros, con cargo a diferentes ejercicios presupuestarios.

Concretamente, con cargo al presupuesto de 2018 se prevé un importe de 8.126.666,17 euros, destinados al apoyo a proyectos de investigación, a financiar la contratación de personal técnico de apoyo a la investigación por las universidades públicas de Castilla y León, a la contratación predoctoral de personal investigador y a la contratación de investigadores vinculados a las ayudas concedidas en el marco del programa de fortalecimiento institucional.

Junto a estas subvenciones, la Consejería de Economía y Hacienda ha puesto en marcha el Programa de prácticas ICE, con una dotación de 3 millones de euros, gracias al cual también los residentes fuera de Castilla y León pueden optar a la realización de prácticas para titulados universitarios y en determinadas áreas de formación profesional, en empresas y en otras entidades en los ámbitos de la internacionalización y/o I+D+i.

RETORNADOS Según los datos del INE, en 2016 retornaron a Castilla y León 2.040 personas, de las cuales 1.395 tienen entre 16 y 64 años y 408 entre 0 y 15 años. El total de personas retornadas a Castilla y León en 2016 supone un 23 % más que en 2015 y un 20 % del total de personas que retornaron entre 2007 y 2014.

También de acuerdo con los últimos datos publicados por el INE, 173.681 castellanos y leoneses viven fuera de España, la mayoría de ellos, un total de 109.942, residen en el continente americano. Asimismo, del total de castellanos y leoneses que residen fuera de España, 117.782, es decir, casi el 68%, han nacido ya en el extranjero.

PROYECTO DE DECRETO En lo que se refiere a la tramitación del proyecto de decreto, Herrero ha informado de que el texto tiene como finalidad lograr la continuidad de las comunidades y a la vez establecer una serie de herramientas que permitan desempeñar un nuevo papel adaptado a las necesidades de hoy en día. En la reunión del Grupo se han analizado las principales novedades del proyecto, destacando el secretario general de la Presidencia que únicamente se pretende apoyar y reforzar a las comunidades en el exterior.

Igualmente ha informado de que, en el plazo previsto para ello, se amplió dos veces; en este tiempo se han presentado observaciones por ocho entidades de las más de cien que están reconocidas en la actualidad. A la vista de esas observaciones, a las que se dará respuesta en el Portal de Gobierno Abierto, se elaborará un nuevo texto que se comunicará de nuevo a todas las comunidades.

▶ SANIDAD

Sáez Aguado destaca la "mucha información" que aporta la Red Centinela sobre factores de riesgo

E.P. / SALAMANCA

El consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado, destacó la "mucha información" que aporta la Red Centinela para analizar y valorar factores de riesgo y prácticas sanitarias.

Durante su visita a la Hospedería Fonseca de Salamanca, para participar en la XIII Reunión de la Red Sanitaria Centinela de Castilla y León, el responsable autonómico destacó la labor de esta agrupación de profesionales de la Atención Primaria y del ámbito de la salud pública y de la epidemiología a la hora de monitorizar "problemas de salud".

Según explicó Sáez Aguado, la red, formada actualmente por unas 250 personas, permite monitorizar y analizar "distintos aspectos" para valorar factores de riesgo y para proceder con determinadas prácticas sanitarias.

Así, la tarea les permite presentar estudios, como los que sus promotores han dado a conocer durante la celebración de la reunión en Salamanca, sobre aspectos tales como la resistencia a los antibióticos, los cuidados paliativos o las últimas voluntades.

El consejero explicó que los responsables de este sistema eligen temas y los monitorizan, con sus oportunas notificaciones en los tiempos marcados, lo que permite contar con un sistema "proactivo".

En el mismo acto, Sáez Aguado manifestó que la pasada semana se le olvidó decir a las plataformas en defensa de la sanidad pública, durante el debate que mantuvo con uno de sus representantes, que la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, de la que forman parte "muchas" de ellas, sitúa la atención en la Comunidad "entre las cuatro o cinco mejores de España".

El consejero de Sanidad de la Junta, Antonio María Sáez Aguado (zi). / E. P.

Según Sáez Aguado, se trata de "un dato ilustrativo" que "contrasta con los mensajes de algunas de las plataformas locales", que forman parte de una federación que coloca a Castilla y León en "el grupo de cabeza".

El consejero reconoció que estas organizaciones son "muy activas" en sus reivindicaciones, algo que es "absolutamente respetable", pero ha insistido en que los informes "avalan" las prestaciones que se ofrecen en la Comunidad.

"La sanidad pública de Castilla y León goza de buena salud", recordó a las plataformas, que han efectuado reivindicaciones sobre las que "muchas" de ellas la Consejería está "trabajando" con el propósito de mejorar la atención.

El 10 de mayo las plataformas en Defensa de la Sanidad Pública de Castilla y León y el consejero de Sanidad de la Junta participaron en un dabate 'cara a cara', donde analizaron la situación del sistema asistencial y donde han mostrado sus discrepancias.

EN BREVE

Atropellado un segundo ciclista en dos días

LEÓN
:: EL NORTE. Un varón de 36 años, cuya identidad responde a las iniciales P. M. A., resultó ayer herido como consecuencia de una colisión entre un turismo y una bicicleta registrada en el término leonés de San Andrés del Rabanedo, según informan a Europa Press fuentes del 112. El herido que fue trasladado en UVI móvil al Complejo Asistencial de León. Por otra parte, y en Segovia, la Guardia Civil detuvo también ayer al conductor de una furgoneta que tras atropellar este martes a un ciclista de 46 años en el municipio de Valverde del Majano (Segovia) se dio la fuga, según confirmaron a Efe fuentes de la Subdelegación del Gobierno. Al hombre de 28 años, que fue detenido por una patrulla pocas horas después del accidente, se le atribuyen los delitos de lesiones y de omisión de socorro y el juzgado ha decretado prisión para el mismo.

Fallece en un accidente de quad en Ávila

ARENAS DE SAN PEDRO
:: EL NORTE. Una persona falleció ayer al sufrir un accidente cuando pilotaba un quad en una finca localizada cerca de las Cuevas del Águila, en el término municipal de Arenas de San Pedro (Ávila), según el 112. El siniestro se produjo unos minutos antes de las 14:38 horas cuando los alertantes indicaron que el conductor había resultado herido, según Europa Press.

Un conductor derriba una farola en Burgos

BURGOS
:: EL NORTE. Un hombre resultó ayer herido en un aparatoso accidente registrado en la calle Vitoria de la capital burgalesa, tras perder el control del vehículo y derribar una farola, según confirmaron fuentes policiales. Pese a que la calle estaba muy concurrida a esa hora, no hubo que lamentar víctimas personales, informa la agencia Europa Press.

Un trabajador se queda atrapado en una máquina

BURGOS
:: P. C. El joven de 27 años, V. M. H. H., que la pasada madrugada sufrió un accidente laboral en Johnson Controls Autobaterías de Burgos, evoluciona favorablemente. Tras ser traslado al Hospital Universitario de Burgos, se le sometió a diferentes pruebas, pues recibió un fuerte golpe del brazo mecánico con el que trabaja y que, a continuación, le dejó atrapado.

Dos mil personas desconocen en la región que padecen hepatitis C

Castilla y León ya trata a 4.588 afectados y Sacyl extremará las medidas para buscar casos sin diagnosticar

:: ANA SANTIAGO

VALLADOLID. En Castilla y León son ya –a fecha de abril de 2018 y según datos de Sacyl– 4.688 los afectados por este virus que han sido tratados o lo están en la actualidad aunque se se estima que otros dos mil no están aún diagnosticados. Son datos desde enero de 2015, fecha en la que se puso en marcha el plan estratégico, y que incluyen solo doce casos de presos enfermos. La atención de los presidiarios la realiza y controla Sacyl pero la costea Instituciones penitenciarias.

Los nuevos tratamientos de hepatitis C ya llegan a todos los enfermos de la comunidad, al menos a todos los localizados y registrados como tales dentro del plan estratégico nacional, y a buena parte –todavía falta cobertura– de los que están en las cárceles. También se ha extendido a toda la comunidad el programa piloto del área Oeste de Valladolid para detectar y tratar a los pacientes que «cuentan con un diagnóstico preliminar, pero que deberían ser revisados en los servicios hospitalarios de Aparato Digestivo para decidir sobre su tratamiento», según destacan fuentes de la Consejería de Sanidad.

El paso siguiente es el de la búsqueda activa de pacientes sin diagnosticar todavía, enfermos que ellos mismos desconocen que lo están porque la hepatitis C cuando da la cara, ya lo hace en forma de cirrosis o de cáncer de hígado. De ahí, esa importancia de la búsqueda activa de enfermos, no solo en centros de drogodependencias y otros, sino en las consultas de Atención Primaria. «La recomendación para el médico es que ante cualquier signo de alteración hepática, deben indicar pruebas. Las analíticas ordinarias no lo contemplan y todavía no se recomienda el cribado poblacional», explica Gloria Sánchez Antolín, jefe de Sección de Digestivo-Hepatología en el Hospital Río Hortega de Valladolid y miembro del grupo de trabajo de Sacyl sobre esta patología.

La doctora Gloria Sánchez Antolín es miembro del grupo de trabajo de Sacyl sobre la hepatitis C . :: RODRIGO JIMÉNEZ

Hoy es el Hepatitis Testing Day, un día para recordar la importancia de diagnosticar a tiempo esta grave enfermedad que, en caso de sospecha, puede detectarse con un sencillo análisis de sangre y «un tratamiento a tiempo es totalmente eficaz, se cura. Otra cosa es cuando ya hay cirrosis o un cáncer. Podemos curar la hepatitis C pero no de la misma forma el daño hepático. El problema es que es silente y se puede estar infectado sin saberlo. Por ello, lo recomendable es acudir al médico cuando hay sospechas o conductas de riesgo», asegura la experta.

Explica esta especialista que la detección temprana es fundamental; de ahí, el programa piloto en la zona de salud de su hospital para captar enfermos que pudieran estar en centros de drogodependencias o bajo el tratamiento de otras especialidades como Psiquiatría. «Hemos hecho una búsqueda de estos pacientes, y en este área de salud detectamos 375 casos y, de ellos, 170 fueron los pacientes con indicaciones de tratamiento». Una iniciativa que hoy competirá por el premio de 'Innovaciones en Atención Primaria' del Congreso Americano 2017 que se celebra en Valladolid. La doctora Sánchez Antolín repasa las principales formas de contagio, todas ellas prevenibles.

Así destaca la drogodependencia, también por inhalación; las conductas sexuales homosexuales, es raro entre los heterosexuales. El riesgo está fuertemente ligado a la preexistencia de infección por VIH, habiéndose descrito brotes recientes de hepatitis C entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con o sin infección por VIH. También las personas que se hayan realizado tatuajes, piercings o procedimientos que utilizan instrumental punzante (acupuntura, mesoterapia) sin los controles sanitarios adecuados. Además, «hemos comenzado a detectar, en un estudio de Urgencias del Río Hortega, un pico de edades cada vez más jóvenes por prácticas de riesgo. Hay una relajación en las medidas de prevención».

Además, «hay un 50% de casos que desconocemos su causa; pero el control y tratamiento de los enfermos no erradicaría la enfermedad porque está muy extendida por todo el mundo pero sí podemos hablar del concepto de eliminarla en zonas, como Castilla y León, con un nivel sanitario muy alto»

Las estimaciones de los especialistas apuntan a que hay en España entre 40.000 y 50.000 afectados sin saberlo, unos 2.000 a 3.000 en la comunidad. «De no tratarlos, evolucionarían en cáncer de hígado y, cuando hay daño hepático, el coste sanitario y social es muy alto. Detectados y tratados a tiempo se curan».

Con motivo del día dedicado a la detención de la hepatitis C, el Colegio de Médicos de Valladolid, incide también en la necesidad de la detección precoz y en la eficacia de los nuevos tratamientos.

EL DATO

1.216

pacientes se incorporaron en 2017 al plan de tratamiento. Cada año, se suma un millar. Los últimos son de los de búsqueda activa.

Nueve de cada diez enfermeros se quejan de los estereotipos sexistas

:: EL NORTE

VALLADOLID. Nueve de cada diez enfermeros, de ambos sexos, de Castilla y León creen que aún persisten estereotipos sexistas y retrógrados vinculados con la Enfermería, especialmente con las mujeres, según la encuesta realizada por el sindicato profesional Satse, con motivo de la campaña de información y sensibilización 'Rompe con los estereotipos'.

Según informaron fuentes de la central sindical en un comunicado, un total de 9.257 enfermeras y enfermeros del país, de las cuales 776 eran de Castilla y León, participaron a lo largo del mes de abril en la encuesta de Satse dando su opinión sobre su imagen y reconocimiento social, y sobre la existencia aún de numerosos estereotipos sexistas y retrógrados que suponen un claro obstáculo, e incluso un retroceso, para su desarrollo profesional, informa Ical.

Así, un 92,9% de la enfermería castellana y leonesa asegura que la imagen que se traslada de ellos a través de los medios de comunicación y otros ámbitos no es acorde con sus competencias y funciones reales dentro del sistema sanitario. De hecho, casi nueve de cada diez (86,6%) cree que aún persisten estereotipos sexistas y retrógrados vinculados, especialmente con las mujeres. De igual manera, un 88,79% entiende que la difusión de estos estereotipos supone un claro obstáculo e, incluso, un retroceso, para el desarrollo de su profesión. Asimismo, un 54,45% asegura que conoce compañeros que hayan sido víctimas de comportamientos o comentarios ofensivos vinculados a estereotipos sexistas y retrógrados, mientras que un 34,86% de las enfermeras encuestadas reconoce haberlos sufrido en primera persona

Bajo el lema 'Rompe con los estereotipos', la nueva campaña de Satse, que contempla la distribución de distinto material informativo en los centros sanitarios se está difundiendo desde abril.

SANIDAD

El día 26 comienza a administrarse la segunda dosis de la vacuna del VPH

El virus del papiloma humano es causa de la infección de transmisión sexual más común • A través del programa de detección de cáncer de útero, se han realizado 3.289 citologías

EL ADELANTADO / SEGOVIA

El Consejo de Salud de Área de Segovia se reunió en la mañana de ayer para tratar las novedades en el programa de detección del cáncer de cuello de útero, las modificaciones del calendario de vacunación infantil y los resultados de la campaña contra la gripe.

El responsable del Servicio Territorial de Sanidad, César Montarelo, anunció que la Junta iniciará el 26 de mayo la administración de la segunda dosis de la vacuna frente al virus papiloma humano (VPH) a las niñas nacidas en 2006, que cumplen 12 años en 2018. La aplicación de la segunda vacuna está establecida una vez transcurridos al menos seis meses desde la primera dosis.

El Calendario Oficial de Vacunaciones de la Infancia de Castilla y León incluye la vacunación frente al VPH, dirigida a las niñas de 12 años. Según este calendario, en 2019 se vacunará a las niñas nacidas en 2007. Esta recomendación se realiza para garantizar la máxima efectividad de la vacuna y mejorar su cobertura.

El delegado territorial de la Junta, Javier López-Escobar, presidió el Consejo de Salud de Área de Segovia. / EL ADELANTADO

El virus del papiloma humano es causa de la infección de transmisión sexual más común. La vacunación ofrece una medida adicional para reducir el riesgo de infección por VPH y, por lo tanto, de cáncer de cuello de útero. Las autoridades sanitarias nacionales e internacionales avalan la seguridad de su administración a la edad indicada, y es una vacuna incluida en los programas sanitarios de numerosos países de nuestro entorno.

PROGRAMA DE DETECCIÓN El programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero, que desarrolla la Consejería de Sanidad, dirigido a mujeres con edades entre los 25 y los 64 años, realiza citologías cada tres años a todas las mujeres de esta franja de edad y un test de VPH a las que tienen entre 35 y 64 cada cinco años.

