

# ADCUSPPYMA

## REVISTA INFORMATIVA/EDUCATIVA DE CONSUMO, SANIDAD Y MEDIO AMBIENTE DE ESPAÑA

EDICIÓN. -27- SEPTIEMBRE/OCTUBRE- 2018 - DL.T 494-2014 ISSN 2604-1049



ORTIGUEIRA- LA CORUÑA-GALICIA



LAUJAR DE ANDARAX-ALPUJARRAS ALMERIENSE-ANDALUCIA



CABO DE GATA PARQUE NATURAL-ALMERIA-ANDALUCIA

## DONDE SE ENVÍA LA REVISTA:

### EXTERIOR:

ALEMANIA.-AMERICA DEL SUR.- ANGOLA.-AUSTRALIA.- BELGICA.-BULGARIA.-CANADA.- CHINA-HONG KONG.-CUBA.-EGIPTO.- ESLOVAQUIA.-ESLOVENIA.-ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.-FILIPINAS.-FRANCIA.-GHANA.-INDONESIA.-IRLANDA.-ITALIA.-JAPON.-JORDANIA.-KAZAJSTAN. MARRUECOS.-MONGOLIA.-NAMIBIA.- NORUEGA.-NUEVA ZALANDIA.- OMAN.-PAISES BAJOS.-PARLAMENTO EUROPEO.-POLONIA.-PORTUGAL.-REPUBLICA CHECA.-RUMANIA.-SENEGAL.-SINGAPUR.-SUDAFRICA.-SUECIA.-TAILANDIA.-TURQUIA.-

EN ESPAÑA:.-ASOCIACIONES DE VECINOS; ASOCIACIONES DE ENFERMEDADES RARAS; GREMIO EMPRESARIAL; AYUNTAMIENTOS; AUTONOMIAS; PERSONAS FISICAS; LABORATORIOS; COLEGIOS OFICIALES; ORGANIZACIONES DE JUECES Y FISCALES; ORGANIZACIONES DE NOTARIOS; EMISORAS DE RADIO; PRENSA; HOSPITALES; CLINICAS; FARMACIAS; ORGANIZACIONES CARNICAS; AGROALIMENTARIAS; HOMEOPATAS; NATUROPATAS; GANADEROS; AGRICULTORES; SINDICATOS DE TÉCNICOS SUPERIORES SANITARIOS; ASOCIACIONES DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA; CASAS REGIONALES EN EL EXTERIOR; SINDICATOS MEDICOS; SINDICATOS FERROVIARIOS; SINDICATOS DE PILOTOS; CLUBS DE SENDERISMO; CLUBS CICLISTAS

Cada dos meses, enviamos más de TREINTA MIL (30.000) REVISTA.



C/RIO LLOBREGAT-BLQ. 2 ESCA. 9-5º-2ª  
43006-TARRAGONA /ESPAÑA/  
<http://usuaris.tinet.org/aduspyma/>  
[aduspyma@yahoo.es](mailto:aduspyma@yahoo.es) [adsyme@adsyme.net](mailto:adsyme@adsyme.net)  
MÓVIL: 616718313  
TEF/FAX: 34+977550030  
**Nº. DL.T 494-2014 (Es) ISSN 2604-1049**  
**Consecutivo No. 901-2017 (Co)**  
**Periodicidad: BIMENSUAL**

NIF: G-43/401579 NIF: G-55552731

**CANAL ADSYME**

<https://www.youtube.com/channel/UCi0m>

[YUIGGJIVKIIXO2DPsDA](https://www.youtube.com/channel/UCi0m)

**DIRECCIÓN Y MONTAJE DE LA REVISTA**

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

**INFORMATICO:** FRANCISCO OLIVA DOMINGUEZ

## **CONTENIDO DE LA REVISTA**

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN  
INFORMACIÓN SANITARIA  
CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE  
DERECHO Y SENTENCIAS JUDICIALES  
LA DENUNCIA  
PUEBLOS DE ESPAÑA  
SUS DERECHOS Y SES DEBERES  
ENFERMEDADES RARAS  
NOTICIAS DE LAS ONG Y OTRAS  
EL RINCON DEL PRESIDENTE  
MEDICINA DEPORTIVA .I Y II PARTE  
LA PORTADA

# INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN Y



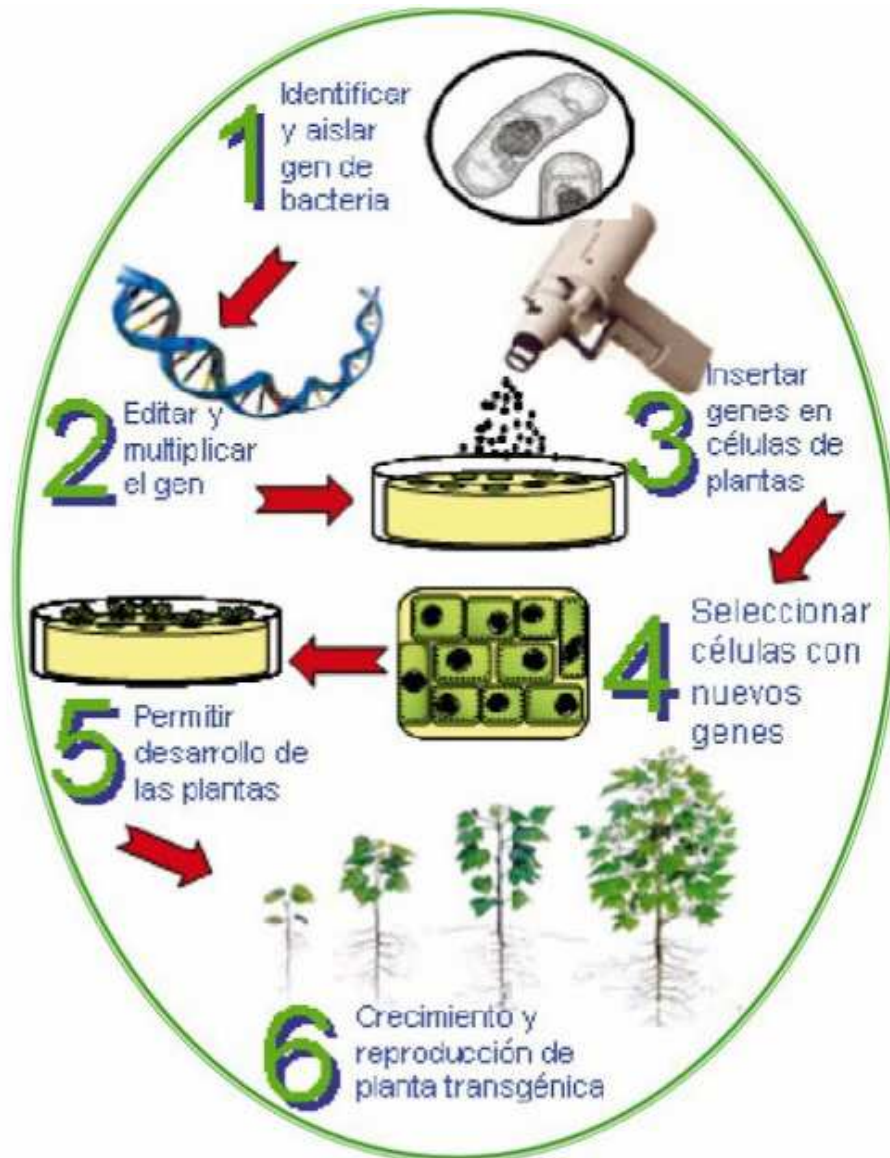
ALIMENTACIÓN



NUTRICIÓN

## NUTRICIÓN

### QUÉ SON LOS ORGANISMOS GENÉTICAMENTE MODIFICADOS



**Los OGMs pueden definirse como organismos en los cuales el material genético (ADN) ha sido alterado de modo artificial**

La tecnología generalmente se denomina "biotecnología moderna" o "tecnología genética". Esta permite transferir genes seleccionados individuales de un organismo a otro y también entre especies no relacionadas.

Los alimentos OGM se desarrollan -y comercializan- porque se percibe cierta ventaja tanto para los productos como para los consumidores de estos alimentos. Esto tiene

como objetivo traducirse en un producto con un menor precio, mayores beneficios (en términos de durabilidad o valor nutricional) o ambos. El objetivo inicial del desarrollo de vegetales sobre la base de organismos OGM fue aumentar la protección de los cultivos. Los cultivos OGM actualmente en el mercado tienen como objetivo principal aumentar el nivel de protección de los cultivos mediante la introducción de resistencia a enfermedades causadas por insectos o virus a los vegetales o mediante una mayor tolerancia a los herbicidas.

### Los transgénicos y la seguridad alimentaria.

Es importante resaltar el hecho de que los alimentos que contienen organismos genéticamente modificados disponibles en el mercado actualmente, han pasado evaluaciones sanitarias muy estrictas. Cada alimento OGM es evaluado individualmente. No se autoriza la comercialización de OGM's para uso alimentario sin una evaluación de riesgos favorable llevada a cabo caso por caso.

### Proceso.

Evaluación genérica y medio ambiental, por la **Comisión Nacional de Bioseguridad**, en la cual participa la **AESA**. Posteriormente, si se persiguen aplicaciones alimentarias, se procede a una evaluación específica, llevada a cabo mediante un procedimiento parcialmente descentralizado por las autoridades nacionales competentes. Si hay objeciones motivadas, se discuten en los foros comunitarios de seguimiento de autorizaciones (Autoridades designadas para aplicación del reglamento de "Nuevos Alimentos", Comisión Europea, en los comités de Etiquetado y Trazabilidad de Alimentos y Piensos, Consejo UE).

Cabe destacar que son los alimentos más evaluados en toda la historia de la alimentación y el único caso en el ámbito de la alimentación en el que la salida al mercado se condiciona a una autorización sanitaria previa, análoga a lo que se lleva a cabo con los medicamentos. Los alimentos OGM actualmente disponibles en el mercado internacional han pasado las evaluaciones de riesgo y no han demostrado efectos sobre la salud humana como resultado del consumo de los mismos por la población de los países donde fueron aprobados. La decisión de autorización puede establecer un programa de monitoreo post-comercialización. Los resultados de estas evaluaciones, a la luz del estado actual de la ciencia, no han detectado ningún riesgo y demuestran pues que estos alimentos no son ni más ni menos peligrosos que los convencionales.

La **AESA** defiende la autorización sanitaria previa a la comercialización y apoyar un etiquetado completo y veraz que permita la libre elección por parte del consumidor. Esta línea es la sostenida por otras **Agencias de Seguridad Alimentaria** y la posición más defendida en la **Unión Europea**.

Por otra parte, el **Centro Nacional de Alimentación**, dependiente de la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AES)**, viene trabajando desde el año 1999 en el desarrollo e implantación de metodologías que permitan identificar o cuantificar la presencia de organismos modificados genéticamente (OGM), vegetales utilizados en su totalidad o parcialmente como ingredientes en alimentación, en los productos alimenticios presentes en el mercado.

En general, los consumidores consideran que los alimentos tradicionales (que usualmente se han consumido por miles de años) son inocuos. Cuando se desarrollan alimentos nuevos por métodos naturales, se pueden alterar algunas de las características existentes en los alimentos, tanto de forma positiva como negativa. Se podría convocar a las autoridades nacionales de alimentos a examinar los alimentos tradicionales, pero esto no siempre ocurre. En realidad, puede ocurrir que los vegetales nuevos desarrollados mediante técnicas tradicionales de reproducción no se evalúen rigurosamente usando técnicas de evaluación de riesgos. Con los alimentos OGM, la mayoría de las autoridades nacionales consideran que son necesarias evaluaciones específicas. Se han establecido sistemas específicos para una evaluación rigurosa de organismos OGM y alimentos OGM relativos tanto a la salud humana como al medio ambiente. Por lo general, no se realizan evaluaciones similares para los alimentos tradicionales. Por lo tanto, hay una diferencia significativa en el proceso de evaluación antes de la comercialización para estos dos grupos de alimentos.

Uno de los objetivos del **Programa de Inocuidad** de la **Organización Mundial de la Salud** es colaborar con las autoridades nacionales en la identificación de los alimentos que deben someterse a evaluaciones de riesgos, incluyendo alimentos OGM, y recomendar las evaluaciones correctas.

## **ESTADO DE SITUACIÓN SOBRE EL DESAYUNO EN ESPAÑA**

### ***Fundación Española de la Nutrición (FEN)***



#### **Autores**

Emma Ruiz Moreno, Teresa Valero Gaspar, Paula Rodríguez Alonso, Ana Díaz-Roncero González, Andrea Gómez Carús, José Manuel Ávila Torres, Gregorio Varela Moreiras



(Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

## **Recuerdo sobre la importancia del desayuno**



( Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

El desayuno es la primera comida del día. Ayuda a reorganizar los cambios metabólicos sufridos durante la noche, evita los efectos de un ayuno prolongado y, en muchas ocasiones, incluye el primer líquido ingerido tras un largo periodo de tiempo, por lo que contribuye a mantener el estado hídrico correcto.

En diversos estudios se ha relacionado el hábito de desayunar con una menor prevalencia de obesidad. Sin embargo, otros estudios no encontraron ninguna asociación entre el desayuno y la pérdida de peso o incluso que saltarse el desayuno condujo a la pérdida de peso. Por tanto, no solo es importante el hecho de desayunar o no, sino que se debe tener en cuenta la composición del mismo y su presentación. También se ha de tener en cuenta la influencia de otros factores relacionados, puesto que se ha observado una relación positiva entre el desayuno y el ejercicio físico, y negativa con respecto al tabaco, a cenar tarde, consumo de alcohol, e ingesta de energía diaria. Estos resultados indican que se debe estudiar si las recomendaciones más específicas con respecto a los tipos de comidas o cantidad de comida pueden mejorar los resultados de la pérdida de peso.

Además de su relación con la prevención de la obesidad, también se ha estudiado una asociación positiva entre desayunar y la mejora del rendimiento intelectual, especialmente sobre la memoria. Esto podría deberse a que el ayuno prolongado tras despertarse aumenta las necesidades de energía. Este problema es mayor en los menores, ya que su sistema nervioso no está adaptado a utilizar energía proveniente de vías alterativas, por lo que esta ausencia de energía termina afectando al rendimiento físico y mental. A pesar de estos resultados, en general, se reconoce que existen limitaciones metodológicas al evaluar los beneficios del desayuno en el rendimiento académico, por lo que es necesario que las investigaciones futuras trabajen en este aspecto, teniendo en cuenta la composición del desayuno y sus efectos a largo plazo.

Algunos estudios muestran otros beneficios asociados a un desayuno adecuado, como el control del colesterol, ya que los cereales que son fuentes de fibra soluble (avena y cebada) se asocian a perfiles lipídicos cardiosaludables (menor concentración de colesterol total y colesterol LDL sanguíneo). De hecho, el estudio de *Geliebter et al* mostró que

aquellos individuos que omitieron el desayuno durante cuatro semanas presentaron un aumento de las concentraciones de colesterol total, en comparación con los que tomaron copos de maíz o avena. Aunque se haya estudiado el papel de la fibra en el menor riesgo de enfermedad cardiovascular, de acuerdo a la *Asociación Americana del Corazón*, tan solo existen dos estudios prospectivos que han examinado la asociación entre saltarse el desayuno y el riesgo cardiovascular, mostrándose en un riesgo mayor de enfermedad cardiovascular en aquellos que se saltaron el desayuno después de ajustarlos por edad, factores demográficos, dietéticos y de estilo de vida (17,18).



( Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

Otro de los beneficios de los cereales integrales es que parecen asociarse a concentraciones bajas de glucosa exógena en sangre, un mejor control de la glucemia y una reducción de la respuesta post-prandial de insulina en adultos sanos y con sobrepeso, proporcionando beneficios sobre la salud a largo plazo (19,20) y aumentando la sensación de saciedad.

Por una cuestión de convención cultural, el desayuno se asocia tanto al consumo de cereales como al de lácteos, por lo que al menos una de las raciones diarias de leche o productos lácteos se consume en esta comida. Una de las características más destacables de este grupo es que es la fuente mayoritaria de calcio de nuestra dieta. Los efectos beneficiosos del calcio y la vitamina D sobre la salud ósea son bien conocidos, pero además, algunos estudios muestran que el calcio podría estar asociado al control del sobrepeso (23,24), aunque debe también consignarse que este efecto potencialmente beneficioso se vería hasta una cierta cantidad de calcio consumido, por encima del cual no habría efecto sobre el control del peso corporal.



( Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

La leche también aporta proteínas de elevada digestibilidad y valor biológico, con una composición equilibrada de aminoácidos esenciales, lactosa, que podría contribuir al crecimiento de la microbiota intestinal al actuar como prebiótico y a favorecer la biodisponibilidad del calcio; además de grasas, magnesio, fósforo, zinc y otros minerales, así como vitaminas del complejo B y vitaminas A y D, todos ellos con importantes funciones en el organismo.

Además, la leche entera contiene 3,8 g de grasa por cada 100 g, esta no sólo no es perjudicial para la salud cardiovascular y otras enfermedades crónicas, sino que además numerosos estudios sugieren un efecto protector de los ácidos grasos presentes en la grasa láctea. Aun así, el uso de leche semidesnatada o desnatada puede recomendarse en personas que necesiten restringir su ingesta de ácidos grasos saturados. En ese caso las leches contienen menos vitaminas liposolubles (A y D), por lo que es interesante aumentar el consumo de pescados grasos o tomar leches enriquecidas.

Incluir fruta en el desayuno es básico. Las recomendaciones para la ingesta de fruta se establecen en un consumo mayor o igual a tres raciones diarias. La presencia de fruta en el desayuno ayuda a cumplir esas recomendaciones. Las frutas poseen un alto contenido en agua, lo que ayuda a alcanzar un nivel de hidratación óptimo; un importante contenido en hidratos de carbono como azúcares, almidón y fibra, esta última oscila entre un 0,3% en el caso de la sandía y 2,5% en el caso del plátano; y una proporción destacada de vitaminas (especialmente de vitaminas hidrosolubles A y C) y minerales (entre los que destacan el potasio y el fósforo). Además, su contenido energético, aunque es variable, debe considerarse como bajo-moderado.

## El desayuno saludable





El *desayuno saludable* es aquel que es variado, completo, equilibrado y satisfactorio. No podemos decir que exista un desayuno “ideal”, sino que hay multitud de combinaciones, que tienen que adecuarse a las necesidades y circunstancias personales.

En lo que sí existe consenso es que para que un desayuno sea completo debería aportar entre el 20-25% de las necesidades energéticas diarias, e incluir al menos cuatro grupos de alimentos. Es habitual que se incluyan siempre los mismos alimentos y en la misma presentación, pero es recomendable variarlo, igual que hacemos con la comida o con la cena. De esta forma, romperemos con la monotonía y disfrutaremos más de nuestros desayunos. En definitiva, el desayuno es una buena ocasión para incluir grupos de alimentos que no deben faltar en nuestra dieta y para completar el número de raciones de diferentes grupos que no vamos a cubrir durante el resto del día.

## ¿Qué alimentos deben formar parte de un desayuno completo?

### **Leche o derivados lácteos**

Leche, yogur, queso...



(Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

Los lácteos proporcionan un elevado contenido de nutrientes en relación con su valor calórico. Aportan proteínas de alto valor biológico, grasa, hidratos de carbono, vitaminas liposolubles (en lácteos enteros), fósforo y calcio, siendo este último altamente absorbible (28). En caso de tomar lácteos desnatados o semidesnatados, es conveniente que estos estén enriquecidos en vitaminas liposolubles.

### **Cereales y derivados**



( Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

Pan, galletas, bollería casera, copos de cereales...

Los cereales aportan principalmente hidratos de carbono complejos, algo de proteína y poca grasa. También aportan vitaminas del grupo B y minerales. Los cereales de grano entero, además, aportan fibra insoluble, ayudándonos a alcanzar los 25 g de fibra que se deben consumir diariamente (29). La fibra también ayudará a los grupos de población que necesiten un aporte extra por problemas de tránsito intestinal. Conviene recordar que además de la fibra insoluble (presente en cereales de grano entero y algunos vegetales como en la zanahoria o el apio), es importante consumir fibra soluble (presente en las frutas, legumbres, avena y algunos vegetales como las coles), de forma que la fibra consumida esté en una proporción de 3/1 entre insoluble y soluble (30). Igualmente es importante significar que los cereales de elección deben ser los integrales y que no sean azucarados en el caso de los denominados *cereales para desayuno*.

## Frutas

Fruta fresca, batidos y zumos naturales...



Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

El consumo de frutas es esencial para conseguir una dieta variada, equilibrada y nutritiva. Existe una amplia variedad de frutas y por tanto una composición muy variable de las mismas, aunque en general podemos decir que las frutas aportan principalmente hidratos de carbono, fibra y vitaminas hidrosolubles. Para consumir todos sus componentes ha de tomarse en forma de fruta fresca, ya que con el batido-licuado, y más aún con el zumo, se pierde buena parte de la fibra y las vitaminas de la pieza original. Por tanto, no se debe sustituir siempre el consumo de fruta fresca por zumos, puede consumirse un máximo de

un vaso del zumo al día sustituyendo como máximo a una de las cinco raciones de frutas y hortalizas diarias recomendadas (31).

### Otros alimentos

Aceite de oliva virgen extra, maquetilla, tomate, frutos secos, huevos, jamón, café, azúcar, miel, mermelada...



(Insertada por ADCUSPPYMA)

El alimento que escojamos ha de ser diferente a los anteriores, y no es necesario que se trate de una ración completa del alimento. El alimento de este grupo le dará variedad a nuestro desayuno y puede ayudarnos a equilibrar la ingesta diaria.

En definitiva, procuremos que el desayuno incluya estos cuatro grupos de alimentos, ya que la combinación de todos ellos nos aportarán hidratos de carbono complejos, fibra, proteína, agua y una adecuada cantidad de grasa, contribuyendo, además a cubrir las necesidades de vitaminas y minerales, sin olvidar tampoco la presencia de compuestos bioactivos de gran interés nutricional.

## INFORMACIÓN SANITARIA



*(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina*

\*\*\*\*\*

*However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)*

## **HOMEOPATIA**

La homeopatía es un sistema terapéutico que consiste en administrar sustancias en dosis infinitesimales y que, en un sujeto sano, producirán los mismos síntomas que la enfermedad que vamos a tratar. Cada tratamiento exige una “individualización” meticulosa. La práctica de la homeopatía consiste en buscar los puntos de contacto existentes entre los síntomas que experimentalmente produce un remedio y los síntomas que presenta el enfermo. En múltiples ensayos clínicos la homeopatía difiere del placebo, aunque su efecto no sea explicable por la medicina tradicional.

No vamos a extendernos en la historia de la medicina, pero, para poder comprender de dónde parte el pensamiento que ha desarrollado las teorías homeopáticas, hay que remontarse hasta el siglo V a.C., cuando los pensadores presocráticos elaboraron unos conceptos fundamentales que marcaron el paso de una etapa mágica a otra mítico-religiosa de índole más racional, estableciéndose el concepto de *physys* (el principio y fundamento real de todo el universo). Viene a ser considerado racionalmente como “lo divino”, por excelencia. La *physys* o “naturaleza del ser” fue a la vez el fundamento y el punto de partida de la medicina técnica griega.