En la provincia de Segovia, a través de este programa preventivo, se han realizado 3.289 citologías y 2.204 determinaciones de VPH. Como resultado de estas analíticas, se derivaron 108 mujeres a consulta de Atención Especializada para completar el estudio.

Respecto al calendario de vacunación infantil, Montarelo trasladó al Consejo que ha habido ligeras modificaciones en este año. Los cambios introducidos no incorporan la prevención de ninguna enfermedad adicional, pero sí constituyen una mejora en cuanto a la disminución del número de pinchazos a administrar (a los 0 meses y 3 años) y facilitan la gestión de la presión asistencial, ya que se elimina la restricción temporal para la administración de vacunas frente al VPH.

Desde el pasado 5 de abril es obligatorio documentar el cribado prenatal de la hepatitis B, que condiciona la pauta vacunal en el recién nacido. No se administrará la vacuna frente a la hepatitis B al nacimiento de forma rutinaria, sino solo en los casos indicados. En el resto de los casos la pauta de vacunación frente a la hepatitis B será de tres dosis —a los 2, 4 y 11 meses de edad— con vacuna hexavalente. La inmunización frente a sarampión, rubeola, parotiditis y varicela de los 3 años de edad, se realizará mediante vacuna tetravírica.

GRIPE Por último, en la reunión del Consejo, también se informó sobre la última campaña de vacunación contra la gripe. Se vacunaron en la provincia 32.631 personas —339 personas más que en la campaña anterior—, con una tasa de cobertura de 21,01 por ciento.

CULTURA

Dos corales de Segovia y Cáceres ofrecen un concierto este sábado en el Casino de la Unión

EL ADELANTADO / SEGOVIA

Mañana sábado, día 19, a las 19.30 horas, el Salón de la Chimenea del Casino de la Unión acoge un concierto protagonizado por dos formaciones musicales diferentes, por una parte la Coral Polifónica Amadeus de Segovia y por otra, como invitados, Vela Cantorum, de Villanueva de la Vera (Cáceres).

El Coro Amadeus es una agrupación coral polifónica creada recientemente en Segovia. Está integrado por unas cuarenta voces de diferentes edades y profesiones; e interpretan un repertorio variado de música antigua, canciones populares y habaneras, completando su repertorio con polifonía religiosa de los siglos XV a XIX. Su director es Jesús Antonio Garcimartín Palomares.

Ha participado en certámenes de villancicos del Ayuntamiento de Segovia y en programas culturales de la Diputación. También ha realizado conciertos solidarios para Cáritas, Manos Unidas, Lucha con Leo, Asociación Clamores (salud mental) y en el Conservatorio Profesional de Segovia.

Por su parte, la coral Vera Cantorum fue fundada en el año 2003 por Rafael Pérez Bacas, quien la dirigió hasta su fallecimiento en el año 2016. En la actualidad su directora es Rebeca Marcos Santos. La coral pertenece a la Federación Extremeña de Corales desde el año 2008, está formada por 23 voces y abarca distintas formas musicales, desde música sacra y profana hasta música folclórica y popular. La coral ha actuado en muchos escenarios como el monasterio de Cuacos de Yuste, la Catedral de Coria, Trujillo, Cáceres capital, Hervás o Navalmoral de la Mata.

La entrada es libre hasta completar el aforo de la sala.

La calle San Gabriel no supera «valores límite» de contaminación

Un estudio realizado por la Junta de Castilla y León entre marzo y abril no detecta valores por encima de los límites de la salud

:: G. Y.

SEGOVIA. La Plataforma de Afectados por la Contaminación Atmosférica en la Calle San Gabriel Cueva de la Zorra, constituida recientemente bajo el nombre de 'La Zorra se asfixia', ya mostró poca confianza en los resultados que fuera a ofrecer la unidad móvil instalada por la Junta de Castilla y León para medir la contaminación en la zona, argumentando que los datos se recogieron en días de lluvia y viento y que su ubicación no recogía de forma correcta los gases contaminantes procedentes de los miles de coches que cada día circulan por esta vía de la ciudad. Sus sospechas, al menos en cuanto a los resultados de las pruebas realizadas, estaban bien fundadas, ya que según declaró ayer la alcaldesa de Segovia, Clara Luquero, «no se han registrado superaciones de los valores límite para la protección de la salud». Es más, la regidora socialista indicó, conocedora de las quejas de la plataforma, que el informe también recoge que la unidad móvil estuvo en el «lugar idóneo» para realizar las mediciones, que se desarrollaron entre el 9 de marzo y el 9 de abril.

Una vez conocidos los resultados de la unidad móvil de la Junta de Castilla y León está por ver qué tipo de acciones toma la plataforma de vecinos, que pidió al Ayuntamiento que tomase medidas para reducir o desviar el tráfico por una calle que ha visto intensificada la circulación de vehículos con motivo de las obras de desdoblamiento de la SG-20, sin descartar en su escrito al Ayuntamiento posibles movilizaciones.

El Ayuntamiento buscará alternativas para albergar las dependencias de Urbanismo

:: G. Y.

SEGOVIA. La puesta a la venta, por parte de la Fundación Caja Segovia del Palacio de Mansilla ha supuesto una decepción para el Ayuntamiento de Segovia, que confiaba en poder alquilar el inmueble situado en el casco histórico y que hasta 2013 fue sede del campus de la Universidad de Valladolid en Segovia como nueva sede de las dependencias de Urbanismo. «Teníamos eso en mente. Nuestro gozo en un pozo, pero relativamente. Lo que queremos es que los edificios del casco histórico estén dotados de funcionalidad y dotados de contenido. Si el propio tejido económico de la ciudad va recuperando o haciéndose con esos edificios que hoy no tienen funcionalidad, los dota para prestar servicios y además está dinamizando económicamente con obras y personal trabajando, estaremos encantados», aseguró la alcaldesa de Segovia, Clara Luquero.

Así, el Ayuntamiento tendrá que seguir «buscando alternativas» para poder ubicar en el casco histórico las dependencias de Urbanismo, después de que los responsables municipales no hayan conseguido adquirir ni el Palacio de Mansilla ni la antigua sede del Instituto Nacional de la Seguridad Social, situada en la plaza Reina Doña Juana, para ubicar unas dependencias municipales que en la actualidad se encuentran en la carretera de Palazuelos.

El personal médico se reduce un 30% en verano pese a la llegada de más de 70.000 visitantes

La Gerencia de Salud quiere paliar la desproporción con un aumento del 10% en el presupuesto para refuerzos en vacaciones

:: C. B. E.

SEGOVIA. Ni a los sindicatos ni al Colegio Oficial de Médicos les salen las cuentas. Coinciden en que el anuncio de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia de incrementar un 10% el presupuesto destinado a contratar refuerzos de cara a la siempre complicada época de las vacaciones de verano es «insuficiente», como lo ha tildado el presidente de la institución colegial, Enrique Guilabert. El debate, un año más, está servido. Y así se puso de manifiesto ayer en el Consejo de Salud, en el que están representadas, además, las asociaciones de vecinos, de usuarios y consumidores o la Federación Empresarial Segoviana, como agentes activos en la participación de este órgano.

A mes y medio vista, el gesto de los responsables de la gestión sanitaria en la provincia de incrementar la cobertura veraniega de las vacantes que dejan los titulares «se queda corto». Guilabert reflexiona sobre la base de algunas cifras y concluye que «la cantidad no es la adecuada». Echa de menos más contrataciones en la Atención Primaria, y sobre todo en el medio rural cada vez que el calendario voltea las hojas de los meses estivales. El presidente del Colegio Oficial de Médicos de Segovia expone que «un tercio del personal se va de vacaciones», contando con que estas plantillas del primer nivel asistencial están integradas por unos 180 galenos durante el curso.

Una paciente en la puerta del centro de Segovia Rural :: A. DE TORRE

Piden un cambio de modelo

El año pasado se contrataron siete facultativos para cubrir las necesidades de zonas como Villacastín, El Espinar o San Rafael. Enrique Guilabert llama la atención, además, de que hay localidades y entornos que llegan a duplicar o triplicar sus padrones durante la temporada alta de vacaciones de verano. Otra razón más para expresar su lamento por la «insuficiencia» de la medida de refuerzo prevista por la Gerencia. Y es que «no han cumplido su compromiso de recuperar» niveles de cobertura en las sustituciones. «Si no encuentran médicos, tendrán que busca un modelo de organización que no nos arrastre a la situación que estamos padeciendo» de exceso de cupos, apostilla.

El propio Consejo de Salud puso sobre la mesa la cifra de población flotante que tiene la provincia en esa época, que es de unos 70.000 visitantes que, por unas semanas, son también habitantes y residentes. Sobre el conjunto demográfico total, supone un incremento de casi el 50%. El presidente colegial concluye quejoso que este verano se volverán a vivir «acumulaciones de pacientes en médicos de Primaria, lo que redunda en un empeoramiento de la calidad de la asistencia».

Listas de espera

Por su parte, el portavoz de la Federación de Servicios Públicos de Unión General de Trabajadores (UGT), Mateo, coincide con el diagnóstico que anticipa Guilabert y avanza que otro verano más «se producirán sobrecargas de cupos» en la atención de los centros de salud del ámbito rural porque «no se sustituyen las vacantes». El 10% a mayores anunciado por el gerente de Asistencia Sanitaria no le convence.

El representante sindical también cuestionó la evolución de las listas de espera quirúrgica en el Hospital General de Segovia. A día de hoy –sostiene– la tardanza media para entrar en quirófano es de unos 52 ó 53 días. «Es más que el año pasado», asevera Miguel Ángel Mateo.

Viernes 18.05.18
EL NORTE DE CASTILLA

Diez años sin afectados humanos en la región cierran la crisis de las 'vacas locas'

La desaparición de animales enfermos y la vigilancia de mataderos descartan nuevos casos

ANA SANTIAGO
asantiago@elnortedecastilla.es

España registró cinco casos, tres de ellos en Castilla y León, y todos concentrados entre 2005 y 2008

VALLADOLID. No imposible pero sí muy improbable. Diez años sin ningún caso de la variante humana de las 'vacas locas' permite descartar, desde luego como esperables, nuevos afectados dado que un decenio es el tiempo que tarda en desarrollarse la enfermedad y el contagio de estos últimos tuvo que ser mucho antes además. Si en estos años no ha habido ninguno nuevo, es muy difícil que aparezcan en el futuro, aunque desde la transmisión de tan grave patología neurológica a la aparición de una manifestación clínica podrían incluso alcanzarse los 20 años, algunos autores así lo defienden, pero sería raro. Así lo estiman los expertos.

Además, los humanos afectados en España responden en principio a los de las vacas enfermas de antes del año 2001. La práctica desaparición de ganado contaminado y los exhaustivos controles en mataderos y la vigilancia de la sanidad animal apuntan en la misma dirección de fin definitivo de una de las mayores crisis alimentarias del mundo. Pero en este terreno nunca hay nada seguro, no existe riesgo cero «porque además no depende solo de lo que se haga en España, del cumplimiento de medidas y controles, sino también en otros países que fueron o pueden volver a ser foco».

Pruebas a vacas sacrificadas en 2001. :: BERNARDO CORRAL

El doctor José María Eiros Bouza, actual jefe de Microbiología del Río Hortega de Valladolid y el que fuera director del Centro de Nacional de Microbiología de Madrid en plena época de 'vacas locas' explica que esta patología «sigue siendo letal y sin tratamiento. Tan solo el paliativo cuando una persona la sufre y su evolución es muy rápida, suelen morir en un año».

En Salamanca y León

España registró cinco casos humanos de aquel llamado entonces mal de las 'vacas locas'. Tres de ellos fueron de Castilla y León –una mujer de Salamanca y una madre y su hijo de la localidad leonesa de Villoria de Órbigo, la única agrupación familiar– y todos se concentraron entre 2005 y 2008. El primer caso en el país había sido diagnosticado en 2005 en Madrid, a una mujer de 26 años, y el último, también en 2008, fue de Cantabria. Todos los españoles fallecidos por esta variedad de la Creutzfeldt-Jakob (ECJ) se relacionaron con los hábitos alimentarios de vísceras y partes del cerebro y no habían viajado al Reino Unido, punto de origen y lugar de mayor extensión de la carne contaminada. El consumo se presumía, por lo tanto, dentro del país. Los fuertes controles en mataderos y crianza del ganado se establecieron en el año 2001. La mayor parte de las vacas afectadas habían nacido entre 1994 y 1999 y como son unos diez años los que tarda la enfermedad en desarrollarse, los humanos afectados consumieron presumiblemente carne de vacas enfermas de antes del 2001.

¿Aparecerán nuevos casos de la variante humana? «No es esperable mientras no se relajen las medidas. Puede haber casos aislados que supuso la apertura al continente americano, cerrada desde el año 2000», destacan las mismas fuentes.

«El obtener este nuevo estatus implica que se ha demostrado que los controles, trazabilidad y medidas de vigilancia de la enfermedad en España son excelentes y que garantizan en todo momento que no hay casos de enfermedad en animales y por ello ofrecen la máxima garantía de seguridad alimentaria», destaca la Consejería de Ganadería.

«Castilla y León continúa con controles estrictos y muestreos en todas las industrias de transformación de cadáveres, controles en alimentación animal y trazabilidad que garantizan la salud pública y colocan a la región con un estatus sanitario de la cabaña ganadera de primer orden», añade.

EL DATO

Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas

2.072

casos hay registrados en toda España desde 1993.

▶ **Concepto.** Son enfermedades de declaración obligatoria, de baja incidencia, provocadas por depósitos de proteína priónica que cursan en general con demencia rápidamente progresiva y de pronóstico letal.

▶ **Frecuencia.** La forma más común es la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica , se desconoce la causa. Tiene una incidencia anual en España es de 1,1 casos por millón. El grupo con mayores tasas es el de 60 a 79 años. El 55% son mujeres.

▶ **Tipos.** En los años 2005, 2007 y 2008 se recogen cinco casos de variante de ECJ y también hay siete diagnósticos de ECJ transmitida accidentalmente por implantes de duramadre y 164 casos genéticos: 71 en forma de Insomnio Familiar Letal, 88 de ECJ familiar y 5 de síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker.

En el mundo

228

casos de la variante humana de 'vacas locas' se registraron hasta 2008. La mayoría, el 80%, en el Reino Unido y le siguió en frecuencia Francia.

El último foco de ganado bovino enfermo en Castilla y León fue en 2011

El país se consideró como de 'riesgo insignificante' en mayo de 2016 y abrió comercio con América

:: A. S.

VALLADOLID. No hay casos animales de 'vacas locas' en Castilla y León desde el año 2011. Así lo asegura la Consejería de Agricultura y Ganadería, departamento que explica que el que salió en 2017 en los medios de comunicación «no se correspondía en realidad con la variedad que puede afectar a los seres humanos sino a otra esporádica».

En la comunidad, durante el año 2015 se analizaron 10.338 animales y todos ellos resultaron negativos; en el 2016 esta analítica se cifró en 11.801 bovinos, y en 12.851 en 2017, «todos negativos a encefalopatía espongiforme bovina, el último foco de 'vaca loca' declarado en Castilla y León fue en el año 2011», destacan fuentes de la Junta. En España el número total de focos, desde el año 2000 hasta el 31 de diciembre de 2016 fue de 793.

Desde mayo de 2016, el país tiene la consideración por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y, por ello, por la UE de país con riesgo insignificante respecto a esta encefalopatía espongiforme bovina. «Este es el máximo estatus sanitario en relación a la enfermedad y, por tanto, permitió la apertura de fronteras en el comercio bovino, es de destacar

lados, incluso venir del consumo de entonces pero es muy difícil porque los periodos máximos de los que se habla son de 20 años y han pasado muchos desde que llegaba esta carne al mercado. La UE ha supuesto un adelanto en el ajuste de los protocolos y en consensuarlo y las obligaciones a la hora de controlarlo. Si persisten las medidas, no debería haber nuevos casos», destaca el doctor Eiros Bouza.

Este microbiólogo añade, no obstante, que supuestamente «ahora todavía podrían quedar casos, que ven los neurólogos, enfermedades neurodegenerativas que si no haces necropsias no sabes bien qué ocurre».

Varias modalidades

Además de la variante humana de las 'vacas locas', hay otras encefalopatías espongiformes propias del ser humano, no transmitidas.

Este especialista explica que «muchas de las enseñanzas que tenemos de este tipo de enfermedades vienen de las encefalopatías espongiformes bovinas y animales que, en definitiva, lo único que traducen es una alteración del sistema nervioso de los animales con una alteración del comportamiento. Y en el ser humano hay tres grandes tipos de modalidades: Unas que son agudas pero con un desarrollo con el tiempo y otras que, a su vez, se desglosan en dos, que tienen un componente agregativo, uno familiar y el otro desconocido». De manera paralela, en los últimos 20 años «se ha avanzado en diagnóstico y actualmente los criterios para el mismo pasan por conjuntar cuatro hechos: Alteraciones en las pruebas de imagen, en las resonancias; establecer determinadas proteínas; analizar los tejidos de cadáveres de personas fallecidas por esta causa y, cuarto, ver la respuesta inmunitaria a la infección». Y ¿Qué sabemos? , se pregunta el doctor Eiros, «pues que la dinámica es desigual y no entendemos la causa de que, en algunas comunidades autónomas, como por ejemplo en el País Vasco, haya más casos que en el resto».

Repasa asimismo, los avances en España en estos últimos 20 años con respecto a estas enfermedades poco conocidas hasta que llegó a escena el mal de las 'vacas locas'. «Se ha creado un Centro Nacional de Referencia en Majadahonda que, con el de Epidemiología, hacen seguimiento de casos, hay medidas importantes en la cadena alimentaria, trazabilidad... Bien; pero ¿cuál es el drama?, pues que algunas enfermedades que

Cada día se publican seis investigaciones sobre las causas de esta patología

«Falta desarrollar un diagnóstico precoz, un fármaco bloqueante y una vacuna»

tardan mucho en desarrollar clínica, síntomas, son consecuencia de los priones y debiéramos desarrollar métodos de detección precoz, fármacos bloqueantes y vacuna. Pero seguimos sin entender lo que es el prión, ese es el problema. Son muchos los retos todavía en medicina para tratar este tipo de enfermedades neurológicas. Es enfermedad zoonótica, que pueden transmitir los animales; pero el hombre también la puede tener 'per se'. Y además se puede infectar al entrar un prión en la cadena alimentaria. El paso de priones desde especies animales al hombre fue facilitado por falta de control en la distribución de productos animales, en el pienso de harinas», explica.

«Junto a los antibióticos y las vacunas, el control de las encefalopatías espongiformes es una prioridad para la OMS en los objetivos de 2050», añade.

Y ¿qué es un prión?

«Los priones son formas alteradas de proteínas que han perdido su función y que se transforman en otra para la que no están creadas. Es una alteración conformacional, la proteína cambia de forma. Pero además hay factores del huésped que condicionan si se desarrolla o no, depende de la persona. Hay preguntas básicas en virología todavía... no se conoce bien y habría que hacer un estudio sistemático de las demencias y de los cuadros de deterioro rápidos. Acotar protocolos. Ver cómo replican y cómo aparecen», destaca Eiros Bouza.

La investigación de las encefalopatías sigue viva, «hay grupos muy potentes trabajando en ello. Prueba del dinamismo que este campo suscita es que, cada día, hay tres trabajos nuevos publicados en el mundo al respecto. En la Biblioteca Nacional del Instituto de Salud Americano hay 18.300 referencias».

156 notificaciones de encefalopatías espongiformes clásicas

La variante humana de la Creutzfeldt-Jakob (vECJ) sumó los citados cinco casos al registro de encefalopatías espongiformes humanas; pero estas enfermedades neurológicas, también son propias del ser humano en sí mismo y forman parte del registro, ahora obligatorio, desde 1993. Desde entonces hasta el cerrado 2017, Castilla y León tiene notificados 156 diagnósticos –151 de las variantes clásicas– y 2.072 hay en toda España. Cada año, se registran unos 6,7 u 8 casos habitualmente; aunque hay algún ejercicio con 12 como el de 2008 y el de 2014. El informe del Instituto de Salud Carlos III, cerrado en abril de 2018 con datos del pasado ejercicio incluidos, destaca que, del global español, el 89% de los casos son del tipo 'esporádico' y el 10% del genético.

Investigan el supuesto cambio de favores entre un guardia civil y 18 cargos de empresas

El Juzgado de Instrucción 1 de Valladolid cita a declarar a los presuntos implicados para el próximo julio

:: M. J. PASCUAL

VALLADOLID. Un caso de narcotráfico y blanqueo de capitales focalizado sobre uno de los principales clanes de la droga de la capital vallisoletana ha llevado por casualidad a los investigadores a otro caso que puede salpicar más allá del Barrio España. El insospechado hilo de la madeja del que empezó a tirar la Policía Nacional, a partir de unas escuchas colocadas a miembros del entorno del clan de los Varela, implica a un guardia civil y va a llevar a otras 18 personas a declarar en el juzgado el próximo mes de julio. Todos estos investigados pertenecen al sector empresarial de Castilla y León y, en concreto, a los ámbitos de la hostelería, las bodegas y la construcción. Inicialmente, en estas diligencias que sigue el Juzgado de Instrucción 1 de Valladolid, se contempla que los 19 investigados podrían estar implicados en delitos de cohecho, falsedad en documento público, estafa, tráfico de influencias y prevaricación administrativa.

El Juzgado, tras oir al guardia civil, ha citado ahora a declarar a los otros 18 investigados, que desempeñan diversos puestos de responsabilidad en industrias, bodegas, establecimientos de restauración y de la construcción, «por su posible participación en alguno o algunos de los delitos citados».

El Juzgado de Instrucción 1 de Valladolid coordinó a finales de marzo una primera operación en la que se investigaban delitos de tráfico de drogas, blanqueo de capitales y pertenencia a organización criminal. La macrooperación, que se puso en marcha de forma simultánea en Valladolid, Zamora y Cuéllar (Segovia) por parte de la Policía Nacional, culminaba con el ingreso en prisión provisional de cuatro de los detenidos. Posteriormente, estos fueron puestos en libertad tras depositar las fianzas correspondientes, tal y como determinó el Juzgado de Instrucción 3, que en ese momento se encontraba de guardia.

Durante las pesquisas llevadas a cabo sobre uno de los investigados en dicha causa, J. C. C., que es guardia civil de la Comandancia de Valladolid, se recogieron, a través de unas grabaciones de conversaciones, ciertos indicios de irregularidades en su actividad, de forma que el magistrado decidió abrir un procedimiento distinto del primero.

El instructor ve indicios de delitos de cohecho, falsedad, estafa, tráfico de influencias y prevaricación

Las declaraciones están programadas para los días 4 y 5 de julio próximos, según la información facilitada desde el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León. Pero, además de los interlocutores de estas llamadas, no se descarta que posteriormente tengan que pasar por la sede judicial, a testificar, mandos de la Comandancia vallisoletana.

Multas

El guardia civil, que permanece a disposición judicial desde el pasado 23 de marzo y se encuentra de baja temporal en el servicio, ha prestado declaración por dos veces en sede judicial en calidad de principal investigado por este nuevo procedimiento. La última, el pasado 4 de mayo. Durante sus comparecencias, el agente habría contextualizado dichas conversaciones telefónicas aludiendo a su labor profesional dentro de la Benemérita, y asegurando que dichos contactos profesionales se habrían realizado, siempre, con conocimiento y autorización de sus mandos.

Fuentes próximas al caso indicaron que la investigación trata de esclarecer si, como al parecer se infiere de esas grabaciones, el guardia se habría aprovechado de su posición en la Comandancia de la Guardia Civil de Valladolid y de sus relaciones con sus superiores para «hacer sus negocios» con ciertos empresarios, quienes habrían recabado su ayuda «desde para quitar multas hasta, incluso, borrar antecedentes penales».

Una calle de La Seca (Valladolid), anegada por el agua. FRAN JIMÉNEZ

TROMBA DE AGUA EN LA PROVINCIA DE VALLADOLID

Las tormentas registradas en la tarde de ayer afectaron a la capital y a varios pueblos de la provincia de Valladolid. El municipio de La Seca fue uno de los que registraron la mayor tromba de agua en tan solo unos minutos. El agua se embalsó en varias calles y dificultó el tráfico de vehículos.

Junta de Castilla y León

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE

Dirección General de Salud Pública

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

Centro de Gripe de Valladolid

http://www.salud.jcyl.es/centinelas

FORMA DE CONTACTO

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León — Dirección General de Salud Pública

Teléfono: (+34) 983413600x806358 Fax: (+34) 983413730 CorreoE: pvig@jcyl.es

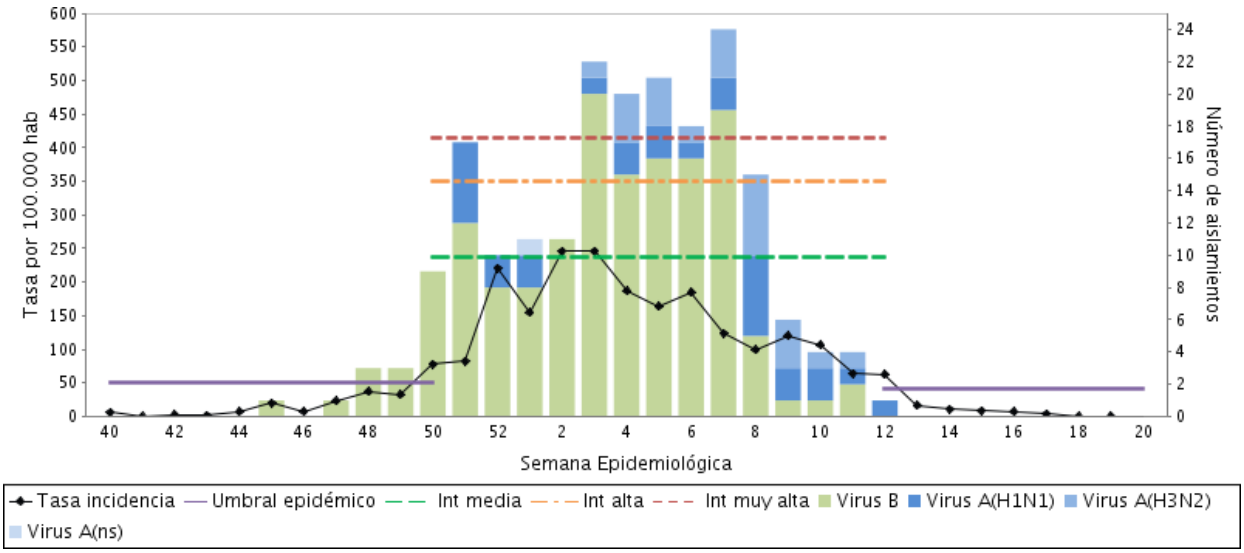
INFORMACIÓN DE LA SEMANA 07/05/2018 al 13/05/2018

Número de casos	1
Número de médicos declarantes	31
Población cubierta	31.208
Tasa de incidencia semanal por 100.000 hab.(1)	1,65
Tasa estandarizada semanal por 100.000 hab. (2)	2,04

DATOS VIROLÓGICOS ACUMULADOS EN LA TEMPORADA

Número de frotis faríngeos de la Red Centinela Sanitaria procesados	302
Número de detecciones en la Red Centinela Sanitaria	201

TASA DE INCIDENCIA SEMANAL Y AISLAMIENTOS VIRALES



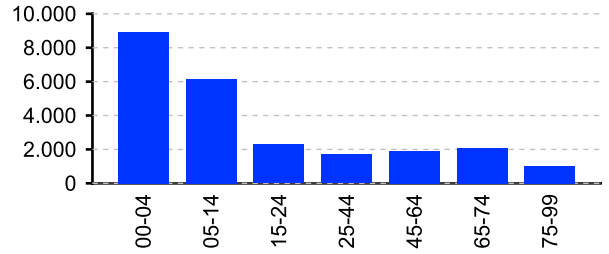
COMENTARIO

Sin actividad gripal significativa.

CASOS ACUMULADOS DE GRIPE POR EDAD Y ESTADO VACUNAL

	00-04	05-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75-99	NC	**Total**
Vacunados	11	15	4	6	21	25	27	0	**109**
No vacunados	250	417	57	118	146	38	11	3	**1040**
Total	**261**	**432**	**61**	**124**	**167**	**63**	**38**	**3**	**1149**

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR EDAD (por 100.000 habitantes)



Valladolid, miércoles 16 de mayo de 2018

(1) Tasa estimada para Castilla y León
(2) Tasa ajustada por la población española del padrón municipal de habitantes.
(3) Los datos semanales se actualizan con las declaraciones recibidas después del cierre de la semana actual. Asimismo, los aislamientos notificados se actualizan en la semana correspondiente a la toma de frotis.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Pº. CONDE SEPULVEDA, 24 – TFNO. 921 42 21 66.
http//www.comsegovia.com

COMUNICADO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEGOVIA SOBRE EL FORMULARIO DE CERTIFICADO MÉDICO DE LA SOCIEDAD ESTATAL CORREOS Y TELÉGRAFOS, S.A. QUE FIGURA EN LA CONVOCATORIA DE SU BOLSA DE EMPLEO COMO ANEXO II.

Estimados compañeros,

Desde este Colegio de Médicos hemos tenido conocimiento de que, por parte de algunos pacientes, se está pidiendo a sus Médicos de Familia que rellenen un impreso (Anexo II) que la empresa CORREOS está utilizando como CERTIFICADO MÉDICO para determinar la capacidad medico laboral de los distintos puestos de trabajo a los que se opta en su bolsa de trabajo.

Por ello os recordamos que, conforme a los artículos 58 y 59 del Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, este Organismo es el único autorizado para editar y distribuir los impresos de los Certificados Médicos Oficiales y, conforme a nuestros Estatutos (artículo 69º 1), los Médicos Colegiados **deberán utilizar obligatoriamente para certificar** estos impresos Oficiales editados y distribuidos por la Organización Médica Colegial, cualquiera que sea la finalidad de la Certificación y el Organismo, Centro, Establecimiento o Corporación en que haya de surtir efecto.

Por otro lado, queremos recordar que a la hora de realizar un Certificado Médico:

1.- Los médicos de familia no tienen, entre sus competencias, la de emitir Certificados sobre la aptitud de un trabajador para un determinado puesto de trabajo, al existir otras especialidades médicas que tienen encomendado, especificamente, dicho cometido.

2.- El médico no debe expedir un certificado si la carencia de la competencia específica o la falta de datos o pruebas no le permiten afirmar los hechos que habrían de ser acreditados.

3- Y el certificado médico está sujeto a las reglas de la responsabilidad profesional. La falta de exactitud o de verdad en un certificado médico, además de ser una infracción deontológica, puede ser causa tanto de responsabilidad penal como de responsabilidad civil.

Desde este Colegio Oficial de Médicos recomendamos a los colegiados que se abstengan de utilizar el impreso de Certificado Médico que obra en la Convocatoria de CORREOS y únicamente utilice como Certificado Médico el impreso Oficial emitido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, haciendo constar en este Certificado Médico Oficial las especificaciones concretas que a su criterio médico consideren oportunas relativas al solicitante y sin perjuicio de que en dichos impresos se pueda hacer referencia también a los parámetros que indica el documento que proporciona Correos.

Segovia, 18 de mayo de 2018.

EL PRESIDENTE

Fdo.: Enrique Guilabert Pérez

Segunda edición actualizada

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Guía de Estilo

Utiliza las palabras con sentido.
Es tu responsabilidad.