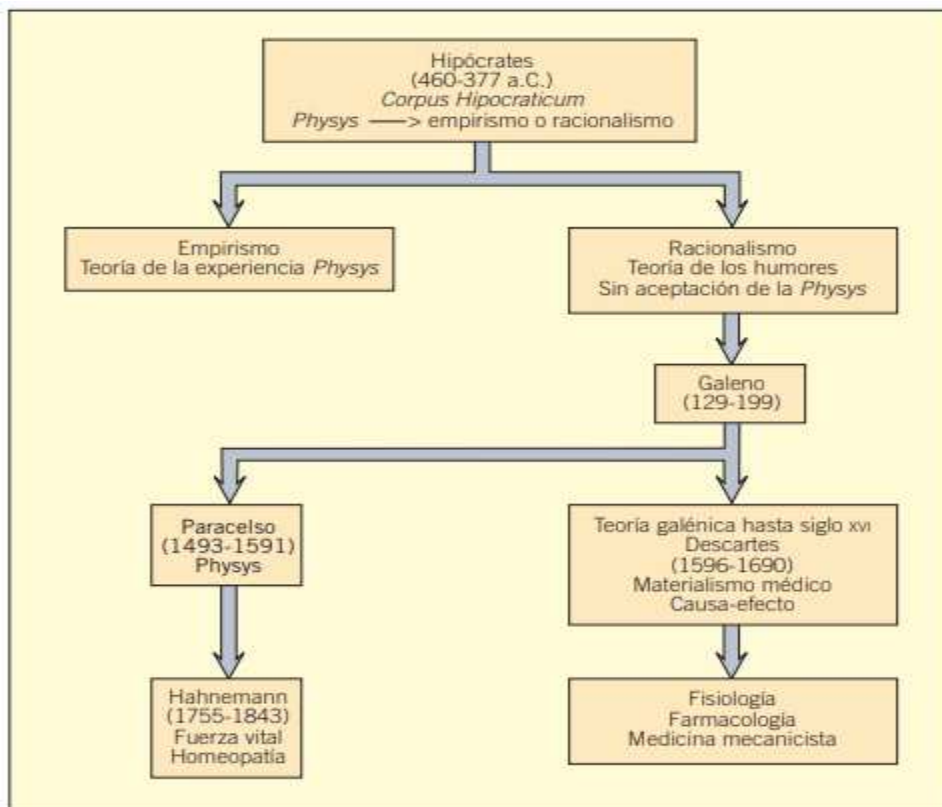
Hipócrates (500 a.C.), llamado “padre de la medicina”, inicia la Etapa Hipocrática. A él se atribuyen una serie de escritos anónimos que, en realidad, fueron compuestos a lo largo de 6 siglos y que recibieron el nombre de *corpus hipocraticum*, constituyendo la base sobre la que posteriormente se desarrollaría la medicina en Occidente. De la diferente comprensión y aplicación que se haga del concepto de *physys* (impulso natural del organismo a curarse) van a surgir, a lo largo del *Corpus hipocraticum*, diferentes teorías, o enfoques médicos contrapuestos, entre las que destacan principalmente dos: el Racionalismo y el Empirismo.

**Racionalismo** Su método científico va de lo particular a lo general. No se acepta el concepto de *physys*. La enfermedad es producida por causas externas. Existe una separación de los conceptos salud-enfermedad. Los síntomas valorables de la enfermedad son los “comunes”; por ejemplo fiebre o inflamación amigdalar. El tratamiento de las enfermedades es sintomático y estandarizado. Un ejemplo en la actualidad sería un enfermo con faringoamigdalitis, cuyos síntomas son fiebre, dolor de

garganta, inflamación de las amígdalas y de la faringe, que sería tratado con antibióticos, antipiréticos y/o con antiinflamatorios. Galeno (131-200 o 203 d.C.) impuso su teoría de los cuatro humores y compuso los tratados que durante 13 siglos habían de hacerle maestro indiscutido de la medicina universal. Hasta el siglo XVI se impuso en toda Europa su teoría. A partir del siglo XVI, con Galileo y, sobre todo, con Descartes, Newton y Lavoisier, se produce un cambio cualitativo del pensamiento básicamente religioso a otro plenamente científico. Descartes (1596-1650), con la división del hombre en espíritu y materia crea la bases del “materialismo médico”...

La homeopatía surge en Alemania con Samuel Hahnemann (1755-1843), quien, continuando la tradición de Paracelso, busca la relación entre el remedio y la enfermedad. Y éste, justamente, fue su descubrimiento. Aplicó los pasos del método científico de modo irreprochable:

1. Observación de un hecho: la Cinchona (quinina) provoca síntomas parecidos a los de las fiebres palúdicas, para la que se prescribe con éxito.
2. Hipótesis. ¿Será que los medicamentos curan por el poder que tienen de alterar la salud del hombre, en forma semejante a las enfermedades para los que están indicados?
3. Experimentación: a) Experimentación pura (uso de medicamentos en sujetos sanos). Pone de manifiesto que aquellos reputados como curativos de ciertas enfermedades producen un cuadro semejante al de la enfermedad en sujetos de experimentación (sanos), y b) la experimentación clínica demuestra que, al administrar un medicamento en función de la semejanza de su cuadro con el de la enfermedad, ésta se cura.



4. Inducción de la comprobación repetida de las “patogenias” (conjunto de perturbaciones que el medicamento genera en el experimentador: enfermedad engendrada) y de la verificación clínica del valor de los medicamentos así estudiados, se induce la Ley de semejanza (lo semejante se cura con lo semejante) como “principio terapéutico de valor universal”.

/-----/

Ballester Sanza, M.J. Sanz Franco y E. Galan Grau

Centro de Salud de Nazaret. Centro de Salud de Cullera. Valencia

**Farmacia:** *Los medicamentos homeopáticos, sean con o sin indicación terapéutica aprobada, siempre que se destinen al tratamiento de un **síntoma menor** y por lo tanto no requieran de prescripción médica, podrán ser objeto de **recomendación farmacéutica**, atendiendo siempre a su uso racional.*

En este artículo, quise resaltar el estudio realizado por dos profesionales de la medicina, en próximos artículos, se expondrán estudios científicos.

Otro factor muy importante, es la prescripción de medicamentos homeopáticos en las farmacias, “no todo es válido para vender”.

Esto es uno de los factores del fracaso de la medicina homeopática, guste o no guste, la Farmacia es para la venta e información médica-científica, NUNCA para recetar.

### **ACTIVIDAD FÍSICA Y UNA DIETA SALUDABLE**



(Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)



### ¿Cuál es el tratamiento para la osteoartritis?

Los médicos a menudo combinan varios tratamientos que se ajustan a las necesidades, el estilo de vida y la salud del paciente. El tratamiento de la osteoartritis tiene cuatro objetivos principales:

- Mejorar el funcionamiento de la articulación
- Mantener un peso saludable
- Controlar el dolor
- Lograr un estilo de vida saludable.

El plan de tratamiento para la osteoartritis puede incluir:

- Ejercicio
- Control de peso
- Descanso y cuidado de las articulaciones
- Técnicas para controlar el dolor sin medicamentos
- Medicamentos
- Terapias complementarias y alternativas
- Cirugía.

### ¿Cómo puede usted beneficiarse de la autoayuda y de tener una "actitud saludable"?

Existen tres tipos de programas para ayudar a los pacientes a aprender acerca de la osteoartritis, la autoayuda y cómo tener una actitud saludable. Estos son:

- Programas de educación al paciente
- Programas de autoayuda para las personas con artritis
- Grupos de apoyo para las personas con artritis.

Estos programas educan a las personas acerca de la osteoartritis y sus tratamientos. Además tienen beneficios evidentes y duraderos. Los participantes de estos programas aprenden a:

- Hacer ejercicio y relajarse
- Hablar con su médico u otros proveedores de servicios médicos
- Resolver problemas.

Las personas con osteoartritis encuentran que los programas de autoayuda les permiten:

- Entender la enfermedad
- Reducir el dolor mientras se mantienen activos
- Lidar con el cuerpo, la mente y las emociones
- Tener mayor control sobre la enfermedad
- Llevar una vida activa e independiente.

Las personas que tienen una actitud saludable:

- Se concentran en lo que pueden hacer en lugar de lo que no pueden hacer
- Se concentran en sus fortalezas y no en sus debilidades
- Dividen las actividades en tareas más pequeñas y fáciles de manejar
- Incorporan el ejercicio y las comidas saludables a su rutina diaria
- Desarrollan maneras de reducir y controlar el estrés
- Mantienen un equilibrio entre el descanso y las actividades
- Desarrollan un sistema de apoyo entre sus familiares, amigos y proveedores de cuidados de salud.



### How Is Osteoarthritis Treated?

Most successful treatment programs involve a combination of approaches tailored to the patient's needs, lifestyle, and health. Most programs include ways to manage pain and improve function.

These can involve exercise, weight control, rest, and relief from stress on joints, pain relief techniques, medications, surgery, and complementary and alternative therapies. These approaches are described below.

#### Four Goals of Osteoarthritis Treatment

- to control pain
- to improve joint function
- to maintain normal body weight



- to achieve a healthy lifestyle.

#### Treatment Approaches to Osteoarthritis

- exercise
- weight control
- rest and relief from stress on joints
- nondrug pain relief techniques and alternative therapies
- medications to control pain
- surgery

#### How Can Self-Care and a Good-Health Attitude Help?

Although health care professionals can prescribe or recommend treatments to help you manage your arthritis, the real key to living well with the disease is you. Research shows that people with osteoarthritis who take part in their own care report less pain and make fewer doctor visits. They also enjoy a better quality of life.

Living well and enjoying good health despite arthritis requires an everyday lifelong commitment. The following six habits are worth committing to:

1. **Get educated:** To live well with osteoarthritis, it pays to learn as much as you can about the disease.
2. **Stay active:** Regular physical activity plays a key role in self-care and wellness.
3. **Eat well:** Though no specific diet will necessarily make your arthritis better, eating right and controlling your weight can help by minimizing stress on the weight-bearing joints.
4. **Get plenty of sleep:** Getting a good night's sleep on a regular basis can minimize pain and help you cope better with the effects of your disease.
5. **Have fun:** Although having osteoarthritis certainly isn't fun, it doesn't mean you have to stop having fun. Activities such as sports, hobbies, and volunteer work can distract your mind from your own pain and make you a happier, more well-rounded person.
6. **Keep a positive attitude:** Perhaps the best thing you can do for your health is to keep a positive attitude. People must decide to make the most of things when faced with the challenges of osteoarthritis. This attitude—a good-health mindset—doesn't just happen. It takes work, every day. And with the right attitude, you will achieve it.

(NIH Medline Plus-Salud)

## ANATOMÍA DE OJO

*Read in Chinese* *Read in English*

*¿Que son los músculos extraoculares?*

Hay 6 músculos presentes en el globo ocular y que se adhieren a él para así poder moverlo. Estos músculos trabajan para rotar y mover el ojo hacia arriba, hacia abajo y hacia los lados.