Edición: 2008

Edita: Confederación Española de Agrupaciones
de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
Agradecemos la colaboración de FEAFES-Galicia

Diseño: Doblehache / www.grupohh.com

Imprime: CIRSA

Depósito Legal: M-55208-2008

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Guía de Estilo

Segunda edición actualizada

FEAFES
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

CONTENIDO

Pág.

Preámbulo de intenciones 7

Una propuesta de autorregulación 9

Estadísticas: Los hechos 11

El trato mediático de la salud mental 13

Doce principios básicos 18

Propuestas concretas 23

Preguntas y respuestas sobre la enfermedad mental 24

Mitos y realidades de la enfermedad mental 29

Definiciones de enfermedades mentales 30

El movimiento asociativo FEAFES 35

PREÁMBULO DE INTENCIONES

En España, alrededor de un millón de personas tienen una enfermedad mental grave. Sin embargo, estas enfermedades siguen siendo, significativa y socialmente, poco conocidas. Demasiada gente cree que la enfermedad mental es una 'debilidad' o una 'culpa' de la persona y no se reconoce como una enfermedad más, lo que verdaderamente es.

A diferencia de lo que frecuentemente nos muestran los medios de comunicación, el cine, la literatura, etc., la mayoría de las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida plena y normalizada, siempre y cuando cuenten con un tratamiento integral y apoyo social adecuado.

En las últimas décadas se han conseguido importantes avances en los ámbitos normativos, sanitarios y organizativos, pero en la vida cotidiana este colectivo sigue enfrentándose a estereotipos y prejuicios. Poco hemos avanzado en la imagen social positiva de las personas con enfermedad mental.

Para ofrecer un acercamiento real a la enfermedad mental, la Confederación FEAFES publicó en 2003 la primera Guía de Estilo 'Salud Mental y Medios de Comunicación'. Los profesionales de la comunicación y otros sectores relacionados, así como instancias públicas y privadas han confirmado su utilidad y podemos constatar que se han producido ciertas mejoras, aunque aún insuficientes, en el tratamiento informativo de la salud mental. Pero sigue siendo necesario que los profesionales de la comunicación conozcan de manera efectiva la realidad del colectivo y de este modo contribuyan de forma corresponsable a la erradicación de ideas erróneas y prejuicios que constituyen las principales barreras a las que se enfrentan las personas con enfermedad mental y sus familias en su camino hacia la normalización e integración social.

La presente edición actualiza datos, revisa definiciones y pretende acercar las nuevas perspectivas y normativas que se han abierto durante este tiempo. Así, conviene recordar la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada el 13 de diciembre de 2006, que prevé medidas tanto de no discriminación como de acción positiva. En su artículo 8.2. (apartado c) establece: "Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención". Asimismo, en las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada en diciembre de 2006, se afirma[1]: "Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares."

1 *Línea estratégica 1 – Objetivo 3: "Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales".*

Con la reedición de esta guía pretendemos renovar nuestro compromiso en concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones sobre la enfermedad mental ofreciendo un reflejo real de la misma, y para que las personas con enfermedad mental y sus familias reciban un tratamiento mediático justo y adecuado.

UNA PROPUESTA DE AUTORREGULACIÓN

Cada vez son más los medios de comunicación y los periodistas que consideran que la mejor vía para elevar la calidad de la información y su talante ético es la autorregulación.

¿Cómo compaginar de una manera efectiva el derecho a la libertad de expresión (y su otra cara, el derecho de los ciudadanos a recibir una información completa y veraz) con otros derechos importantes como son el derecho a la seguridad, el derecho a la intimidad, el derecho de las minorías a contar con un tratamiento justo en los medios de comunicación y el derecho a la propia imagen? Si no se quiere caer en regulaciones peligrosas para todos, la mejor vía parece ser la de la autorregulación.

En esta línea se inscriben los códigos deontológicos de carácter corporativo, los estatutos de redacción de algunos medios informativos, la figura del 'defensor del lector' (o del telespectador) y otros mecanismos que, actuando conjuntamente, tienden a ir tejiendo un compromiso de calidad entre los profesionales de la comunicación y los ciudadanos. A estos códigos se han ido añadiendo, en los últimos años, otros documentos que apelan la calidad informativa en ámbitos concretos de la vida social. Ejemplos de ello destacan:

– I Encuentro sobre 'Periodismo y Discapacidad', que tuvo lugar los días 30 de junio y 1 de julio de 2004, más de setenta representantes de los medios de comunicación más importantes de España suscribieron la denominada Declaración de Salamanca. En ella se asume un planteamiento de compromiso y se proponen una serie de medidas que favorezcan la plena integración de las personas con discapacidad, destacando "lo relativo a evitar el lenguaje discriminatorio y estigmatizante que pone el énfasis sobre la discapacidad por delante de la condición de persona".

– Manifiesto de Constitución del Comité de Apoyo a las Personas con Discapacidad en los Medios Audiovisuales, en marzo del 2007, rubricado por un gran número de patronales, empresas de comunicación y asociaciones profesionales del sector.

Todos estos instrumentos de la autorregulación operan de manera conjunta, aunque lo hacen de forma lenta. Podríamos decir que vienen a ser una 'fina lluvia' que, poco a poco, va impregnando las convicciones de las empresas periodísticas y de los profesionales. En este sentido, hay que reconocer que las actitudes y las maneras a la hora de informar sobre temas como los citados (extranjeros, personas con discapacidad, mujeres...) han variado substancialmente en los últimos años.

La que se presenta aquí es una propuesta que se inscribe en la misma dirección. Se considera prioritario hacer todo lo posible para erradicar estereotipos y tópicos que afectan a las personas que padecen una enfermedad mental y a su entorno. Y las empresas periodísticas y los profesionales de los medios de comunicación deben asumir su parte de responsabilidad en este sentido.

Como ha ocurrido y ocurre con todas las iniciativas de autorregulación, ésta pretende establecer una complicidad constructiva entre el colectivo afectado y los medios de comunicación, para que desde el conocimiento y asunción de las condiciones de ambos sectores, el compromiso mutuo y un trabajo conjunto, puedan difundirse a la sociedad informaciones normalizadoras e integradoras del colectivo.

ESTADÍSTICAS: LOS HECHOS

Datos en el mundo[2]:

– Una de cada cuatro personas, o lo que es lo mismo, el 25% de la población, tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.

– 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida.

– Se prevé que las enfermedades mentales aumenten considerablemente los próximos años.

– Las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares.

– Menos del 25% de los afectados por una enfermedad mental es diagnosticado y tratado correctamente en los países occidentales.

– Entre un 35 y un 50% de las personas con enfermedad mental de los países occidentales no recibe ningún tipo de tratamiento.

– Un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.

– Menos del 3% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y otras psicosis comenten actos de violencia.

2 *Organización Mundial de la Salud (OMS).*

Datos en España[3]:

– Entre el 2'5y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave. Esto supone más de un millón de personas.

– El 9% de la población padece algún tipo de trastorno mental (grave o leve) y el 15 % lo tendrá a lo largo de su vida.

– Se calcula que la esquizofrenia afecta a cerca del 0'7% de la población española y el trastorno bipolar al 0'5%.

– Más de la mitad de las personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.

– Las familias asumen la mayor parte de los cuidados de las personas con enfermedad mental. El 88% de la atención de los servicios de atención los realizan cuidadores informales.

– El 10% de las personas con discapacidad lo son por causa de una enfermedad mental.[4]

– El empleo es uno de los principales ámbitos de estigmatización: sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, y el 44% aseguran haber sufrido algún tipo de discriminación laboral.[5]

3 *Gómez Beneyto, Manuel (coord. científico); [et al]. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2007.*

4 *Base de datos estatal de personas con discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000.*

5 *Muñoz, Manuel. "Estigma social y enfermedad mental". Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; Obra Social de Caja Madrid; Universidad Complutense de Madrid, 2006.*

EL TRATO MEDIÁTICO DE LA SALUD MENTAL

De todos es conocido el gran poder que ejercen los medios de comunicación para influir en la percepción de la realidad de toda la sociedad, en su forma de ver e interpretar el mundo que nos rodea. Por esto es importante analizar la imagen que los medios transmiten de la salud mental y en particular de las personas afectadas por un trastorno mental.

Aunque se reconoce una mejora en el trato recibido por la salud mental en los últimos años, se sigue transmitiendo, de forma sutil y algunas veces explícita, una imagen errónea y negativa de la enfermedad mental.

De forma inconsciente y como parte de la sociedad que son, los medios a menudo perpetúan las falsas creencias y los estereotipos. Las representaciones de las personas con una enfermedad mental suelen ser negativas y se les asigna casi siempre el papel de 'trastornados' que son temidos, rehuidos, rechazados, causantes de vergüenza y castigados.

En diarios e informativos estas noticias suelen aparecer en la sección de sucesos, estableciendo una relación entre actos antisociales y la enfermedad mental, la cual se destaca en los titulares, a menudo alarmistas y sensacionalistas. Por otra parte, las informaciones positivas tienden a un modelo paternalista, que resalta las carencias y las necesidades, pasando por alto las capacidades de la persona. En cambio, muy rara vez la enfermedad mental se muestra como una circunstancia más de la persona, quien se define también según la edad, el empleo, las relaciones sociales, el estilo de vida, etc.

EJEMPLOS DE PREJUICIOS Y CONCEPCIONES ERRÓNEAS

Ejemplo: *Un ejército de 800.000 personas deambula por el país viviendo dos vidas, la real y la imaginaria. No son dueños de su razón y sufren de más. Hoy son los enfermos mentales, los locos de antes. (...) 25.000 familias de gente con problemas, a veces incapacitantes para la vida moderna. (...) Unos 300.000 españoles sufren esta psicosis sin cura, condenada a la medicación de por vida y con una sentencia de muerte social. (...)*

Sin duda, una noticia como ésta no contribuye en absoluto a normalizar la imagen de la enfermedad mental ante la sociedad, sino que está reproduciendo exactamente tópicos absolutamente erróneos y falsos: 'ejército que deambula', 'viviendo dos vidas', 'psicosis sin cura', 'muerte social'.

En muchas otras noticias, al igual que estos ejemplos, parece que el periodista no se ha documentado ni ha recurrido a distintas fuentes de información como seguramente haría con cualquier otra temática, y se ha limitado a reproducir los falsos tópicos de la sociedad, reforzando de esta manera una visión estigmatizadora de la enfermedad mental.

Titulares alarmistas o morbosos

A menudo, en los titulares se suele sintetizar la información de manera incorrecta y simplista, y algunas veces cobran un carácter alarmista y morboso.

Ejemplo: *La falta de medios impide controlar a los internos del psiquiátrico de Fontcalent (titular).*

Etiquetación de personas sustantivando su condición

En muchos casos, a causa del escaso espacio disponible, en el titular se etiqueta a los individuos con una enfermedad mental, sustantivando su condición.

Ejemplo: *Los maníacos-depresivos unen sus fuerzas contra el rechazo social (titular).*

En cambio, en el cuerpo de la noticia se lee: Un grupo de 14 personas afectadas por el denominado trastorno bipolar, enfermedad anteriormente conocida como trastorno maníaco-depresivo, ha decidido...

La falta de espacio en el titular no puede justificar el uso de términos estigmatizantes.

Imágenes negativas y poco normalizadoras

Las ilustraciones o imágenes donde aparecen personas con este tipo de trastornos suelen presentarlos en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, transmitiendo sensación de lástima, soledad, aislamiento, desequilibrio, etc.

Ejemplo: Son frecuentes las fotos de personas con la mirada perdida, tendidos en el suelo, tapándose la cara, o en largos pasillos oscuros con luz al final.

Representar visualmente la enfermedad mental resulta complejo, ya que se trata de patologías que no cambian el aspecto físico de la persona, y por lo tanto son enfermedades denominadas 'invisibles'. Sin embargo, esta ausencia de rasgos propios de la enfermedad no puede suplirse con imágenes sensacionalistas y erróneas, que dañan la visión de las personas afectadas.

Confusión entre enfermedad mental y otro tipo de discapacidades

En general, también se puede observar que existe una notable confusión en lo que respecta a la tipificación de las enfermedades, y frecuentemente se mezcla información de salud mental con otros tipos de discapacidad.

Ejemplo: *El trato de la salud mental en los medios, a debate (titular). El 2003 ha sido declarado el año europeo de las personas con discapacidad. Pero mientras las barreras arquitectónicas que dificultaban la movilidad de los discapacitados físicos en las ciudades van cayendo poco a poco, el muro que separa los discapacitados intelectuales del resto de la sociedad parece que se resista a ceder. (...).*

Este artículo de fondo viene ilustrado con imágenes de una persona con Síndrome de Down y otra con una persona con tetraplejia.

Escasa presencia del colectivo como fuente de información

Ejemplo: *Paliperidona, novedad en esquizofrenia, ya disponible (titular). La enfermedad mental grave no está aumentando en España (titular).*

En muy pocas ocasiones la información proviene directamente de personas con enfermedad mental. En ocasiones puede venir de familiares de estas personas o de psiquiatras y psicólogos. Mayoritariamente las fuentes de información suelen ser instituciones públicas y del mundo médico-científico. Se incumple así la regla periodística de dar voz a los implicados en una información.

Vinculación entre violencia y salud mental

Es bastante frecuente encontrar noticias relacionadas con sucesos violentos en que se cita que el acusado (o presunto autor de un delito) padece una enfermedad mental.

Ejemplo: *Declaran culpable al perturbado que mató a un sordomudo tirándole al metro (titular).*

Ejemplo: *Padres que matan a sus hijos tienen una enfermedad mental no diagnosticada.*

Son noticias breves en que la información se sintetiza de manera incorrecta, de forma que queda simplificada y se pierden datos relevantes. La omisión de cierta información hace que ésta esté sesgada, con lo que se mantienen los prejuicios. Por ejemplo, no se suele profundizar en el estado de la persona con enfermedad mental (si estaba siguiendo algún tratamiento, o cuál era su situación personal).

Este tipo de noticias hace que se perpetúen ideas como que las personas con enfermedad mental son violentas, agresivas y peligrosas, y que actúan de forma irracional, lo que está comprobado que es falso.

En otros casos se confunden las causas reales de una agresión o conducta violenta relegándola a un problema psiquiátrico, cuando puede deberse a problemas socio-económicos, violencia de género, educacionales, etc.

Uso inapropiado de términos del ámbito de salud mental en otros contextos

Es frecuente encontrar noticias que no hacen referencia directa a la salud mental, especialmente en artículos de opinión o en sección de deportes y cultura (donde la línea divisoria entre información y opinión no es tan precisa), que se usan elementos y terminología del campo médico para describir situaciones, personas o cosas que no tienen nada que ver. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, se usa a menudo para adjetivar una situación caótica, irracional, extravagante, etc.

Ejemplo: *(...) Sinceramente, creo que los americanos han decidido cambiar de proveedor energético, y no van a permitir que nadie compita con ellos por el control de Irak. Y si no es así, discúlpenme la esquizofrenia.*

Ejemplo: *(...) Viajar a EE UU es cada vez más complicado. La psicosis en los aeropuertos ha dado otra vuelta de tuerca con las nuevas medidas de seguridad (...)*

Seguro que se pueden encontrar muchas otras expresiones que transmitan el mismo significado.

En estos casos el uso inapropiado y peyorativo de estos términos hace que las personas que padecen estos trastornos puedan sentirse ultrajadas, a la vez que perjudica la imagen social de las personas con un trastorno mental.

Ejemplo: *(...) Locos en la cárcel (titular)*

Las personas con discapacidad, migrantes, personas en régimen penitenciario, personas sin hogar, etc., son algunos de los grupos que sufren a menudo una grave discriminación social, y en consecuencia, de los medios de comunicación. Cuando alguna de estas personas tiene añadida una enfermedad mental, a los prejuicios propios de la enfermedad mental se le unen aquellos que la sociedad adjudica a estos grupos.

Por otra parte, los medios de comunicación han propiciado tradicionalmente la "invisibilidad" de las mujeres con discapacidad, y en particular de aquéllas con enfermedad mental, negándoles la posibilidad de expresar su propia visión de los hechos y usando con frecuencia numerosos prejuicios para informar sobre su situación.

Es fundamental que los medios informen sobre las dificultades a la que se enfrentan estos colectivos y que puedan ofrecer también su propio punto de vista en aquellas noticias en las que participen.

DOCE PRINCIPIOS BÁSICOS

1. Aumentar el conocimiento social

Informar con exactitud de conceptos y términos.

Los medios deben representar la realidad del modo más ajustado posible. No confundir o ignorar los datos científicos y técnicos sobre las enfermedades mentales. Documentarse e informarse adecuadamente antes de transmitir información inexacta o errónea, igual que se haría en cualquier otro ámbito (política, economía, etc.). Contrastar las noticias institucionales y del mundo médico-científico y potenciar aquellas provinentes de las personas directamente afectadas (personas con enfermedad mental, familiares o asociaciones). Recurrir a las fuentes de información que tenemos al alcance, como FEAFES, para dar una información precisa, objetiva y que responda a la realidad. Llamar a las cosas por su nombre y no hacer simplificaciones excesivas.

2. Mostrar una visión positiva

Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental y de las personas con enfermedad mental. Prestar más atención a las soluciones y menos a los límites.

Dar cabida a los ámbitos de integración real: acceso al empleo, buena convivencia, relaciones sociales satisfactorias, programas de atención eficaces, etc.

Enfatizar las facetas positivas, las potencialidades, los logros, los aspectos más humanos. Evitar sobredimensionar las limitaciones y los casos aislados negativos. Mostrar a la persona con enfermedad mental en sus múltiples facetas, sin resaltar innecesariamente el hecho de que padezca una enfermedad mental, ni en lo negativo ni en lo positivo (no entronizar a personas fuera de serie, sino más bien enfatizar los logros ordinarios).

3. Contemplar todas las facetas

Mostrar a las personas con una enfermedad mental de forma integral.

Las personas con enfermedad mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo. No mostrar las personas con enfermedad mental de forma unidimensional sino en todas las demás: con los mismos sentimientos, problemas, aspiraciones, con las mismas fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual, creativa, etc. La enfermedad mental no es una característica global, permanente, ni inmutable.

4. Facilitar información normalizadora

La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad.

La enfermedad mental es una enfermedad más. Mostrar a las personas con enfermedad mental en situaciones normales y corrientes en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Presentar la enfermedad mental con naturalidad, al igual que se trata una gripe, un traumatismo o una discapacidad física. Ofrecer una imagen natural y verosímil. No establecer contraposiciones entre persona con enfermedad mental y persona normal. Hay sólo personas que tienen, o no tienen, una enfermedad.

5. Menos compasión, más derechos

Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión.

Evitar una visión lastimera y que despierte compasión. No mostrar la enfermedad mental de forma dramática ni sensacionalista; no recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, superprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos adecuados para poder ejercer plenamente estos derechos.

6. Dejar hablar a los protagonistas

Potenciar la información individualizada y vivencial que pueden aportar las propias personas afectadas, como herramienta para crear una imagen positiva.

La proximidad y el conocimiento directo entre las personas ayuda a desmontar estereotipos y prejuicios negativos y falsos, ya que ayuda a ver más a la persona y menos la etiqueta. Las personas directamente afectadas han de participar por sí mismas y tener oportunidades de acercamiento a los medios, sin intermediarios ni intervención de terceros.

7. Desmontar falsas creencias mitos o prejuicios

No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.

Romper con los conceptos que han acompañado tradicionalmente a la enfermedad mental. No recurrir a las antiguas ideas, creencias, mitos, prejuicios negativos o estereotipos sobre cómo es una persona con enfermedad mental. Muchas de las creencias que tiene la sociedad en general son incorrectas: la enfermedad mental no es un castigo, las personas que la padecen no tienen una doble personalidad, ni tienen por qué ser genios o artistas. No son individuos deshumanizados e irracionales, y tampoco son agresivos. Por supuesto, pueden trabajar, tener hijos... y recuperarse en gran medida de su enfermedad.

Se debe reflexionar y documentarse antes de reproducir estas falsas creencias.

8. Alejar la enfermedad mental de la crónica de sucesos

Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.

Una conducta violenta no puede justificarse sólo a causa de una enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Con un tratamiento integral y un entorno social y familiar adecuado pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un problema para nadie.

No prejuzgar ni relegar la causa de un acto violento o delictivo a una enfermedad mental porque muy pocas veces existe una sola causa que explique una conducta de este tipo. No omitir información relevante para entender el hecho, ya que puede dar una visión sesgada que fomente y mantenga prejuicios. Actuar de dos formas: o limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien mostrar todas las circunstancias y las posibles causas, sin relegar la enfermedad como único factor.

9. Cuidar el lenguaje. No etiquetar

No estigmatizar a las personas con enfermedad mental con usos incorrectos de las palabras que las definen.

Las personas, sanas o enfermas, son ante todo personas. En muchos casos, la circunstancia de la enfermedad mental no es relevante para la información, entonces no hay motivo para citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: 'un esquizofrénico', 'un depresivo', 'un anoréxico', etc. De la misma manera que difícilmente hablaríamos de 'un griposo', 'un canceroso' o 'un sidoso'. No hacer hincapié en las diferencias, sino en las similitudes entre la gente. Utilizar el lenguaje apropiado para representar a la enfermedad mental. No usar terminología psiquiátrica en un contexto distinto, y menos aún cuando ésta adquiere un sentido peyorativo.

10. Recordar que la mayoría de las enfermedades mentales son invisibles

Ilustrar las informaciones sobre personas con enfermedades mentales con el material gráfico adecuado.

La mayoría de las enfermedades mentales no se perciben físicamente. Los medios recurren muchas veces a imágenes inadecuadas, que muestran síntomas externos de otras dolencias más 'visibles'. Esta práctica contribuye a mantener la confusión que existe entre diversas patologías. En la medida de lo posible debe aplicarse a la información gráfica todo lo indicado en los puntos anteriores, evitando imágenes extravagantes, que transmitan inquietud, aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo.

11. Presentar una imagen real y positiva de las mujeres con enfermedad mental

Dar voz y protagonismo a las mujeres que tienen un trastorno mental.

Tradicionalmente, estas enfermedades se han visto como una 'debilidad de carácter', o una 'culpa', prejuicios que, en el caso de las mujeres, se aplican con más intensidad. A las mujeres con discapacidad parece negárseles por principio la posibilidad de ser esposas o compañeras, madres, profesionales... y se les tiende a tratar desde la compasión y el paternalismo.

Los medios de comunicación deben comprometerse en erradicar esta imagen errónea y dar a conocer la visión y las actividades de las mujeres con enfermedad mental.

12. Cuidar especialmente los contenidos en temas de salud mental en niños y jóvenes

No culpabilizar a familiares ni al propio niño o adolescente de los comportamientos provocados por la enfermedad.

Las noticias sobre enfermedades mentales en la infancia suelen tener un tratamiento inexacto. Por un lado, se tiende a culpabilizar a los familiares de la conducta del niño o del adolescente, o se atribuyen los síntomas de la enfermedad a un 'carácter difícil'.

Por otro lado, en muchas ocasiones se presupone que los niños y adolescentes con tipo de trastornos no son capaces de realizar actividades como el resto de niños.

Por todo esto, es fundamental que el periodista consulte fuentes con demostrado rigor cuando se informa sobre este colectivo.

PROPUESTAS CONCRETAS

SÍ, POR FAVOR	NO, GRACIAS
SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: ***Persona con enfermedad mental / con problemas de salud mental.***	NO Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: ***enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.***
SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: ***Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.***	NO Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: ***esquizofrénico, depresivo, maníaco, anoréxico, psicótico.***
SÍ Referirse a los centros de atención: ***Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación.***	NO Términos anticuados u ofensivos: ***manicomio, psiquiátrico.***
SÍ Referirse a los ingresos psiquiátricos como: ***Ingreso hospitalario en...***	NO Términos inadecuados que contribuyen al estigma y la discriminación: ***reclusión, internamiento, encierro…***
SÍ Contenidos que muestren ***los logros y las capacidades del colectivo***: convivencia familiar, relaciones sociales, empleo, proyectos personales, etc.	NO Incluir sólo noticias sobre ***salud mental en relación a problemas, actos violentos,*** y buscando ***titulares morbosos y extravagantes.***
SÍ Mencionar los problemas de salud mental en ***la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho,*** especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.	NO Mencionar los problemas de salud mental si éstos ***no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.***
SÍ En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a ***describir los hechos directamente observables*** (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar las posibles causas y circunstancias, ***sin destacar la enfermedad como único factor.***	NO ***Omitir información o proporcionar información sesgada*** que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.
SÍ Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir una atención adecuada, con la que es posible la recuperación.	NO Dar por hecho que ***la enfermedad mental es incurable*** y obviar ***la falta de recursos*** actual para que se produzca la recuperación.
SÍ Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el ***material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.***	NO Imágenes que transmitan ***aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo.*** Imágenes de ***otro tipo de discapacidades.***
SÍ ***Fuera del contexto de salud,*** describir situaciones, cosas o personas con ***adjetivos como: caótico, irracional, extravagante, apasionado,*** espectacular, triste, etc.	NO Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: ***esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.***
SÍ ***Contar con la opinión*** de los afectados, principalmente ***de las personas con enfermedad mental y familiares.*** Favoreciendo la presencia de mujeres, migrantes y otros colectivos en situación de exclusión social con enfermedad mental.	NO ***Infravalorar el testimonio de las propias personas con enfermedad mental*** como fuente de información imprescindible en cuestiones de salud mental.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Reconocer y entender lo que son las enfermedades mentales es un primer paso muy importante para romper tópicos y falsas creencias y reducir así los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental.

Ésta es una selección de preguntas generales que la sociedad suele plantearse. Para obtener más información y documentación no dude en ponerse en contacto con FEAFES y con las federaciones y asociaciones más cercanas a su población.

¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD MENTAL?

El límite entre enfermedad y salud mental no es un límite claro ni bien definido, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, con lo que no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aún no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. La complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano.

En cualquier caso, podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Por otro lado, estudios sobre salud mental consideran que salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental en factores como bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

¿Qué tipo de enfermedades mentales existen?

Existen distintos tipos de enfermedades mentales, pero sigue habiendo algunos desacuerdos entre modelos. Sin embargo, actualmente se acepta el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-IV-R), que distingue, entre otros: trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos cognoscitivos.

Esta clasificación es muy similar a la de la Organización Mundial de la Salud, llamada CIE-10. (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología.

¿Cuáles son las causas de las enfermedades mentales?

El trastorno mental no responde a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son múltiples, y en algunos casos desconocidas. Se sabe que factores como alteraciones en la química del cerebro y otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de substancias, etc, pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se producen significativamente en cada caso.

¿Puedo tener yo una enfermedad mental?

Todos tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental, al igual que ocurre con muchos otros tipos de enfermedades. De hecho, una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de la vida. Aunque pueda haber personas con más predisposición genética que otras a padecerlos, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, con lo que todos estamos expuestos a ello.

Aunque seguro que, en algún momento de nuestra vida, todos hemos experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio, etc. cabe destacar que estos síntomas se considerarán solamente un trastorno mental cuando provoquen un comportamiento social desajustado (es decir, un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo), causen un importante malestar subjetivo y sean persistentes en el tiempo.

¿Las enfermedades mentales se curan?

Para su curación o mejoría, las personas con una enfermedad mental necesitan tratamientos (farmacológicos, psicológicos, rehabilitadores y sociales) que se ajusten a sus características personales y se mantengan durante todo el tiempo que se requiera.

La detección y el diagnóstico precoz son fundamentales en el desarrollo de la enfermedad.

Hasta hace sólo unas décadas, muchas personas con enfermedades mentales pasaban la mayor parte de su vida ingresadas en centros asilares o encerrados en sus casas. Actualmente, estas personas son tratadas en el ámbito comunitario, y se pueden integrar en la sociedad gracias a un cambio de mentalidad y a los avances conseguidos en tratamientos.

Los tratamientos deben ser distintos según el tipo de enfermedad, y se deben diseñar intervenciones personalizadas para cada caso. Se tienen que combinar el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar. El apoyo psicoterapéutico es fundamental para afrontar los efectos de la enfermedad en su vida social, familiar y profesional.

Cabe destacar que un importante número de personas con una enfermedad mental no acude a recibir tratamiento, a causa de los escasos recursos destinados a este colectivo y la estigmatización que persiste sobre este tipo de enfermedades.

¿Puede una persona con enfermedad mental llevar una vida normalizada (trabajar, formar una familia, tener relaciones sociales, etc.)?

Sí. Las personas con enfermedad mental son personas como cualquier otra: estudian, trabajan, tienen familia, hijos, amigos, ejercen sus derechos y obligaciones como ciudadanos. La enfermedad mental no supone ningún impedimento para poder llevar una vida normalizada y estar plenamente integrado en la sociedad.

El único rasgo que puede distinguir a este colectivo son los apoyos necesarios para favorecer su autonomía personal y una vida independiente. Entre ellos destacan los tratamientos integrales, personalizados y continuos, así como la eliminación de las barreras sociales (prejuicios, estigma...) que les impiden disfrutar y ejercer todos sus derechos.

¿Cuál es el papel de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental?

Las familias ocupan un papel clave en el apoyo y cuidado de las personas con enfermedad mental. Se estima que en el caso de las personas con enfermedades mentales de mayor grado de discapacidad, el 80% conviven con su familia. Un ambiente familiar de apoyo, aceptación y con expectativas adecuadas hacia estas personas favorece su evolución y mejora.

Todo tratamiento integral debe tener en cuenta, no sólo la atención a la persona con enfermedad mental, sino también a sus familias y entorno más próximo. Sólo así se podrá mejorar la convivencia y los cuidados familiares y, consecuentemente, mejorará la salud de las personas con enfermedad mental.

Para ello la familia necesita información, asesoramiento y formación en los temas relacionados con las enfermedades mentales: tratamientos, estrategias específicas (comunicación, resolución de problemas...) y recursos existentes.

¿Es cierto que las enfermedades mentales conducen a actos violentos?

No. La idea de que la enfermedad mental esta íntimamente relacionada con la violencia no tiene base científica.

No se puede decir que las personas con enfermedades mentales sean más agresivas ni tengan más probabilidades de cometer actos violentos ni delictivos que personas sin enfermedad mental. Las personas afectadas por una enfermedad mental rara vez son peligrosas para la sociedad en general. Las personas con trastornos mentales que ocasionalmente realizan conductas agresivas hacia ellos mismos (incluido el suicidio) o hacia el entorno familiar o social suelen, bien no estar en tratamiento, bien influyen otros factores (consumo de drogas, falta de contacto social, en situación de exclusión social...).

En realidad, es más probable que las personas con enfermedad mental sean víctimas de abusos y malos tratos, y vean vulnerados sus derechos. El tratamiento adecuado y la existencia de los recursos necesarios reducen al mínimo este tipo de situaciones, tanto bajo la forma de autoagresión, incluyendo el suicidio, como de actos violentos a terceras personas.

¿La enfermedad mental provoca discapacidad?

Sí. La discapacidad se define como el conjunto de las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, de las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y de las restricciones en la participación social del ciudadano. Por tanto, sí encontramos personas con discapacidad fruto de una enfermedad mental, puesto que su percepción, su estado de ánimo o sus comportamientos, debidos a la enfermedad, pueden impedirles realizar ciertas acciones.

De hecho, la "Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia" incluye a la enfermedad mental como una de las posibles causantes de discapacidad. Según datos del IMSERSO, el 10% de las personas con discapacidad lo son a causa de una enfermedad mental.