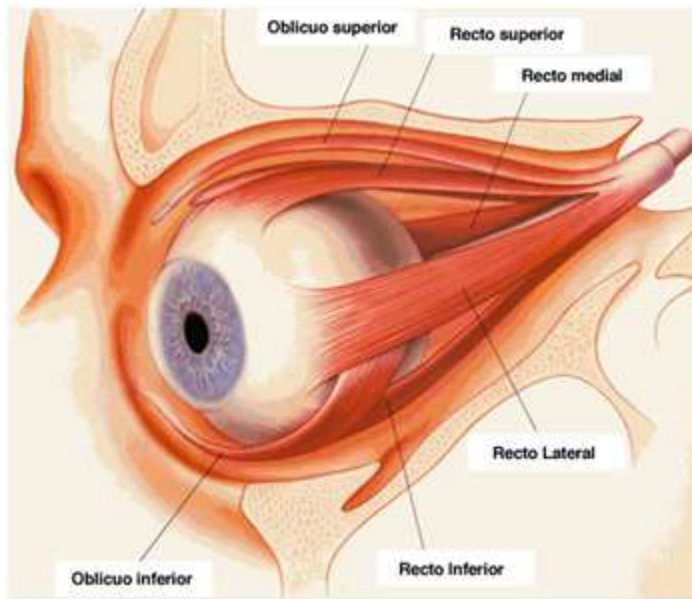


Figura 1. Anatomía de los Músculos extraoculares

( Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

### *¿Qué es el recto superior?*

El recto superior es un musculo extraocular que se adhiere a la parte superior del ojo. Este mueve el ojo hacia arriba.

### *¿Qué es el recto inferior?*

El recto inferior es un musculo extraocular que se adhiere a la parte inferior del ojo y lo mueve hacia abajo.

### *¿Qué es el recto medial?*

El recto medial es un musculo extraocular que se adhiere a la parte interna del ojo cerca a la nariz y lo mueve hacia adentro.

### *¿Que es el recto lateral?*

El recto lateral es un musculo extraocular que se adhiere al ojo en la parte lateral y lo mueve hacia afuera.

### *¿Qué es el oblicuo superior?*

El oblicuo superior es un musculo extraocular que se origina de la parte posterior de la órbita y viaja a través de una polea que se localiza cerca a la nariz, para posteriormente insertarse en la parte superior del ojo. El oblicuo superior rota el ojo en el sentido de las manecillas del reloj. Este musculo también mueve el ojo hacia abajo.

### *¿Qué es el oblicuo inferior?*

El oblicuo inferior es un musculo extraocular. Este se inserta a la parte anterior de la órbita cerca a la nariz y viaja hasta insertarse en la parte inferior del ojo. Este musculo rota el ojo en contra de las manecillas del reloj y hacia arriba.

### *¿Qué es la conjuntiva?*

La conjuntiva es una membrana mucosa transparente que cubre la superficie interna del párpado y la superficie del ojo.

### *¿Qué es la glándula lacrimal?*

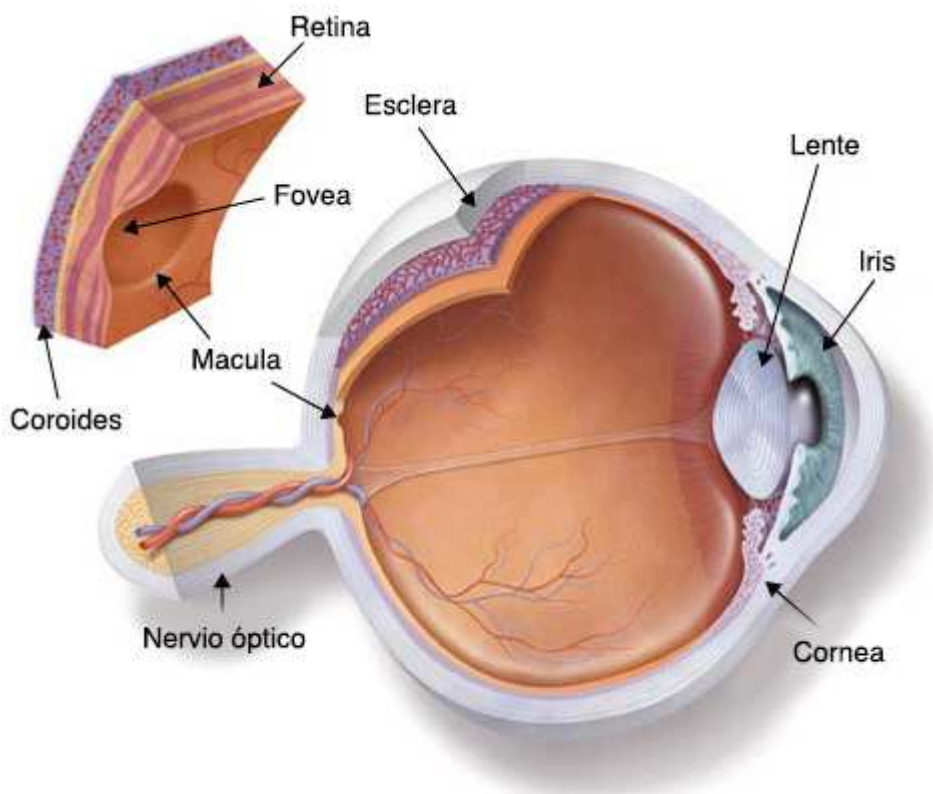
La glándula lacrimal produce lagrimas que lubrica el ojo. Esta se localiza debajo de la ceja in la órbita hacia la parte externa.

### *¿Qué es la capsula de Tenon?*

La capsula de Tenon es una capa de tejido que se encuentra entre la superficie del ojo y la conjuntiva.

### *¿Que el la esclera?*

La esclera es la parte blanca del ojo. Esta cubre casi toda la superficie del globo ocular. Tiene una capa muy fuerte que está hecha de fibras de colágeno. Los tendones de los músculos extraoculares se insertan en la esclera.



**Figura 2. La cornea ocupa la parte central en la parte anterior del ojo**

( Imagen Insertada por ADCUSPPYMA)

### *¿Qué es la córnea?*

La cornea ocupa la parte central anterior de la pared externa del ojo. Es transparente debido a que está hecha de fibras de colágeno en un arreglo especial. Es necesario ver a través de la córnea para poder identificar el iris y la pupila. La cornea refracta la luz que llega a el ojo para así poder enfocarla en la retina.

### **Anatomía Intraocular**

#### *¿Qué es la Cámara Anterior?*

La cámara anterior es un espacio que contiene liquid dentro del ojo. La cornea se encuentra en la parte anterior de esta cámara. El iris y la pupila se encuentran detrás.

### ¿Qué es el iris?

El iris es la parte coloreada del ojo alrededor de la pupila. Los músculos en el iris hacen que este se contraiga con la luz y se dilate cuando está más oscuro. El cambio en el tamaño de la pupila regula la cantidad de luz que llega a la parte posterior del ojo.

### ¿Qué es el lente?

El lente del ojo se localiza justo detrás de la pupila. El lente ayuda a enfocar la luz que entra al ojo en la retina. El lente cambia de forma para poder enfocar los objetos al mirar de cerca. El lente se encuentra suspendido a la pared del ojo por acción de muchas fibras pequeñas llamadas zonulas que se insertan en su capsula.

### ¿Qué es el cuerpo?

El cuerpo ciliar se inserta al borde interno del iris cerca a la pared del ojo. El cuerpo ciliar produce líquido que llena el ojo y nutre sus estructuras. También ayuda a cambiar la forma del lente cuando este enfoca.

### ¿Qué es el vítreo?

El vítreo se encuentra en una cavidad que se localiza entre el lente y la retina y llena la mayor parte del ojo. Es un tejido que juega un papel importante en la nutrición de las estructuras internas del ojo. La luz llega al ojo a través de la pupila y pasa a través del vítreo para después proyectarse en la retina.

### ¿Qué es la retina?

La retina es una estructura transparente y delgada que cubre la pared interna del ojo. El ojo trabaja como una cámara y la retina es análoga al rollo de la cámara. Es donde las imágenes se proyectan antes de que sean transmitidas a través del nervio óptico hasta el cerebro. Es una estructura compleja que se compone de 10 capas de células especializadas incluyendo los fotorreceptores (conos y bastones)

### ¿Qué son los fotorreceptores?

Los fotorreceptores son células muy especializadas de la retina. Son receptores de luz y transforman el impulso de esta a energía química que puede ser transmitida a los nervios y posteriormente al cerebro. Los dos tipos de fotorreceptores son los conos y los bastones. Los bastones perciben los blancos y negros y son los encargados de la visión nocturna. Los conos son responsables de la percepción de los colores y la visión central.

### ¿Qué es la macula?

La macula es un área pequeña y especializada de la retina que es altamente sensible y es la responsable de la visión central. Esta área se localiza en la parte posterior en la retina y se encuentra rodeada de dos ramas de vasos sanguíneos que vienen del nervio óptico hacia la parte lateral del ojo.

### ¿Qué es el epitelio pigmentario retinal?

El epitelio pigmentario retina es una capa de células profunda de la retina. Es una capa de células que mantiene la función de los fotorreceptores en la retina debido a que procesa los productos de la vitamina A, absorbe la luz y transporta los nutrientes adentro y afuera de los fotorreceptores.

### ¿Qué es la coroides?

La coroides es una capa de tejido que se encuentra entre la retina y la sclera. La coroides tiene una suplenencia sanguínea importante que nutre la retina.

#### ¿Qué es el tracto uveal?

El tracto uveal les un componente pigmentario del ojo se compone de 1) el iris, 2) el cuerpo ciliar, y 3) la coroides.

#### ¿Qué es el nervio óptico?

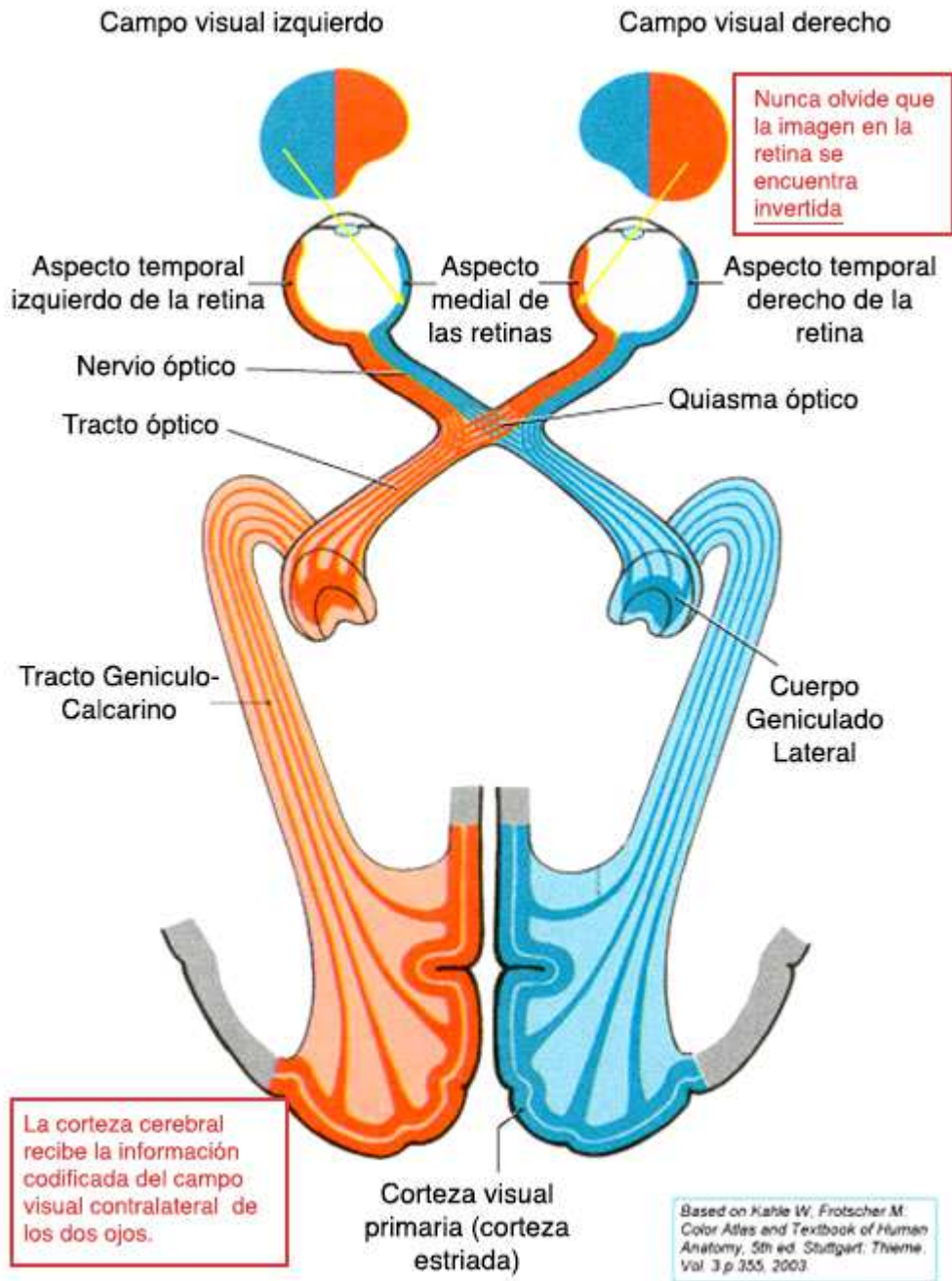
El nervio óptico conecta cada ojo con el cerebro. Es una estructura que envía imágenes vistas por el ojo hacia el cerebro para que así puedan ser procesadas. El nervio óptico termina en una estructura llamada el quiasma óptico. En un adulto, el nervio óptico es casi del diámetro de un lápiz. Hay aproximadamente 1 millón de células individuales en el nervio óptico.