Sin embargo, con el tratamiento integral adecuado muchas personas con enfermedad mental pueden mantener su autonomía y sus capacidades personales, y no presentan una situación de dependencia. Es necesario para ello potenciar todas las acciones de promoción de su autonomía e independencia personal.

El funcionamiento y la discapacidad, asociados con las condiciones de salud, se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF.

¿Qué diferencia hay entre una enfermedad mental y una discapacidad intelectual?

La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se manifiesta antes de los 18 años de edad.

Así pues, las diferencias estriban principalmente en que la enfermedad mental no supone un menor funcionamiento intelectual y pueden manifestarse a lo largo de toda la vida.

MITOS Y REALIDADES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

MITO	REALIDAD
"La enfermedad mental es siempre irreversible".	Con el tratamiento adecuado las personas con enfermedad mental pueden recuperarse plenamente.
La enfermedad mental... "es un castigo o culpa de la persona o los familiares", "es hereditaria", "es contagiosa".	La enfermedad mental se debe a un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, y en ningún caso es culpa de la propia persona o de su familia.
"Las personas con enfermedad mental no pueden convivir con el resto".	El 88% de las personas con enfermedad mental vive con sus familias. Estos trastornos no tienen por qué impedir una vida normalizada y deben atenderse dentro del entorno habitual de la persona.
"Las personas con enfermedad mental son violentas".	La enfermedad mental no provoca actitudes violentas. Sólo el 3% de las personas con enfermedad mental comete actos violentos por culpa de su enfermedad, cuando no reciben el tratamiento adecuado.
"No se puede ayudar a las personas con enfermedad mental".	Los familiares y amigos de la persona con enfermedad mental pueden apoyar su recuperación y deben formar parte del tratamiento. La sociedad debe comprender y aceptar estas enfermedades como cualquier otra.
"La enfermedad mental supone menor grado de inteligencia".	Las personas con enfermedad mental no presentan menor capacidad intelectual.
"Las personas con enfermedad mental no pueden trabajar".	Muchas personas con enfermedad mental trabajan, aunque gran parte del colectivo denuncia discriminación laboral.
"Todas las personas con enfermedad mental son genios o artistas".	Las personas con enfermedad mental, como las de cualquier otro colectivo, no tienen por qué destacar en ningún campo artístico.

DEFINICIONES DE ENFERMEDADES MENTALES[6]

Anorexia nerviosa y Bulimia

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo.

Por su parte, la bulimia es un trastorno alimentario que se caracteriza por episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos, acompañados de una sensación de pérdida de control y auto-rechazo. Posteriormente, la persona utiliza diversos métodos, tales como vomitar, el ejercicio excesivo o consumir laxantes, para evitar aumentar de peso. Se desconocen las causas exactas de estas dos enfermedades. Ambas disponen de tratamientos.

Ansiedad

Es un trastorno caracterizado por sentimientos de aprehensión o miedos, al menos durante más de 6 meses, de preocupaciones excesivas y desproporcionadas ante situaciones reales de la vida, y acompañadas, según los casos, de irritabilidad, inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse, fatiga, tensión muscular, dificultad en conciliar el sueño.

Las personas con un trastorno de ansiedad sienten en ocasiones una importante desmoralización que puede dar lugar a síntomas depresivos. La detección precoz de los trastornos ansiosos y su tratamiento apropiado pueden evitar estas complicaciones.

Los trastornos de ansiedad afectan en torno al 5% de la población general, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente en atención primaria. Es más frecuente en el sexo femenino y su momento de aparición suele ser la edad adulta. Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental.

6 *Datos de prevalencia de las enfermedades en España extraídos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.*

Depresión

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico o infeliz. La mayoría de las personas se siente de esta manera alguna vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el que los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o ansiedad interfieren en la vida diaria durante un periodo prolongado. Puede aparecer en cualquier edad, aunque es especialmente frecuente en la adolescencia. La depresión se diagnostica más en mujeres que en hombres. Una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres sufren depresión alguna vez, aunque ellos parecen buscar ayuda con menor frecuencia.

La depresión suele empezar tras un evento estresante o una vida infeliz: la muerte de una persona cercana, una desilusión importante, dolor prolongado o una enfermedad grave, consumo excesivo de alcohol o drogas, estrés crónico, maltrato o rechazo en la infancia, aislamiento social (común en las personas mayores), deficiencias nutricionales o problemas de sueño.

Son variados los síntomas y cada persona los muestra de forma diferente, como la dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, cambios importantes en el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa inapropiados, dificultad extrema para concentrarse, inquietud e irritabilidad, falta de interés y placer, tristeza profunda e inmotivada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, sentimientos de impotencia, desesperanza, abandono y llanto incontrolable.

Se puede dar en varios miembros de una familia, posiblemente por herencia, comportamiento aprendido, o ambos, e incluso por una predisposición genética.

Es una de las enfermedades mentales más comunes y existen tratamientos muy efectivos. La terapia más efectiva es una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia. Para la depresión leve, el asesoramiento y las medidas de cuidados personales sin fármacos pueden ser suficientes. El apoyo, la información y asesoramiento a la familia y allegados favorece la situación de estas personas.

Esquizofrenia

Es un trastorno mental que puede dificultar a la persona a diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, dominar y tener respuestas emocionales ajustadas, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Estas circunstancias le pueden llevar al retraimiento social y a la pérdida de aptitudes ya aprendidas.

La Esquizofrenia se manifiesta de forma diversa en cada persona a través de oír o ver cosas que no existen (como voces en su cabeza), tener miedo o creer en cosas que no ocurren en la realidad (que alguien le persigue, que tiene poderes especiales, que la gente habla de él/de ella…), estar convencidos de que les roban o controlan lo que piensan, no expresar sus sentimientos, aislarse, mostrarse apáticos, descuidados en su aspecto y sus tareas cotidianas o con comportamientos incomprensibles para los demás en su medio familiar, social o laboral. Estos síntomas no siempre están presentes todos, y en otras ocasiones pueden aparecer combinados.

Un 1% de la población mundial desarrollará esquizofrenia en algún momento de su vida. Se ha hallado este trastorno en todas las razas, en todos los países en el que se han realizado estudios, en todas las clases sociales, en hombres y mujeres.

Por lo general, la enfermedad se desarrolla lentamente durante meses e incluso años. Suele comenzar en la adolescencia (entre los 17 y 30 años en el hombre y entre los 20 y 40 años en la mujer). No existe una causa única que la provoque.

Cuando se realiza el diagnóstico y el tratamiento de forma individualizada y continuada, aumentan las posibilidades de mejora y recuperación. Los mejores resultados se encuentran cuando se utilizan de forma conjunta tratamientos farmacológicos, psicológicos (apoyo continuado, terapias cognitivas), rehabilitadores, psicoeducativos y de apoyo social. El apoyo, formación y asesoramiento a la familia y allegados, los programas de apoyo comunitario y servicios de integración laboral son esenciales para la integración efectiva en la comunidad.

Fobia

Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional muy intenso y angustioso a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes, según el objeto causante: fobia social (a situaciones sociales), agorafobia (a sitios abiertos) o claustrofobia (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc. Existen tratamientos psicoterapéuticos eficaces.

Trastorno bipolar

Es una enfermedad mental del estado de ánimo que tiene períodos cíclicos de excitabilidad o manía (pueden durar de días a meses) y fases de depresión. Los cambios entre períodos pueden ser muy abruptos y algunas veces las dos fases se solapan. La fase de excitabilidad puede caracterizarse por comportamientos de euforia, hiperactividad, autoestima desproporcionada, compromiso exagerado en las

actividades, comportamientos precipitados. Mientras que la fase depresiva puede suponer tristeza permanente, sentimiento de desesperanza, ansiedad, culpa y falta de valor, fatiga y desgana, trastornos del sueño, pensamientos frecuentes acerca de la muerte, dificultad para concentrarse, aislamiento social, pérdida de la autoestima. Existe un alto riesgo de suicidio: se estima que lo intenta la mitad de las personas diagnosticadas.

Se calcula que el 0'5% de la población española tiene esta enfermedad, que afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente aparece entre los 15 y 25 años. Está provocada por alteraciones en las áreas del cerebro que regulan el estado de ánimo, aunque la causa se desconoce.

Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo que ayudan a controlar los síntomas deben ir acompañados con tratamiento de apoyo psicológico. Como en toda enfermedad mental, la información, formación, apoyo y asesoramiento a las familias y allegados deben formar parte de la actuación de los recursos que atienden a estas personas.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Es un trastorno neurobiológico, con base genética provocado por un desequilibrio significativo de algunos de los transmisores del cerebro. Algunos síntomas se relacionan con la hiperactividad, impulsividad y la falta de atención, manifestándose de forma diversa, según la persona afectada.

Se calcula que el número de afectados supera el 5% de la población infantil y juvenil.

El diagnóstico precoz y el tratamiento integral y multidisciplinar ayudan a minimizar el trastorno y a evitar problemas de aprendizaje, abandono escolar, desajustes emocionales…

Trastorno por estrés postraumático

Puede ocurrir a cualquier edad y se desarrolla después de un evento traumático que causa pavor, impotencia u horror extremo, como pueden ser la guerra, una agresión física o sexual, un encarcelamiento, accidentes graves, un atentado terrorista o un desastre natural. Se puede presentar inmediatamente o tras más de seis meses después del evento. Las causas del trastorno se desconocen, aunque hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que pueden contribuir. El tener un buen apoyo social ayuda a protegerse ante la aparición de este trastorno.

Son múltiples y diversos los síntomas, como "revivir" de forma repetitiva el evento, sentimientos de despreocupación e indiferencia, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, disminución en la expresión de estados de ánimo, aislamiento, irritabilidad, sentimientos de culpa, síntomas físicos relacionados con la ansiedad y estrés.

Trastorno Límite de la Personalidad

Se manifiesta en casi todas las áreas del funcionamiento de la persona y sus características más destacadas son la impulsividad y la intensidad en las respuestas emocionales, la inestabilidad en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales.

Su inicio suele coincidir con la adolescencia e inicio de la vida adulta. No se puede establecer una causa-efecto, porque la enfermedad se desarrolla por una combinación de aspectos biológicos y ambientales.

Las personas con trastorno límite de la personalidad presentan una gran variedad de síntomas, entre ellas: frecuentes y repentinos cambios en el estado de ánimo (inestabilidad afectiva), relaciones interpersonales intensas e inestables que alternan entre los extremos de idealización y la devaluación; sentimientos crónicos de vacío, soledad y aburrimiento, predisposición a actuar de forma impulsiva sin valorar las consecuencias, incesante búsqueda de la identidad.

El tratamiento debe ser multidisciplinar, adaptado a las características particulares de cada persona, incluyendo psicoterapia individual, terapia en grupo específica, apoyo y asesoramiento a familiares, tratamiento farmacológico y atención medica.

Los estudios indican que entre el 1% y el 2% de la población general podría estar afectada de Trastorno Límite de la Personalidad.

Trastorno obsesivo compulsivo

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas), y que la persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente). Por ejemplo, el caso de las personas que siempre sienten que tienen las manos sucias y se las lavan demasiado frecuentemente. Existen tratamientos, de efectividad variable.

EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO FEAFES

La ***Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)*** es la entidad social de ámbito estatal, constituida en 1983, representativa de las personas con enfermedad mental y sus familiares. En la actualidad reúne a más de 200 entidades y más de 41.000 familias en todo el territorio nacional.

La misión de FEAFES es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo.

FEAFES se considera como una organización líder en Salud Mental y como el movimiento asociativo que reúne a las personas con enfermedad mental y sus familias, así como a las asociaciones en que se organizan, estimulando un modelo de atención de base comunitaria, generando mecanismos de normalización. Por lo tanto, se reconoce como un movimiento de acogida, apoyo, autoayuda, de atención y de representación de las personas con enfermedad mental y sus familias, que proyecta interna y externamente un discurso normalizador de la enfermedad mental.

Una de las principales acciones de las entidades miembro de FEAFES es exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral, puesto que consideran que los medios para llevar adelante las terapias psicosociales necesarias para lograr una efectiva autonomía de las personas afectadas por una enfermedad mental son todavía insuficientes.

FEAFES asume ser portavoz y representante de las entidades miembro, lo que supone lograr canales de participación, comunicación y acercamiento a las demás entidades para la consecución de sus objetivos de interés general, además de colaborar con las distintas Administraciones Públicas en la redacción de las normativas que afectan al colectivo, y participar en la programación de los recursos dedicados a la salud mental.

Por tanto, FEAFES exige las condiciones adecuadas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias, reconociendo de forma diferente necesidades y expectativas distintas, desde el respeto y defensa de la individualidad. En todas estas acciones se busca promover la capacidad de las personas para decidir sobre su vida, consiguiendo la máxima autonomía y capacidad propia individual.

Además, el movimiento asociativo FEAFES promueve la sensibilización social hacia las personas afectadas con enfermedad mental, favoreciendo una actitud abierta a todas las personas y entidades que conforman el entorno de la salud mental. Asimismo, estimula la investigación sobre este tipo de enfermedades y su prevención.

Las entidades miembro ofrecen la experiencia y capacidad de sus miembros para colaborar activamente con los tratamientos psicosociales y psicoeducativos, y otras acciones que garantizan la adecuada atención sanitaria y social de estas personas, con el objetivo de conseguir su rehabilitación, reinserción social e integración laboral. Esto se consigue con programas de atención domiciliaria y de respiro familiar, con la puesta en marcha de centros de rehabilitación, centros de empleo, etc, siempre coordinados con la red de asistencia pública.