#### ¿Qué es el quiasma óptico?

El quiasma óptico está en un lugar del cerebro en donde los dos nervios ópticos provenientes de cada ojo se encuentran. Las fibras nerviosas independientes provenientes de cada nervio óptico se organizan de una manera especial en el quiasma. Esta organización ocurre de tal manera que el lado derecho del cerebro controla la visión de los objetos en el espacio visual de la izquierda y el lado izquierdo del cerebro controla la visión de los objetos en el espacio de la derecha. (Figura 3)

#### ¿Qué es la corteza visual?

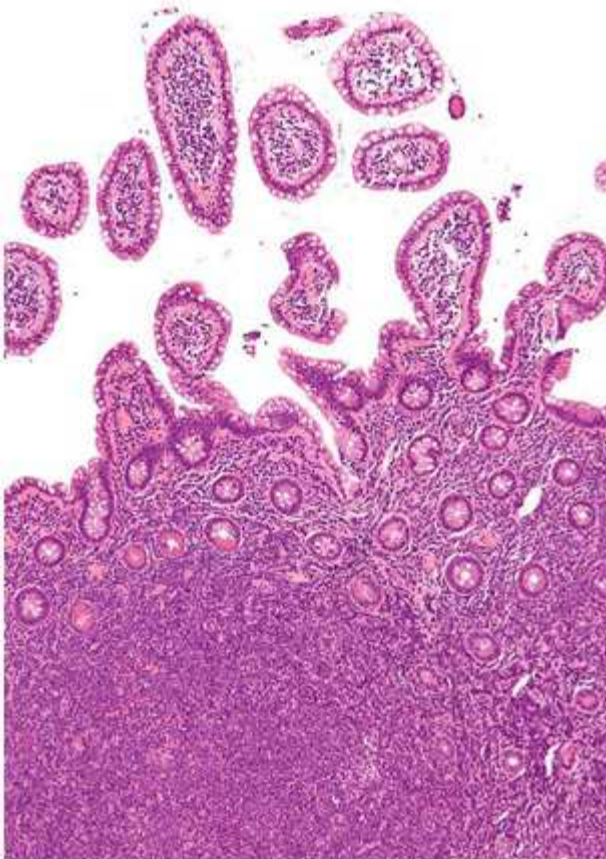
Es un área del cerebro en el lóbulo occipital en la parte posterior al que llega la información visual enviada por la retina. La corteza visual ayuda a procesar la información como los colores, la composición y la relación entre los objetos y el espacio. Esta información se envía a otras partes del cerebro que están encargadas de funciones visuales superiores.



**Figura 3. EL quiasma óptico es el lugar del cerebro en donde los dos nervios ópticos se encuentran.**

*American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*

**ACALABRUTINIB RECIBE APROBACIÓN DE LA FDA PARA LINFOMAS DE CÉLULAS DEL MANTO**



Micrografía de células de linfoma de células del manto en el intestino delgado.

Crédito: Wikimedia Commons/Nephron CC 3.0

El 31 de octubre, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) otorgó una aprobación acelerada a acalabrutinib (Calquence®) para el tratamiento de adultos con linfoma de células del manto en quienes el cáncer ha progresado después de recibir al menos un tratamiento previo.

El linfoma de células del manto es un tipo poco común de linfoma no Hodgkin que surge en las células B, que son un tipo de glóbulo blanco. A la mayoría de las personas con linfoma de células del manto se les diagnostica una enfermedad maligna y diseminada. A diferencia de otros tipos de linfomas malignos, el linfoma de células del manto es muy pocas veces curable con los tratamientos actuales.

Aunque el tratamiento inicial funcione, la enfermedad regresa en casi todos los pacientes, explicó el doctor Wyndham Wilson del Centro de Investigación Oncológica del NCI. El tiempo que demore la recaída y el tiempo que dure la segunda respuesta dependen en gran medida de la respuesta del paciente al ciclo de tratamiento inicial y de la biología de la enfermedad, la cual varía muchísimo para cada paciente, explicó el doctor Wilson.

## **Inhibidor de la BTK de segunda generación**

Acalabrutinib es un fármaco dirigido que interfiere con una proteína llamada tirosina cinasa de Bruton (BTK), la cual es esencial para el desarrollo de las células B.

En 2013 la FDA aprobó el primer inhibidor de la BTK, ibrutinib (Imbruvica®), para pacientes con linfoma de células del manto en recaída o refractario (resistente al tratamiento). Acalabrutinib es un inhibidor de la BTK de segunda generación que, como lo expresó el doctor Wilson, "se diferencia de ibrutinib por ser más específico tanto en teoría como en estudios de laboratorio". En otras palabras, acalabrutinib parece no inhibir a otras tirosinas cinasas que aparentemente son innecesarias para su acción contra el linfoma de células del manto. El doctor explicó que "debido a ello, los estudios permiten suponer, aunque aún no se ha comprobado, que el perfil de efectos secundarios del fármaco quizá sea mejor que el de ibrutinib".

Tanto ibrutinib como acalabrutinib pueden causar hematomas y hemorragias, pero con acalabrutinib quizá haya menos probabilidad de que ocurran esos problemas, continuó el doctor Wilson. Ibrutinib también causa complicaciones asociadas con fibrilación auricular y los estudios indican que la fibrilación auricular podría ser menos probable con acalabrutinib, explicó el doctor Wilson.

Agregó que "esos son dos de los efectos indeseados de ibrutinib que, los estudios indican, acalabrutinib puede ser menos probable de causarlos, pero digo 'indican' por dos razones". "La primera, nadie ha hecho un estudio de comparación directa de los dos fármacos; la segunda, hay mucha menos experiencia [clínica] con acalabrutinib".

Por lo tanto, si bien acalabrutinib parece tener la misma eficacia que ibrutinib en atacar a la BTK, podría ser más seguro, al menos teóricamente. También dijo que "no sabremos si es verdaderamente más seguro hasta que tengamos más experiencia con él".

## **Índices altos de respuesta, respuestas duraderas**

La FDA basó su aprobación en datos provenientes de un estudio clínico de un solo grupo de 124 pacientes con linfoma de células del manto cuyo cáncer había progresado o regresado después de al menos un régimen de tratamiento anterior. Todos los pacientes recibieron acalabrutinib. El estudio fue patrocinado por Astra Zeneca, el fabricante de acalabrutinib. En el estudio, 81 % de los pacientes tuvieron una respuesta clínica al tratamiento, y esas respuestas se dividieron casi en partes iguales entre parciales (41 %) y completas (40 %). Luego de 15,2 meses de seguimiento, no se había alcanzado la mediana de duración de las respuestas.



Los efectos secundarios frecuentes de los participantes del estudio clínico fueron recuento bajo de glóbulos de la sangre, diarrea, dolor muscular y hematomas. Los efectos secundarios graves fueron neutropenia, anemia, infecciones y latidos cardíacos irregulares.

A casi 8 % de los participantes se les redujo las dosis o se les interrumpió el tratamiento debido a efectos secundarios adversos. "La clave para la aprobación de acalabrutinib es doble", dijo el doctor Michael L. Wang del Centro Oncológico MD Anderson de la Universidad de Tejas e investigador principal del estudio. "Por un lado, es otro potente inhibidor [de BTK] que ha logrado una considerable mejora en la atención de los pacientes. En segundo lugar, este fármaco parece tener un perfil de efectos secundarios diferente al de ibrutinib, por lo cual quienes no toleran un inhibidor quizá puedan intentar el tratamiento con el otro". El doctor Wang presentó los resultados del estudio Notificación de salida el 9 de diciembre en el congreso anual de la Sociedad Estadounidense de Hematología en Atlanta.

### **Mejora gradual**

Si bien se dirigen al mismo blanco, ibrutinib y acalabrutinib tienen algunas diferencias importantes.

Además de su mayor selectividad de acción contra la BTK y su posible mejor perfil de inocuidad en comparación con ibrutinib, las cápsulas de acalabrutinib están aprobadas para tomarse dos veces por día, mientras que ibrutinib tiene la aprobación como cápsula para tomarse una sola vez por día. Los estudios de laboratorio permiten suponer que esta dosis de dos veces al día podría inhibir a la BTK de manera más eficaz durante el curso del tratamiento, explicó el doctor Wilson.

"Si ese fuera el caso, entonces su utilidad podría ser de alguna manera mayor que la de ibrutinib, el cual quizá no tenga un poder de acción tan robusto para inhibir a la BTK durante las 24 horas en que se administra el fármaco", dijo el doctor. "Por lo tanto, se entiende que quizá el tratamiento con acalabrutinib logre respuestas más duraderas".

El doctor Wilson recalcó que es necesario reunir mucha más experiencia clínica con acalabrutinib a fin de determinar su función en el tratamiento del linfoma de células del manto.

"No diría que se trata de un cambio radical, pero me atrevería a decir que acalabrutinib es prometedor en cuanto a lograr una mejora—pero una mejora gradual—en

comparación con el inhibidor de la BTK de primera generación”, continuó el doctor.

Según las normas de la FDA que rigen la aprobación acelerada, AstraZeneca deberá completar estudios adicionales para confirmar que acalabrutinib tiene beneficios significativos desde el punto de vista clínico para los pacientes. La compañía actualmente está reclutando a pacientes para un estudio clínico en fase 3 a fin de probar acalabrutinib en combinación con bendamustina y rituximab (Rituxan®) en pacientes con linfoma de células del manto sin tratamiento previo.



Departamento de Salud y Servicios Humanos EE.UU.

## CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE



*(Se publicaran diversos temas que nos envían diversas revistas científicas y la Unión Europea).*

## ASOCIACIÓN CULTURAL BOSQUES DE CANTABRIA



ASOCIACIÓN CULTURAL BOSQUES DE CANTABRIA

## Exitosa investigación científica

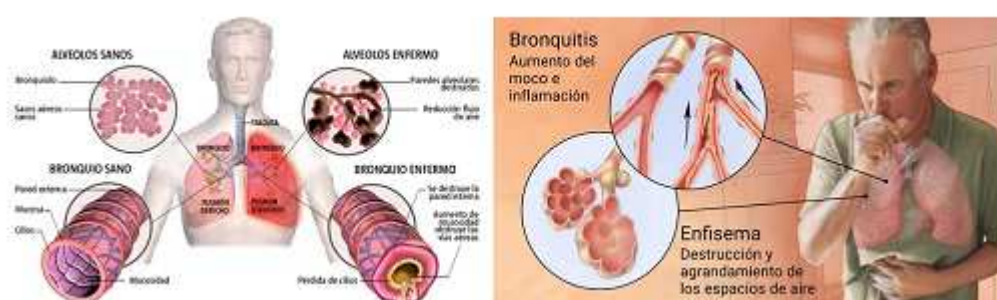
En estos días la Asociación Cultural Bosques de Cantabria está divulgando los resultados del proyecto que estamos finalizando, con el que hemos conseguido demostrar que es posible elaborar un INSECTICIDA BIOLÓGICO utilizando como materia prima esos abundantísimos helechos que crecen por nuestros prados y ocasionan numerosos problemas medioambientales y para la salud de las personas y el ganado, y es que ¡la ocasión no es para menos!. Consideramos que los resultados de este proyecto son una noticia de gran alcance que creemos que será de tu interés. Queremos que tengas información sobre este proyecto y puedas ver fotografías de su desarrollo (los trabajos de campo han tenido lugar en Colindres y Liendo) que encontrarás entrando en la página web de la Mancomunidad de Municipios sostenibles: Con los resultados de este trabajo se abre la puerta a una nueva fuente de ingresos para la gente del campo y se da una solución definitiva a la expansión de esta planta infestante ¡¡Lo conseguimos!!

Eduardo Clemente Rasines del Río Presidente de la Asociación Cultural - BOSQUES DE CANTABRIA –



## ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POR EXPOSICIÓN AL HUMO DE BIOMASA

## CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE BY BIOMASS SMOKE EXPOSURE



(fotografía insertada por ADCUSPPYMA)

**Matías Lopez, Nicole Mongilardi, William Checkley**

Division of Pulmonary and Critical Care, School of Medicine, Johns Hopkins University. Baltimore, EE. UU.

Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Medical Doctor, Medical Doctor, PhD.

### RESUMEN

En este artículo se discute la relación existente entre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el humo de biomasa. Más de la mitad de la población utiliza biomasa como combustible principal, sobre todo en áreas rurales y en países en vías de desarrollo donde su uso llega hasta el 80%. La inhalación del humo de biomasa crea un estado inflamatorio crónico, que se acompaña de una activación de metaloproteinasas y una reducción de la movilidad mucociliar. Esto podría explicar la gran asociación existente entre la exposición a biomasa y EPOC, revelada por estudios observacionales y epidemiológicos provenientes de países en vías de desarrollo y de países desarrollados. En esta revisión exploramos también las diferencias entre la EPOC causada por tabaco y por biomasa, y encontramos que, a pesar de las diferencias fisiopatológicas, la mayoría de las características clínicas, calidad de vida y mortalidad fueron parecidas. En los últimos diez años se han realizado intervenciones para disminuir la exposición a biomasa mediante el uso de cocinas mejoradas y combustibles limpios, sin embargo, estas estrategias todavía no han sido exitosas debido a su incapacidad para reducir los niveles de contaminación a niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud, y por su falta de uso. Por lo tanto, hay una necesidad urgente de ensayos de campo aleatorios, cuidadosamente realizados, para determinar la verdadera gama de reducciones de contaminación potencialmente alcanzables, la probabilidad de su uso y los beneficios a largo plazo en la reducción de la gran carga mundial de EPOC.

**Palabras clave:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; Biomasa; Factores de riesgo (fuente DeCS BIREME).

---

## Abstract

In this article, the relationship between chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and biomass smoke will be discussed. More than half of the world population uses biomass for fuel, especially in rural areas and in developing countries where usage reaches 80%. Biomass smoke inhalation creates an inflammatory chronic state, which is accompanied by metalloproteinases activation and mucociliary mobility reduction. This could explain the existing association between biomass exposure and COPD, revealed by observational and epidemiological studies from developing and developed countries. In this review, the differences between COPD caused by tobacco and biomass were explored. It was found that despite the pathophysiological differences, most of the clinical characteristics, quality of life and mortality were similar. In the last ten years there have been interventions to reduce the biomass smoke exposure by using improved stoves and cleaner fuels. However, these strategies have not yet been successful due to inability to reduce contamination levels to those recommended by the World Health Organization as well as due to the lack of use. Therefore, there is an urgent need for carefully conducted, randomized field trials to determine the actual range of potentially reachable contamination reductions, the probability of use and the long term benefits of reducing the global burden of COPD.

**Key words:** Pulmonary disease, chronic obstructive; Biomass; Risk factors (source: MeSH NLM).

---

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está caracterizada por la progresiva obstrucción del flujo de aire y destrucción del parénquima pulmonar, lo cual dificulta el intercambio de oxígeno y la capacidad funcional. Es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con una prevalencia global de 10% en adultos. En 2005, EPOC fue responsable de más de 3 millones de muertes, lo cual representó el 5% de la mortalidad global. El 90% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo. EPOC es responsable, además, de la pérdida de 33 millones de años de vida ajustados por discapacidad en países en vías de desarrollo y para el año 2020 se proyecta que será la cuarta causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad en dichos países. En este artículo revisaremos la evidencia sobre la asociación de la exposición al humo de biomasa y el desarrollo de EPOC.

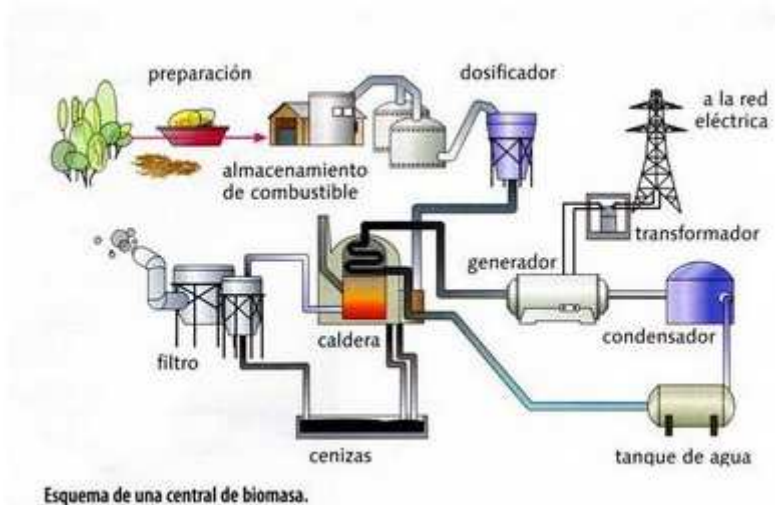
## BIOMASA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

El tabaco es reconocido como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de EPOC. Sin embargo, existen otros factores de riesgo tales como los ocupacionales y la exposición al humo de biomasa que podrían contribuir en una mayor proporción a la carga mundial de esta enfermedad. Es así que se ha descrito que aproximadamente 3 billones de personas están actualmente expuestas a humo de biomasa, en comparación con el billón que fuman tabaco. Esta exposición no es exclusiva de países en vías de desarrollo ya que en ciertos lugares de Australia, Canadá y el oeste de Estados Unidos se ha incrementado el uso de biomasa como fuente de energía, debido al elevado costo de energía eléctrica. Así lo demuestra un estudio conducido en Nuevo México (Estados Unidos) donde se encontró que un 26% de los participantes han estado expuestos a humo de biomasa. A nivel mundial el uso de combustible sólido como biomasa, es la fuente más importante de contaminación doméstica, contribuyendo de igual forma a la contaminación del ambiente, es decir que su impacto no se limita a los habitantes de la residencia, sino además a la comunidad.

## EL USO DE BIOMASA EN EL MUNDO



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Aproximadamente la mitad de la población mundial utiliza biomasa diariamente. Más de 80% de hogares en China, India y África subsahariana usan biomasa como combustible para cocinar, en áreas rurales de Latinoamérica su uso varía entre 30 y 75% (Figura 1). Biomasa se refiere a cualquier materia orgánica, originada en un proceso biológico de animales o vegetales y sus derivados, espontáneo o provocado, utilizable como fuente de energía. Dentro de estos tenemos a la madera, las ramas secas, el pasto, el estiércol y el carbón. El humo de combustible doméstico está compuesto por monóxido de carbono (CO), óxido nítrico y sulfúrico, benceno, benzopireno, radicales libres, aldehídos y de partículas de materia respirables (PM), tales como las PM<sub>10</sub> y PM<sub>2.5</sub>. Las PM<sub>10</sub> y PM<sub>2.5</sub> son partículas con una masa de diámetro aerodinámico menor a 10 mm y 2,5 mm respectivamente, la última es la más peligrosa dado a que penetra regiones distales de las vías respiratorias. Dependiendo del tipo de combustible, ventilación y duración de combustión, el humo de biomasa produce concentraciones medias de PM<sub>10</sub> y PM<sub>2.5</sub> de 300-3,000 mg/m<sup>3</sup> y de 264-450 mg/m<sup>3</sup> en 24 h, respectivamente. Estos niveles se encuentran por encima de los límites establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 50 mg/m<sup>3</sup> para PM<sub>10</sub> y 25 mg/m<sup>3</sup> para PM<sub>2.5</sub>. La concentración de CO puede ser 29 partes por millón (ppm) en 8 h, mientras que las recomendaciones dicen que no debe pasar de 10 ppm en 8 h.

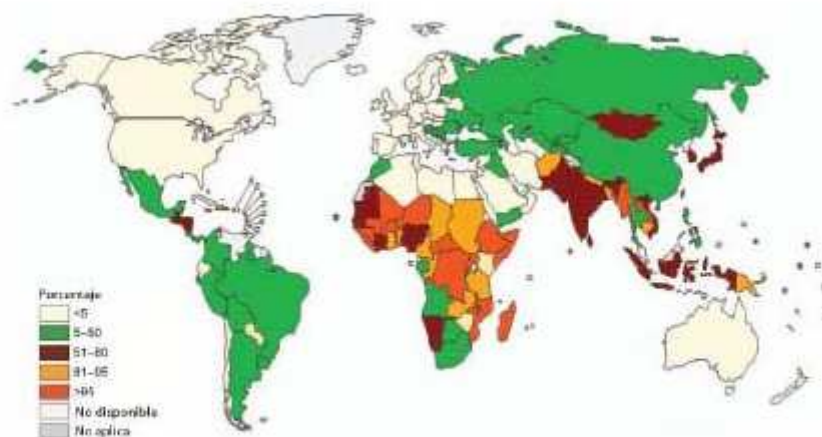


Figura 1. Proporción de viviendas que usan biomasa como combustible en el mundo  
Fuente: Kumari OP et al. "Indoor air pollution and the lung in low- and medium-income countries" (14)