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES)
C/ Hernández Mas, 20-24
28053 Madrid
Tel: 91 507 92 48
www.feafes.com
E-mail: feafes@feafes.com

CENTRO ESPAÑOL DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL (CEIFEM)
Tel: 902 131 067
E-mail: ceifem@feafes.com

Entidades autonómicas confederadas

ANDALUCÍA
FEAFES - ANDALUCÍA
Avda. de Italia, 1 -bl 1 - local
41012 - Sevilla
Teléfono: (954) 23 87 81
Fax: (954) 23 87 81
E-mail: feafesandalucia@feafesandalucia.org
Web: www.feafesandalucia.org

ARAGÓN
FEAFES - ARAGÓN
C/ Ciudadela. Pabellón de Santa Ana - Parque de las Delicias
50017 - Zaragoza
Teléfonos: (976) 53 25 05 / (976) 53 24 99
Fax: (976) 53 25 05
E-mail: asapme@public.ibercaja.es

PRINCIPADO DE ASTURIAS

AFESA - ASTURIAS - FEAFES

Ctra. de Rubín, s/n - Recinto hospital psiquiátrico, edificio unidad Aramo, 1° planta
33011 Oviedo - Asturias
Teléfonos: (985) 11 51 42 / (985) 11 39 19
Fax: (985) 11 39 19
E-mail: afesasturias@gmail.com
Web: www.afesasturias.org/

ISLAS BALEARES - ILLES BALEARS

FEBAFEM

C/ de la Rosa, 3 - 3° (Casal Ernest Lluch)
07003 Palma de Mallorca - Baleares
Teléfono: (971) 71 40 17
Fax: (971) 71 40 17
E-mail: febafem@telefonica.net

CANARIAS

FEAFES - CANARIAS

Avda. de la Feria, 42 - Local 2
35012 - Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: (928) 42 08 63
Fax: (928) 42 08 63
E-mail: feafescanarias@yahoo.es
Web: www.feafescanarias.org

CANTABRIA

ASCASAM

Pasaje del Arcillero, 3 - bajo
39001 Santander - Cantabria
Teléfonos: (942) 36 41 15 / (942) 36 33 67
Fax: (942) 36 33 67
E-mail: sede@ascasam.org
Web: www.ascasam.org

CASTILLA-LA MANCHA

FEAFES - CLM

Ronda de Buenavista, 15 - planta 1ª, oficina 3
45005 - Toledo
Teléfono: (925) 28 43 76
Fax: (925) 28 32 60
E-mail: info@feafesclm.com
Web: www.feafesclm.com

CASTILLA Y LEÓN

FEAFES - CASTILLA Y LEÓN

C/ San Blas, 14 - Entreplanta derecha.
47003 - Valladolid
Teléfonos: (983) 30 15 09 / (605) 24 88 69
Fax: (983) 30 15 09
E-mail: feafescyl@feafescyl.org
Web: www.feafescyl.org/

CATALUÑA - CATALUNYA

FECAFAMM

C/ Berguedà, 9-11 - Entl. 3ª
08029 Barcelona
Teléfono: (93) 272 14 51
Fax: (93) 272 13 65
E-mail: federacio@fecafamm.org
Web: www.fecafamm.org

CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

ASOCIACIÓN CEUTÍ DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS (ACEFEP)

c/ Sargento Coriat, 5 - 2° B
51001 Ceuta
Tel: 956 51 63 28

EXTREMADURA

FEAFES - EXTREMADURA

Ctra. del puerto, s/n - recinto Valcorchero. Pabellón 9
10600 Plasencia - Cáceres
Teléfono: (927) 41 51 28
Fax: (927) 41 51 28
E-mail: feafesextremadura@yahoo.es
Web: www.feafesextremadura.org

GALICIA

FEAFES - GALICIA

Rúa Galeras 13 - 1°, Ofic. 1 Y 3
15705 Santiago de Compostela - A Coruña
Teléfono: (981) 55 43 95
Fax: (981) 55 48 52
E-mail: feafesgalicia@feafesgalicia.org
Web: www.feafesgalicia.org

COMUNIDAD DE MADRID

FEMASAM

C/ Manuel Fernández Caballero, 10 - local
28019 - Madrid
Teléfono: (91) 472 98 14
Fax: (91) 471 98 40
E-mail: femasam@femasam.org
Web: www.femasam.org

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

AMELFEM

Gral. Astilleros, Edif. Severo Ochoa, 5-2-5
52006 - Melilla
Teléfono: (952) 67 39 80
E-mail: falampa@telefonica.net / wuan_8@hotmail.com

REGIÓN DE MURCIA

FEAFES - REGIÓN DE MURCIA

C/ Cigarral, 6 - bajo
30003 - Murcia
Teléfonos: (968) 23 29 19 / (968) 90 75 85
Fax: (968) 90 75 85
E-mail: info@feafesmurcia.com
Web: www.feafesmurcia.com

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

ANASAPS

C/ Río Alzania, 20 - trasera
31006 Pamplona - Navarra
Teléfono: (948) 24 86 30
Fax: (948) 24 03 36
E-mail: anasaps@anasaps.org
Web: www.anasaps.org

PAÍS VASCO - EUSKADI

FEDEAFES

C/ Tres cruces, 5 - bajo
01400 Llodio - Álava
Teléfono: (94) 406 94 30
Fax: (94) 403 04 91
E-mail: fedeafes@yahoo.es
Web: www.fedeafes.org

LA RIOJA

ARFES - PRO SALUD MENTAL

C/ Cantabria, 33 - 35
26004 Logroño - La Rioja
Teléfonos: (941) 23 62 33 / (941) 26 16 74
Fax: (941) 23 86 94
E-mail: arfes@arfes.org
Web: www.arfes.org

COMUNIDAD VALENCIANA - COMUNITAT VALENCIANA

FEAFES CV

C/ Ribera, 14 - 5º, Pta. 9, despacho C
46002 - Valencia
Teléfono: (96) 353 50 65
Fax: (96) 353 50 65
E-mail: feafescv@gmail.com
Web: www.feafescv.org

FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

www.feafes.com

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARIA GENERAL DE
INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

CENTRO PENITENCIARIO
DE SEGOVIA

OFICIO

S/REF
N/REF.
FECHA: Segovia, 14 de mayo de 2018
ASUNTO: Rdo. Bases convocatoria médicos

DESTINATARIO:

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
PASEO CONDE SEPULVEDA, 22

SEGOVIA

C.P. SEGOVIA	
Fecha Salida	15/05/2018
Hora presentación	08:38
Nº Registro	241584

A efectos de máxima difusión, se remite Convocatoria proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria.

Así mismo se remiten bases de dicha convocatoria.

EL DIRECTOR

CENTRO PENITENCIARIO SEGOVIA DIRECCION

Fdo. José María García Martín

Carretera Nacional 110
Punto Kilométrico 196
40154 SEGOVIA
Tel. 921 414900
Fax 921 414925

II. AUTORIDADES Y PERSONAL

B. Oposiciones y concursos

MINISTERIO DEL INTERIOR

6241 *Resolución de 26 de abril de 2018, de la Subsecretaría, por la que se convoca proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria.*

Teniendo en cuenta lo previsto en el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público y lo establecido en el artículo 27 del Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General de ingreso del personal al servicio de la Administración General del Estado y de provisión de puestos de trabajo y promoción profesional de los funcionarios civiles de la Administración General del Estado y de la Orden APU/1461/2002, de 6 de junio («Boletín Oficial del Estado» de 15), por la que se establecen las normas para la selección y nombramiento del personal funcionario interino, previa autorización del Ministerio de Hacienda y Función Pública, esta Subsecretaría ha resuelto:

Convocar proceso selectivo con el fin de confeccionar una relación de candidatos para su posterior nombramiento como funcionarios interinos del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, a cuyos efectos se anuncia la Resolución de 26 de abril de 2018 conteniendo las bases de la referida convocatoria, que se harán públicas en las oficinas de información del Ministerio del Interior, del Ministerio de Hacienda y Función Pública y de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en todos los Centros Penitenciarios, en Delegaciones y Subdelegaciones de Gobierno, en los Colegios de Médicos, y en la página Web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias www.institucionpenitenciaria.es y en www.administracion.gob.es.

El plazo de presentación de instancias es de 10 días hábiles a partir del siguiente a la publicación de este anuncio en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 26 de abril de 2018.–El Subsecretario del Interior, Luis Aguilera Ruiz.

cve: BOE-A-2018-6241
Verificable en http://www.boe.es

RESOLUCIÓN DE LA SUBSECRETARÍA DEL MINISTERIO DEL INTERIOR DE 26 DE ABRIL DE 2018 POR LA QUE SE CONVOCA PROCESO SELECTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE RELACIÓN DE CANDIDATOS PARA EL POSTERIOR NOMBRAMIENTO DE FUNCIONARIOS INTERINOS DEL CUERPO FACULTATIVO DE SANIDAD PENITENCIARIA.

Con el fin de atender con la mayor rapidez posible el nombramiento de funcionarios interinos que se pudiesen producir en el futuro, pertenecientes al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, teniendo en cuenta lo previsto en el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, en el Reglamento General de Ingreso, aprobado por el Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo (Boletín Oficial del Estado de 10 de abril), en la Orden APU/1461/2002, de 6 de junio (Boletín Oficial del Estado del 15 de junio), por la que se establecen normas para la selección de personal funcionario interino, en la Instrucción conjunta de las Secretarías de Estado de Hacienda y Presupuestos y para la Función Pública sobre procedimiento de autorización de contratos de personal laboral, nombramiento de funcionarios interinos y de personal estatutario temporal de 17 de noviembre de 2010, y el resto de normativa vigente en la materia, la Subsecretaría de Interior acuerda convocar proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria.

La presente convocatoria tendrá en cuenta el principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres por lo que se refiere al acceso al empleo, de acuerdo con el artículo 14 de la Constitución Española, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo y el Acuerdo de Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el II Plan para la Igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos, y se desarrollará de acuerdo con las siguientes:

BASES DE LA CONVOCATORIA

1. NORMAS GENERALES

1.1 La presente convocatoria y todos los actos que se deriven de ella se publicarán, al menos, en la página web del órgano convocante www.institucionpenitenciaria.es y en el punto de acceso general www.administracion.gob.es.

1.2. Se convoca proceso selectivo con la finalidad de confeccionar una relación de candidatos del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, -Código 0900- para atender futuros nombramientos de personal funcionario interino, para hacer frente a situaciones de exceso o acumulación de tareas, según lo establecido en el artículo 10.1 d) del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

El número máximo de candidatos a seleccionar por ámbito geográfico será de 23 según la distribución que se detalla en el Anexo II.

1.3. El proceso selectivo se realizará mediante el sistema de concurso- oposición, con las valoraciones y puntuaciones que se especifican en el Anexo I.

1.4. La descripción de las plazas para las que se confecciona la relación de candidatos se detalla en el Anexo II de esta convocatoria.

1.5. Concluido el proceso selectivo, los aspirantes que lo hubieran superado y que hayan acreditado cumplir los requisitos exigidos, hasta el máximo de candidatos a seleccionar que se señalan en la base 1.2, serán incluidos en la relación de candidatos objeto de la presente convocatoria.

2. REQUISITOS DE LOS CANDIDATOS

2.1. Para ser admitidos a la realización del proceso selectivo, los candidatos deberán poseer en el día de finalización del plazo de presentación de solicitudes y mantener hasta la toma de posesión como funcionario interino los siguientes requisitos de participación:

2.1.1. Nacionalidad:

A. Tener nacionalidad española.
B. Ser nacional de los Estados miembros de la Unión Europea.
C. Cualquiera que sea su nacionalidad, el cónyuge de los españoles y de los nacionales de otros Estados miembros de la Unión Europea, siempre que no estén separados de derecho. Asimismo, con las mismas condiciones, podrán participar sus descendientes y los de su cónyuge, menores de veintiún años, que vivan a su cargo, o mayores de dicha edad dependientes.
D. Las personas incluidas en el ámbito de aplicación de los Tratados Internacionales celebrados por la Unión Europea y ratificados por España en los que sea de aplicación la libre circulación de trabajadores.

2.1.2. Edad: Tener cumplidos los 16 años de edad y no haber alcanzado la edad máxima de jubilación forzosa.

2.1.3. Titulación: Estar en posesión o estar en condiciones de obtener el título de Licenciado o Grado en Medicina o Licenciado en Medicina y Cirugía, y además contar con el título que acredite poseer la especialidad en medicina de familia y comunitaria o medicina interna.

Igualmente, será admitidos a las pruebas los aspirantes que posean las certificaciones que habilitan para el desempeño de las funciones de médico general en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1.b) del Real Decreto

853/1993, de 4 de junio, así como quienes posean cualquier otro de los títulos, certificados o diplomas previstos en los apartados "c" y "d" de dicho artículo.

Los aspirantes con titulaciones obtenidas en el extranjero deberán estar en posesión de la correspondiente credencial de homologación o en su caso del correspondiente certificado de equivalencia.

Este requisito no será de aplicación a los aspirantes que hubieran obtenido el reconocimiento de su cualificación profesional, en el ámbito de las profesiones reguladas, al amparo de las Disposiciones de Derecho Comunitario.

2.1.4. Compatibilidad funcional: Poseer la capacidad funcional para el desempeño de las tareas.

2.1.5. Habilitación: No haber sido separado, mediante expediente disciplinario, del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas o de los órganos constitucionales o estatutarios de las Comunidades Autónomas, ni hallarse en inhabilitación absoluta o especial para empleos o cargos públicos por resolución judicial o para el acceso al Cuerpo o Escala de funcionario. En caso de ser nacional de otro Estado, no hallarse inhabilitado o en situación equivalente, ni haber sido sometido a sanción disciplinaria que impida, en su Estado, en los mismos términos, el acceso al empleo público.

2.1.6. No haber sido condenado por delito doloso a penas privativas de libertad mayores de tres años, a menos que se hubiera obtenido la cancelación de antecedentes penales o la rehabilitación.

2.1.7. No estar afectado por limitación psíquica o física que impida el desempeño de las correspondientes funciones.

2.1.8. No ser funcionario de carrera, en prácticas, ni funcionario interino del mismo Cuerpo al que se refiere la presente convocatoria.

3. SOLICITUDES

3.1. Quienes deseen participar en el proceso selectivo deberán cumplimentar el modelo que figura en el Anexo III así como el Anexo III bis de esta convocatoria, que estará disponible en el Ministerio del Interior, en la Oficina del Registro General de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en todos los Centros Penitenciarios, en los Colegios de Médicos y en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno de la provincia correspondiente y en la página www.institucionpentienciaria.es y en el punto de acceso general www.administración.gob.es

3.2. La presentación de solicitudes se realizará en el plazo de diez días hábiles contados a partir del siguiente al de la publicación de esta convocatoria, por cualquiera de los medios siguientes:

- Telemáticamente, a través del Registro Electrónico General de la Administración General del Estado http://administracion.gob.es >Registro Electrónico General.
- Presencialmente, en soporte papel en el Registro General de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias o en el resto de las formas establecidas en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Las solicitudes serán dirigidas al Secretario General de Instituciones Penitenciarias (**Centro Penitenciario cuya vacante se solicita en primer lugar**).
La no presentación de la solicitud en tiempo y forma supondrá la exclusión del aspirante.

3.3. Documentación a presentar junto con la solicitud:

3.3.1 Título: Licenciado o Grado en Medicina o Licenciado en Medicina y Cirugía, y el título de Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria o en Medicina Interna o certificación que le habilite para el desempeño de las funciones de médico general en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1.b) del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio.

3.3.2 Estarán exentos de aportar documentación acreditativa de la nacionalidad, apartado 2.1.1, los incluidos en el apartado a), así como los extranjeros residentes en España incluidos en el apartado b), siempre que autoricen en su solicitud la comprobación de los datos de identificación personal en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad. El resto de los candidatos deberán acompañar a su solicitud documento que acredite las condiciones que se alegan.

3.3.3 Documentación acreditativa de los méritos que el candidato desee que se valoren en la fase concurso. Todo ello atendiendo a los méritos que podrán ser alegados y que se recogen en el Anexo I.

La no presentación de la citada documentación supondrá la exclusión del candidato.

Los errores de hecho, materiales o aritméticos, que pudieran advertirse en la solicitud podrán subsanarse en cualquier momento, de oficio o a petición del interesado.

4. ADMISION DE ASPIRANTES

4.1. Transcurrido el plazo de presentación de solicitudes, esta Subsecretaría publicará la relación de aspirantes admitidos y excluidos, ordenada alfabéticamente, con indicación de las causas de exclusión, número de documento de identidad o pasaporte, señalando un plazo de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente a la publicación de la relación, para subsanar el defecto que haya motivado la exclusión u omisión. Esta relación se publicará al menos en los medios indicados en la base 1.1.

4.2. Finalizado dicho plazo, en el caso de que se hubieran producido modificaciones, éstas se expondrán en los mismos lugares en que lo fueron las relaciones iniciales.

5. TRIBUNAL

5.1. El Tribunal calificador de estas pruebas es el que figura como Anexo IV a esta convocatoria.

5.2. El Tribunal, de acuerdo con el artículo 14 de la Constitución Española, velará por el estricto cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades entre ambos sexos.

5.3. Corresponderá al Tribunal la consideración, verificación y apreciación de las incidencias que pudieran surgir en el desarrollo del concurso-oposición, adoptando al respecto las decisiones motivadas que estime pertinentes.

5.4. El procedimiento de actuación del Tribunal se ajustará en todo momento a lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y demás disposiciones vigentes.

5.5. Los aspirantes podrán recusar a los miembros del Tribunal cuando concurran las circunstancias previstas en el artículo 24 de la Ley citada en el apartado anterior.

5.6.-A efectos de comunicaciones y demás incidencias, el Tribunal tendrá su sede en la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, sita en la C/ Alcalá 38 de Madrid (Teléfonos: 91/335-48-11 y 91/335-49-37. Correo electrónico: SGPIP-SSC@dgip.mir.es

5.7 Por razones operativas y de eficacia práctica se designarán Unidades de Colaboración Periférica de este Tribunal Calificador en cada Centro Penitenciario.

La composición de estas Unidades será la siguiente:

Tres funcionarios del grupo A1 (un Funcionario del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, y dos Funcionarios del Cuerpo Superior), pertenecientes a la plantilla del Centro Penitenciario, designados por el Director, pudiendo ser él mismo siempre que reúna los requisitos del grupo.

La designación de la Unidad de Colaboración Periférica por el Director del Centro Penitenciario, se hará en virtud de resolución, que se publicará en cada Centro Penitenciario donde se nombre y en las Delegaciones o Subdelegaciones de Gobierno que correspondan a esos Centros.

De cada sesión de la Unidad de Colaboración se levantará la correspondiente acta, que será firmada por todos los asistentes a la misma.

6. DESARROLLO DEL PROCESO SELECTIVO

6.1. El Tribunal calificador publicará en los medios referidos en la base 1.1 la relación que contenga la valoración provisional de méritos de la fase de concurso, con indicación de la puntuación obtenida en cada mérito y la total. Los aspirantes dispondrán de un plazo de cinco días hábiles a partir del siguiente al de la publicación de dicha relación, para efectuar las alegaciones pertinentes. Finalizado dicho plazo el Tribunal publicará la relación con la valoración definitiva de la fase concurso, procediéndose por parte de las Unidades Periféricas de Colaboración a la entrevista de los candidatos que han superado la fase concurso (segunda fase del proceso selectivo).

7. SUPERACION DEL PROCESO SELECTIVO

7.1. Finalizadas las dos fases del proceso selectivo, se harán públicos los listados definitivos en los medios citados en la base 1.1, en los que se reflejará tanto la puntuación obtenida en la primera fase, como la calificación obtenida en la entrevista. El número de aspirantes seleccionados podrá ser superior al de las plazas convocadas.

Las Unidades de Colaboración Periférica, remitirán al Tribunal calificador del proceso la propuesta de nombramiento, informando, en el caso de no ser la persona propuesta la que ocupe el primer lugar del listado final, el motivo de tal circunstancia (por renuncia, o por nombramiento en otros Centros, etc.). Vistas las propuestas por el Tribunal, éste a su vez, remitirá la propuesta de nombramiento al órgano gestor encargado de su tramitación.

El candidato propuesto, deberá presentar la documentación que se señala en la base 2 en los cinco días siguientes al de la notificación que se le haga de su nombramiento, en el Centro Penitenciario donde va a ser nombrado.

7.2. Si una vez efectuado el nombramiento, alguno de los funcionarios interinos perdiera tal condición, se podrá sustituir por el siguiente candidato de la relación.

7.3. La inclusión en la relación de candidatos servirá únicamente para el futuro nombramiento de funcionarios interinos para hacer frente a situaciones de exceso o acumulación de tareas, según lo establecido en el artículo 10.1. d) del Real Decreto

Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, sin que de dicha inclusión puedan derivarse otras obligaciones y derechos.

7.4. La relación de candidatos que resulte de la presente convocatoria tendrá una vigencia de veinticuatro meses desde su publicación, salvo que antes se publiquen nuevas relaciones que las sustituyan.

7.5. La inclusión en la relación de candidatos objeto de la presente convocatoria de los aspirantes que superen el proceso selectivo, se efectuará de acuerdo con la puntuación total obtenida.

8. GESTION DE LAS RELACIONES DE CANDIDATOS

8.1. La gestión de la relación de candidatos estará encomendada a la Subdirección General de Recursos Humanos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Una vez formalizada la preceptiva autorización de nombramiento de funcionarios interinos, el centro gestor que corresponda procederá a ofertar el nombramiento por riguroso orden de integrantes de la relación de candidatos. Estas ofertas se podrán realizar telefónicamente, comenzando por el candidato que ocupe el primer lugar de la relación, comunicándoles la documentación que deben presentar para poder ser nombrados funcionarios interinos.

En el caso de que no se localizase al candidato, o habiendo sido citado de forma adecuada no se presentase en el día y lugar indicados o no presentase la documentación requerida, se ofertará el nombramiento al candidato que ocupe el siguiente puesto en la relación, y así sucesivamente, hasta la cobertura de la plaza autorizada.

Los candidatos que hayan sido convocados, incluso telefónicamente, y no se encuentren localizables o no comparezcan, perderán su puesto en la relación. Salvo que los candidatos expresen su renuncia definitiva o sean excluidos por la causa señalada en la base 9, volverán a ser llamados nuevamente cuando corresponda, una vez agotada la relación de candidatos y conforme al sistema rotativo de la misma.

9. EXCLUSIONES Y REVOCACIONES

9.1. Será causa de exclusión de la relación de candidatos el rechazar una oferta de nombramiento sin causa justificada.

9.2. El cese de los funcionarios interinos se producirá, además de por las causas previstas en el artículo 63 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado, cuando finalice la causa que dio lugar a su nombramiento.

10. MANTENIMIENTO DEL NÚMERO DE ORDEN

Mantendrán su número de orden en la lista:

- Quienes se encuentren en situación de enfermedad, siempre que acrediten dicha situación mediante la documentación médica oficial correspondiente o concurra alguna causa de fuerza mayor debidamente justificada y libremente apreciada por el Tribunal.
- Quienes se encuentren en situación de maternidad o de embarazo de riesgo, que podrán acceder a la siguiente vacante que se genere.
- Quienes en el momento del llamamiento se encuentren prestando servicios en el sector público o privado.

11. NORMA FINAL

Al presente proceso selectivo le serán de aplicación el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado, el resto de la legislación vigente en la materia y lo dispuesto en la presente convocatoria.

Contra la presente convocatoria se podrá interponer, con carácter potestativo, recurso de reposición ante el Subsecretario de Interior, en el plazo de un mes desde su publicación, o bien recurso contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses desde su publicación, ante la Sala de lo Contencioso- Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de su Comunidad Autónoma o del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, a elección del recurrente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, significándose que, en caso de interponer recurso de reposición, no se podrá interponer recurso contencioso-administrativo hasta que aquel sea resuelto expresamente o se haya producido la desestimación presunta del mismo.

Asimismo, la Administración podrá, en su caso, proceder a la revisión de las resoluciones del Tribunal, conforme a lo previsto en la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Madrid, 25 ABR 2018
EL SUBSECRETARIO

MINISTERIO DEL INTERIOR SUBSECRETARIA

Luis Aguilera Ruiz

ANEXO I
DESCRIPCION DEL PROCESO SELECTIVO

El sistema selectivo se hará en virtud de los méritos y capacidad de los participantes, conforme al siguiente procedimiento:

PRIMERA FASE (Fase Concurso):

Méritos

1.- Méritos profesionales: (Max. 60 puntos)

1.1.- Por la experiencia profesional en puestos de trabajo con funciones y tareas idénticas a los asignados a los puestos convocados, correspondientes al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria (máximo 60 puntos):

-Por cada mes completo de experiencia .....5 puntos

1.2.- Por experiencia en el desempeño de idénticas funciones realizadas en cualquiera de las Administraciones Públicas (máximo 30 puntos):

-Por cada mes completo de experiencia..... 2,5 puntos

La forma de acreditación de los méritos profesionales será mediante certificado original expedido por la correspondiente unidad de personal, en el caso de experiencia adquirida en la Administración, en el que conste trabajo realizado y periodo en el que ha sido desempeñado, o copia compulsada del contrato de trabajo, o copia compulsada de la certificación de la vida laboral expedida por la Tesorería General de la Seguridad Social.

2.- Méritos formativos (Max. 30 puntos)

2.1.- Por haber superado ejercicios en los procesos selectivos de ingreso en el Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria convocados en los dos últimos años, hasta un máximo de 18 puntos:

2.1.1 Por superar el primer ejercicio en alguno de los procesos → 12 puntos.
2.1.2 Por superar el primer y segundo ejercicio en alguno de los procesos. → 15 puntos.
2.1.3 Por superar el primer, segundo y tercer ejercicio en alguno de los procesos → 18 puntos.

Estos méritos se reflejarán en el Anexo III -modelo de solicitud-, en el último apartado (pruebas de acceso superadas), que serán comprobadas por la Unidad gestora.

2.2.-Por estar en posesión de Especialidad MIR distinta a la exigida para participar en el proceso, relacionada con las funciones propias del Cuerpo al que pretende acceder, 5 por cada titulación, hasta un máximo de 10 puntos.

2.3.- Por estar en posesión de los siguientes cursos:

Psiquiatría
Toxicomanías
Urgencias
Radiodiagnóstico
Educación para la Salud

Se valorarán un único curso con 0,4 puntos por cada materia anteriormente relacionada, hasta un máximo de 2 puntos, debiendo haber sido impartidos por entidades públicas o privadas, siempre que los impartidos por estas últimas se hayan realizado en virtud de convenios de colaboración con la Administración.

Todos estos méritos para ser valorados se acreditarán con originales siendo presentados con la instancia de participación en el plazo establecido.

Criterios de desempate:

1.- Por la experiencia del apartado 1.1 (se contabilizarán los servicios prestados en años, meses y días)
2.- Por la puntuación obtenida en el apartado 1.2 (se contabilizarán los servicios prestados en años, meses y días)
3.- Por la puntuación obtenida en el apartado 2.1 y 2.2

De persistir el empate, el Tribunal Calificador adoptará las medidas oportunas para dirimirlos, haciéndose públicas en su momento.

En el caso de que existieran candidatos que no poseyeran el conocimiento del castellano, con carácter previo a su inclusión en la correspondiente relación, deberán superar una prueba en la que se compruebe que poseen un nivel adecuado de comprensión y expresión oral y escrita en esta lengua.

SEGUNDA FASE (Entrevista)

Esta segunda fase consistirá en una entrevista que se realizará a los aspirantes que hayan superado la primera fase, realizándose por las Unidades de Colaboración Periféricas correspondientes.

La entrevista será realizada a los efectos de hacer una valoración como profesional, emitiendo un informe sobre la adecuación del aspirante al puesto de trabajo a desarrollar, que se realizará en la forma y con el procedimiento que establezca cada Unidad de Colaboración.

La calificación de esta fase será de "Apto" o "No apto". Los aspirantes calificados como "No aptos" quedarán eliminados del proceso selectivo.

Realizada la entrevista, el Tribunal calificador publicará la relación total de aspirantes que han superado las dos fases, por orden de puntuación, en los lugares de publicación arriba indicados.

ANEXO II
DESCRIPCION DE LAS PLAZAS (FACULTATIVOS)

Relación de Centros que pueden ser solicitados

Duración 6 meses

CENTRO PENITENCIARIO	PLAZAS	CENTRO PENITENCIARIO	PLAZAS
ALMERIA	1	LUGO - BONXE	1
ALICANTE II	1	LUGO - MONTERROSO	1
ARRECIFE	1	MADRID I	1
CASTELLON II	1	MADRID VII	1
CEUTA	1	MALAGA II (ARCHIDONA)	1
DAROCA	1	MELILLA	1
JAEN	1	MENORCA	1
LAS PALMAS II	1	CASTELLON	1
LEÓN	1	OCAÑA II	1
LOGROÑO	1	VALENCIA	1

Duración 3 meses

CENTRO PENITENCIARIO	PLAZAS
AVILA	1
IBIZA	1
TERUEL	1

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SUBSECRETARIA

ANEXO III

SOLICITUD DE PARTICIPACION AL PROCESO SELECTIVO PARA LA SELECCIÓN Y EL NOMBRAMIENTO DE PERSONAL FUNCIONARIO INTERINO

DATOS PERSONALES

APELLIDO 1.....APELLIDO 2.....
NOMBRE.....Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD.....
DIRECCION: c/av/pz.....num.....plso.....Cod.Postal.....TELEFONO.....
LOCALIDAD.....PROVINCIA.....PAIS.....
FECHA NACIMIENTO.....LOCALIDAD NACIMIENTO.....PAIS NACIMIENTO.....
NACIONALIDAD.....

PROCESO SELECTIVO

MINISTERIO DEL INTERIOR ORGANISMO: SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
FECHA DE LA CONVOCATORIA.....CUERPO O ESCALA.....
AMBITO GEOGRAFICO SOLICITADO.....
(Se podrá optar por más de un ámbito geográfico de los convocados)

TITULACION MINIMA EXIGIDA

MERITOS ALEGADOS

MERITOS			PUNTUACION
PROFESIONALES			(No Rellenar)
EXPERIENCIA EN PUESTOS DE TRABAJO CON FUNCIONES Y TAREAS IDENTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA			
DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESESY DIAS)	
EXPERIENCIA EN PUESTOS TRABAJO CON FUNCIONES Y TAREAS IDENTICAS EN EL RESTO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS			
DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESESY DIAS)	
EXPERIENCIA EN PUESTOS DE NIVEL INFERIOR CON FUNCIONES Y TAREAS AFINES			
DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESESY DIAS)	
FORMATIVOS			
OTRAS ESPECIALIDADES MIR DISTINTAS A LA EXIGIDA EN LA CONVOCATORIA			
CURSOS DE CAPACITACION			
PRUEBAS DE ACCESO SUPERADAS DE FUNCIONARIO DE CARRERA			

GRUPO	CUERPO O ESCALA	DPTO U ORGANISMO	FECHA CONVOCAT.	Nº EJERCICIO	FECHA PUBLICACION LISTA	

PUNTUACION TOTAL	

Lugar, fecha y firma.....de..... de 2018 .

Autorizo a la comprobación de los datos de identificación personal en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (R.D. 522/2006, de 28 de abril, B.O.E. del 9 de mayo. Ley de protección de datos de carácter personal 15/1999.	☐ SI	☐ NO

SR. SECRETARIO GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (CENTRO PENITENCIARIO DE.....)

AMADOR DE LOS RÍOS, 7
28071 - MADRID

ANEXO III bis

SOLICITUD DE PLAZAS POR ORDEN DE PREFERENCIA PARA EL PROCESO SELECTIVO DE FUNCIONARIOS INTERINOS DEL CUERPO FACULTATIVO DE SANIDAD PENITENCIARIA 2018

NOMBRE Y APELLIDOS ..... D.N.I: .....

En a de 2018

Fdo.

Orden	CENTRO PENITENCIARIO
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	

Fundación científica
Colegio de Médicos de Segovia

Protección de datos, Secreto Profesional e incompatibilidades tecnológicas.

Día 12 de junio de 2018
de 18:00 a 20:00 h
Sede del Colegio de Médicos de Segovia

PSN SERCON

¿Estás preparado para adaptarte al *Reglamento Europeo de Protección de Datos?*

Visión global de las nuevas obligaciones que vienen marcadas por la nueva normativa europea en materia de Protección de Datos, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

Salvador Serrano Fernández
(Responsable del Área de Protección de Datos)
psnsercon.com/blog

- *Introducción al reglamento*
- *Principios del tratamiento*
- *El consentimiento del titular*
- *Los derechos del interesado*
- *Responsable del tratamiento y encargado del tratamiento*
- *Nuevas obligaciones del RGPD*
- *El Delegado de Protección de Datos (DPD) o Data Protection Officer (DPO)*

¿Las ***tecnologías*** que utilizamos son ***compatibles*** con el ***Secreto Profesional***?

Toda la información que generamos se almacena de forma digital. Conceptos tan importantes y básicos como el **Secreto Profesional** siguen estando vigentes. ¿Los hemos tenido en cuenta al adoptar tecnologías digitales? Normalmente no. ¿Quién más tiene acceso a la información que debería estar protegida? ¿Por qué hay tanto interés ahora en la información clínica de los pacientes?

Pablo Marinero Merino
(Informático, Experto en Privacidad)
www.pablomarinero.com

- *Código Deontológico: Secreto Profesional*
- *Datos médicos: ¿especial interés?*
- *El factor humano*
- **Problemas actuales**
  - * **Infraestructura**
  - * **Uso de la tecnología**
- *Algunas soluciones*