(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

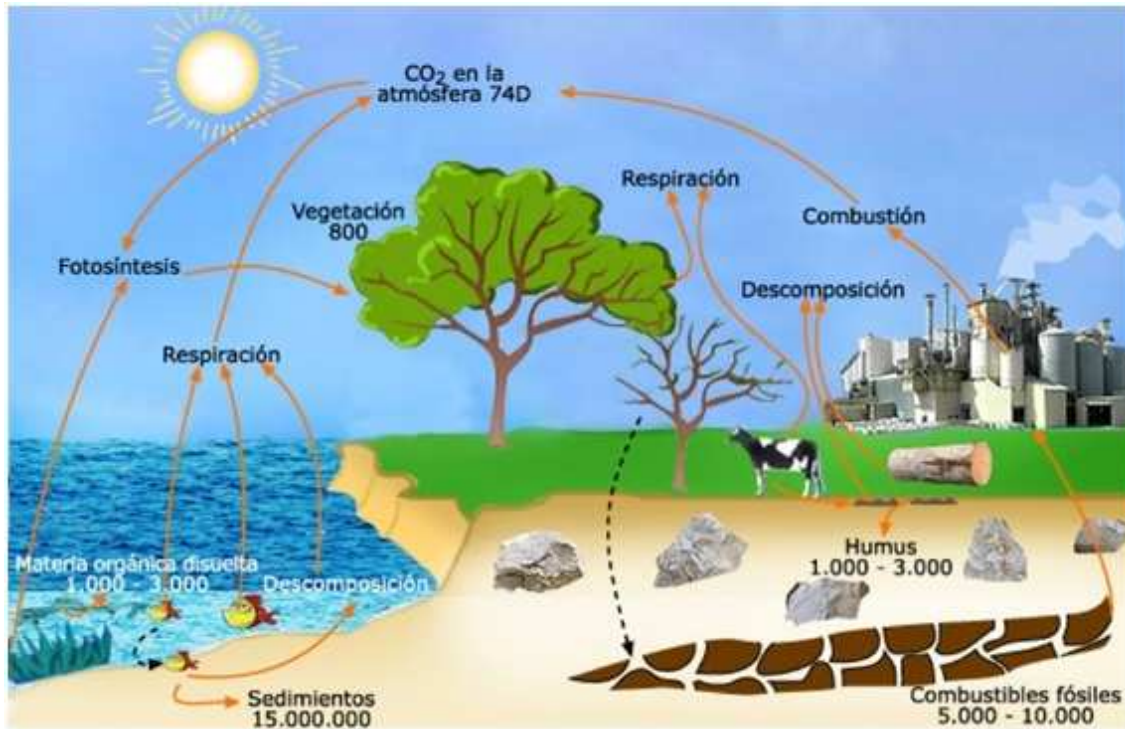
## EFFECTO DE LOS PRODUCTOS DE LA COMBUSTIÓN

En humanos se ha demostrado que la inhalación de humo de biomasa causa infiltración neutrofílica, mayor expresión de genes para metaloproteinasas e incremento de su actividad, además de desactivación del surfactante pulmonar. Así mismo, produce disfunción fagocítica en macrófagos, alteración de la movilidad mucociliar y reducción de la eliminación de bacterias. Sujetos con EPOC expuestos a humo de leña demostraron regulación positiva de la actividad de la arginasa en plaquetas y eritrocitos que conlleva a un mayor estrés oxidativo y, por consiguiente a apoptosis en células humanas. Esto es respaldado también porque se ha demostrado que el humo de combustibles sólidos produce daño del ADN en células humanas cultivadas.

Cabe destacar que esta inflamación de las vías respiratorias aumenta las citoquinas inflamatorias, neutrófilos circulantes, partículas de LDL oxidadas y las especies reactivas de oxígeno, todos los cuales están asociados con el desarrollo de la

aterosclerosis, esto medido a través de un espesor íntima-media carotídeo aumentado, incremento de la prevalencia de placas ateroscleróticas y mayor presión arterial en personas expuestas a biomasa.

## LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ADULTOS Y EXPOSICIÓN A HUMO DE BIOMASA



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Un gran número de estudios, sobre todo transversales, han encontrado asociación entre humo de biomasa y EPOC. Este riesgo es mayor en mujeres que en hombres ( $\text{OR}_{\text{mujeres}}=3,2$ ; IC 95%: 2,3-4,8 en comparación con el  $\text{OR}_{\text{hombres}}=1,8$ ; IC 95%: 1,0-3,2). Un estudio de prevalencia de la EPOC, en el cual se definió la enfermedad como la relación volumen espiratorio forzado del primer segundo entre la capacidad vital forzada ( $\text{VEF}_1/\text{CVF}\%$ ) menor a 70% post uso de broncodilatación en cinco ciudades de Colombia con 5539 personas, encontró que el uso de biomasa por más de 10 años estaba asociado a EPOC, independientemente de sexo, edad, ser fumador activo, nivel de educación, historia de tuberculosis y exposición a carbón o polvo en el trabajo ( $\text{OR}=1,5$ ; IC 95%: 1,36-2,36). Los estudios previamente citados fueron realizados en países en vías de desarrollo. Asimismo, un estudio en Nuevo México (Estados Unidos) demostró que la exposición a humo de leña está asociado con un riesgo mayor de EPOC ( $\text{OR}=1,96$ ; IC 95%: 1,52-2,52). Un estudio de casos y controles en Barcelona (España) también encontró un aumento de riesgo de EPOC mayor en personas expuestas a humo biomasa ( $\text{OR}=4,5$ ; IC 95%: 1,4-14,2). Estos estudios ilustran cómo la EPOC asociada a biomasa no está limitada a países en vías de desarrollo; existen, sin embargo, diferencias entre ellos en relación a las características de la exposición (Tabla 1). Tres revisiones sistemáticas demostraron resultados consistentes entre exposición a humo de biomasa y riesgo de EPOC. Hu *et al.* incluyeron 15 estudios y encontraron un OR de 2,44 (IC 95%: 1,9-3,3). Po *et al.* demostraron un OR en mujeres de 2,40 (IC 95%: 1,47-3,93). Kurmi *et al.* examinaron 13 estudios y demostraron también un aumento del riesgo de EPOC ( $\text{OR}=2,96$ ; IC 95%: 2,01-4,37).



**Tabla 1.** Diferencias entre las características de la exposición a biomasa entre países desarrollados y en vías de desarrollo

Países desarrollados	Países en vías de desarrollo
Principalmente de calefacción en casa	Principalmente para cocinar
Exposición a menores concentraciones	Exposición a grandes concentraciones
Igual en hombres y mujeres	Mujeres y niños mayormente expuestos
Primariamente de humo de leña	Combustibles de biomasa menos efectivos (estiércol, ramas secas)
Exposición a un solo tipo de combustible	Exposición a varios tipos de compuestos

Fuente: McCracken J *et al.* Household air pollution from solid fuel use: Evidence for links to CVD <sup>(13)</sup>

## IMPACTO DEL HUMO DE BIOMASA EN LA FUNCIÓN PULMONAR INFANTIL Y FUTURO DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

En países en vías de desarrollo las mujeres tradicionalmente se encargan de cocinar y sus niños están expuestos a biomasa aproximadamente siete horas diarias por muchos años. Resultados de un estudio en Guatemala demuestran que recién nacidos de madres con exposición a biomasa tienen pesos de nacimiento 60-70 g menos que aquellos expuestos a contaminación doméstica por biomasa con chimeneas o gas y electricidad. Esto se explica porque al aumentar las concentraciones de CO en sangre materna, se produce más carboxihemoglobina, la cual reduce la entrega de oxígeno a órganos clave durante el desarrollo del feto. En comparación recién nacidos de madres expuestas a humo de tabaco tienen pesos entre 30-40 g menos que la población general. El bajo peso al nacer es un factor de riesgo independiente para EPOC que está asociado con pobre desarrollo pulmonar y una menor función pulmonar en la adultez.

Asimismo, la contaminación doméstica por combustión de biomasa es uno de los principales factores de riesgo para infecciones respiratorias bajas agudas en niños, las mismas que son la principal causa de muerte en países en vías de desarrollo. Los niños que sobreviven estas infecciones son propensos a desarrollar pulmones poco saludables que predispongan a EPOC. Es así que, se reportaron cuatro necropsias de niños expuestos a humo de biomasa en Perú, donde se encontró macrófagos con pigmento antracótico en los alvéolos y en el tabique, en tres de los cuatro niños, se encontró muestras compatibles con bronquitis, lo que sugiere que los hallazgos en estos niños representan los primeros cambios asociados con la enfermedad pulmonar inducida por biomasa. Existen sin embargo hallazgos contradictorios, el estudio RESPIRE ha estudiado el efecto que tiene la implementación de chimeneas en casas con alta exposición a biomasa, sus resultados señalan que en los hogares rurales de Guatemala, en donde tradicionalmente se utiliza leña como combustible, una estufa con chimenea no redujo significativamente la neumonía en niños diagnosticada por un médico. El estatus socioeconómico juega un papel muy importante y es un factor de riesgo independiente asociado a EPOC, y probablemente indica otros problemas como retraso

del desarrollo intrauterino, pobre nutrición, deficientes condiciones de vivienda, exposición al humo de biomasa como leña o estiércol animal y riesgos ocupacionales.

## DIFERENCIAS ENTRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA RELACIONADA A TABACO Y LA RELACIONADA A BIOMASA



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Tabaco

Biomasa

EPOC relacionado a biomasa se presenta clínicamente como una enfermedad obstructiva crónica con tos persistente, expectoración, disnea y *cor pulmonale*. Los afectados tienden a ser mujeres, mayores, de menor estatura, nacidas en área rural y con mayor índice de masa corporal. Además, presentan menor reducción de la capacidad de difusión pulmonar a CO, engrosamiento de la pared bronquial en radiografías de tórax y un mínimo o inexistente enfisema, visualizado a través de tomografía computarizada de alta definición, que aquellas con EPOC atribuible a tabaco. Asimismo, presentan mayor hiperactividad bronquial a la prueba con metacolina que en mujeres con EPOC por tabaco<sup>(37)</sup>. El consumo de tabaco produce una EPOC con más enfisema e hiperplasia de células caliciformes, mientras que la exposición a biomasa tiende a producir EPOC con fibrosis de las vías respiratorias pequeñas, antracosis e hiperplasia de la íntima de la arteria pulmonar. Sin embargo, la mayoría de las características clínicas, calidad de vida, mortalidad, niveles de células inflamatorias y mediadores de la inmunidad en esputo inducido, son bastante parecidas en ambos grupos. Es importante señalar que el tabaquismo parece tener un efecto sinérgico con humo de biomasa para el desarrollo de EPOC con un OR de 4,39.

## POSIBLES INTERVENCIONES PARA DISMINUIR LA EXPOSICIÓN A BIOMASA

Para poder detener el acelerado avance de EPOC por exposición al humo de biomasa, sería ideal cambiar la fuente de combustible. Esta transición no es sostenible dado al alto costo y a factores socioculturales, sin embargo, la mayoría de programas han sido encaminados a mejorar la eficiencia del combustible que en disminuir los efectos nocivos para la salud del uso de biomasa en lugares cerrados sin ventilación. En los últimos diez años se ha producido una fuerte respuesta para desarrollar estrategias para la adopción universal de cocinas mejoradas y combustibles limpios. Un punto muy importante es la educación ya que, inclusive después de que la electricidad se hiciera disponible y se fomentara su uso a través de políticas, la biomasa continuó usándose como combustible por más del 90% de la población 11 años después. De igual forma, un estudio en México mostró que la implementación de cocinas mejoradas solo tuvo 50% de adherencia. La reducción de partículas depende, en gran medida, del diseño de la cocina (por ejemplo: chimenea, ninguna chimenea o cocinas mejoradas) y tipos de

combustibles disponibles (por ejemplo: madera, estiércol, carbón o residuos de cultivos agrícolas). Reducciones de 40-80% en concentraciones de PM<sub>2,5</sub>, PM<sub>10</sub> y CO y reducción en el decaimiento de función pulmonar han sido descritas usando cocinas mejoradas. A pesar de eso, las concentraciones siguen siendo mayores a lo que la OMS recomienda. De igual forma, se necesita el desarrollo de biomarcadores de exposición a biomasa que ayudarían a evaluar más fácilmente estas intervenciones en estudios a gran escala.

## CONCLUSIONES

El humo de biomasa es un importante factor de riesgo para EPOC considerando la masiva exposición global que existe. Los principalmente afectados son mujeres y niños, los últimos con predisposición al desarrollo de dicha enfermedad después de años de continuas infecciones. Encontramos que, a pesar de las diferencias fisiopatológicas entre EPOC por tabaco y biomasa, la mayoría de las características clínicas, calidad de vida y, mortalidad son similares. Dado las repercusiones negativas atribuibles a este problema de salud pública hay una necesidad urgente de ensayos de campo aleatorios cuidadosamente realizados utilizando diferentes diseños de cocinas mejoradas con ventilación al exterior para determinar la verdadera gama de reducciones potencialmente alcanzables, sus beneficios a largo plazo en la reducción de la carga mundial de EPOC, pero también para evaluar la probabilidad de uso.

//**Contribuciones de autoría:** ML, NM, y WCh. contribuyeron de igual manera a escribir el manuscrito.

**Conflictos de Interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Fuentes de financiamiento:** WCh, se encuentra financiado por National Heart Lung and Blood Institute, United States National Institutes of Health (R00H L096955)

**Dirección:** Division of Pulmonary and Critical Care, School of Medicine, Johns Hopkins University, 1800 Orleans Ave Suite 9121, Baltimore, MD 21205, USA//.



## DERECHO Y SENTENCIAS

*(En este apartado, podrán encontrar: Sentencias, artículos doctrinales y, comentarios sobre diversas leyes que más puedan afectar a las personas que hagan servir los servicios de la Sanidad y, el disfrute del Medio Ambiente).*

## ASPECTOS MÉDICO LEGALES Y DEONTOLÓGICOS DEL DIAGNÓSTICO MAMARIO

López, José Antonio; López, M<sup>a</sup> Carmen;  
Radiología.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

El «acto radiológico» es un acto peculiar, fundamentalmente diagnóstico, del que depende, cada vez con más asiduidad y responsabilidad, casi cualquier consideración terapéutica. A diferencia de otros muchos actos médicos, el radiológico es un acto del que suele quedar una constancia iconográfica tangible, accesible a otras personas, que puede ser revisada posteriormente y ocasionalmente ser objeto de peritaje (1).

Durante muchos años, los radiólogos hemos luchado denodadamente por abandonar la figura estereotipada de mero «fotógrafo» para ocupar un papel protagonista en el mundo de la medicina. Y lo hemos conseguido, con todas sus ventajas e inconvenientes entre los cuales figura una presencia más asidua en los juzgados.

Dentro del diagnóstico por imagen de la mama, la principal causa de demanda es el fallo (habitualmente retraso) en el diagnóstico de cáncer mamario (2, 3, 4). Y si bien el proceso diagnóstico del cáncer mamario afecta a diversas especialidades médicas e instituciones, un estudio de la Asociación Americana de Compañías Aseguradoras de Médicos (4), relacionado con el cáncer mamario, publicado en 1990, colocaba ya al radiólogo en el primer lugar (por delante del ginecólogo) de entre los diversos especialistas demandados (tabla I). Tan destacado puesto en dicha peculiar clasificación se relaciona, probablemente, con el paralelo incremento del protagonismo de la mamografía (MRx) en la detección precoz del cáncer. Tal vez el hecho demostrado y difundido de que la MRx sigue siendo el arma principal para vencer al cáncer ha condicionado la creación de unas expectativas mucho más optimistas que las reales. Pudiera ser que nuestros esfuerzos en la tarea de reducir las negativas consecuencias personales, familiares y sociosanitarias que comporta el cáncer mamario nos haga sobrestimar y desvirtuar nuestra aportación a esta lucha (2).

TABLA I  
IMPORTE DE LAS DEMANDAS LEGALES RELACIONADAS  
CON EL CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESPECIALIDADES\*

<i>Especialidad</i>	<i>N.º demandas</i>	<i>Total indemnización \$</i>	<i>Indemnización media \$</i>
Radiología	165	30.079.579	182.300
Ginecología	154	42.736.849	277.512
Med. familiar	113	19.744.677	174.732
Cirugía	97	24.933.537	256.933
Med. interna	61	10.760.227	176.397
Anat. patológica	11	3.799.502	345.409
Otras	31	5.084.276	164.009
Corporación	30	8.155.226	271.841
Hospital	13	1.528.167	117.551
Total	675	146.811.040	217.498

\*Tomado de Bremer RJ, 1998 (4).

Si bien el sistema judicial norteamericano (en el que se basa parte de la bibliografía consultada al respecto) no resulta totalmente extrapolable al español, no es menos cierto que, dentro de las demandas relacionadas con temas sanitarios, constituye en muchos casos una verdadera punta de lanza en nuestro país. De seguir la estela norteamericana, las perspectivas para el médico (en general) no resultan muy halagüeñas. Como acertadamente apunta Kopans (3), el sistema del jurado en los Estados Unidos de América no parece diseñado para determinar la verdad, sino para ver quién gana, y una mera opinión (experta o no) tiene el mismo peso legal que un argumento científico. Ello condiciona que el resultado de un juicio con jurado no puede predecirse sobre la base de los hechos, por lo que a menudo se «extorsiona legalmente» a la compañía aseguradora del médico para evitar una pérdida potencialmente mayor. Y no sólo los abogados de la parte demandante extorsionan dinero a la compañía de seguros del médico, a pesar de no existir ningún error o negligencia, sino que el médico figura automáticamente en una base de datos nacional como «perdedor» en un caso de «mala práctica» (2).

En los Estados Unidos de América, así como en otros países europeos (3), los litigios por presunta mala praxis relacionados con el diagnóstico del cáncer mamario han llegado a ser tan habituales que incluso se ha desarrollado un modelo estadístico para llegar a predecir el resultado legal final (5).

La presente revisión pretende recoger todos los aspectos médico-legales que pueden afectar al radiólogo que realiza diagnóstico por imagen de la mama, desde el punto de vista de la legislación española, aunque se citarán aspectos jurídico-profesionales de otros países que pudieran ser aplicables también en España. Se contemplan no sólo los aspectos relacionados con la relación médico-paciente, sino también los derivados de la relación inter e intraprofesional médica, incluidos algunos de índole básicamente deontológica, y los implicados con las autoridades sanitarias competentes.

### **TERMINOLOGIA Y NOCIONES MÉDICO-LEGALES - DEONTOLOGICAS ELEMENTALES**

*Antecedentes jurídicos españoles.* Regulación de una materia en un determinado período de tiempo, hasta la actualidad.

*Culpa.* Supone una actuación negligente. Falta de diligencia o previsión.

*Deontología: valor legal del código deontológico médico.* Los códigos deontológicos son un conjunto de normas adoptadas por los colegios profesionales, que vinculan a los profesionales a ellos adscritos, y cuya vulneración puede comportar la sanción colegial prevista en sus estatutos.

*Derecho del paciente: derecho a la información.* La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril, establece una serie de derechos de los pacientes, que se configuran a su vez como deberes jurídicos de médicos y establecimientos sanitarios, entre los que se encuentra el de ser informado sobre el diagnóstico, tratamiento y riesgos.

*Dolo.* Incumplimiento consciente y voluntario de una obligación. Se entienden dolosamente queridos los resultados que, sin ser intencionalmente perseguidos, aparezcan como consecuencia necesaria de la acción.

*Impericia.* Ausencia de los conocimientos necesarios para el ejercicio de una profesión, arte u oficio.

*Imprudencia.* Infracción del deber de cuidado. Desde el punto de vista de la imprudencia profesional, implica la asunción de riesgos excesivos o no permitidos.

*Intrusismo.* Realización de los actos propios de una profesión, careciendo de la titulación necesaria.

*Jurisprudencia.* Doctrina que, de modo reiterado, establece el Tribunal Supremo al interpretar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho.

*Lex artis / Lex artis ad hoc / Standard de atención médica.* Genéricamente, *lex artis* es la actuación de un buen profesional. *Lex artis ad hoc*, es la actuación de un buen profesional, teniendo en cuenta las circunstancias del caso concreto. Esta *lex* la conforman las reglas de la técnica de actuación profesional. En un intento de concreción de esta *lex* naces los protocolos.

*Mala praxis.* Mala práctica.

*Negligencia.* Falta de diligencia o previsión.

*Peritaje experto.* Dictamen realizado por persona experta. Dentro de un procedimiento judicial, las partes podrán aportar al proceso el dictamen de peritos con conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar los hechos o circunstancias relevantes en el asunto, o bien solicitar, dentro de los casos previstos legalmente, que se emita dictamen por perito designado por el tribunal.

Los honorarios de los peritos corren a cargo de la parte de lo que haya solicitado y si es a instancias de ambas partes, el pago deberá realizarse por ambas a partes iguales. El

perito designado podrá solicitar una provisión de fondos, sin perjuicio de ulterior liquidación y, si en un plazo de cinco días no se hubiera depositado la cantidad acordada por el tribunal, el perito quedará eximido de emitir el dictamen.

El informe forense es el dictamen pericial por excelencia, para evaluar daños físicos y secuelas.

*Protocolos: valor legal.* Normas de actuación dentro de una organización médica determinada. Su seguimiento no exime de responsabilidad, pero la actuación sanitaria realizada por los médicos, de acuerdo con las normas protocolarias, ayuda al juez a valorar la responsabilidad del facultativo en los actos que está enjuiciando.

*Publicidad médico-sanitaria.* Acto de divulgar capacidades, procedimientos o empresas relacionadas con la atención médica. Se encuentra regulada por diversa normativa, entre la cual cabe citar la prohibición de anunciarse como médico especialista sin poseer la titulación correspondiente. La autorización para anunciarse como médico se encuentra regulada por las correspondientes autoridades sanitarias (autonómicas en el caso de CC.AA. con transferencia sanitaria).

*Responsabilidad.* Obligación de responder de los propios actos.

*Responsabilidad civil.* La obligación de reparar el daño producido como consecuencia de la omisión de un deber de conducta. La responsabilidad civil puede derivarse, tanto de un ilícito civil (contractual o extracontractual), como de un ilícito penal (comisión de un delito o falta).

*Responsabilidad penal.* Los actos tipificados como delito o falta, conllevan la imposición de una pena o sanción desde el punto de vista penal.

*Riesgo nuclear.* Riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes. Las medidas de seguridad y protección contra las radiaciones ionizantes se desarrollan en el Reglamento sobre Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes 53/1992. Entre tales medidas figura la obligatoriedad, por parte del Tribunal de la Instalación, de suscribir una Póliza de Riesgo Nuclear.

### **EL CODIGO DEONTOLOGICO MÉDICO (CDM)**

En un reciente artículo, María Casado, profesora titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de Barcelona, definía las normas deontológicas como «...*algo que se sitúa más allá de la ética. Suponen la positivación de un modelo ético que un determinado colectivo adopta como propio (eligiendo entre otras posibles opciones), y esa adopción implica un plus de obligatoriedad; ya no es la mera conciencia individual la que de forma autónoma adopta unas reglas éticas; el que pretende elegir un modelo de conducta es el colectivo formado por los integrantes de un determinado colegio profesional, en el cual la colegiación es por cierto obligatoria para poder ejercer la profesión*».

A menudo olvidado por la mayoría de los médicos, en parte debido a sus habitualmente escasas y teóricas implicaciones médico-legales y profesionales, el CDM recoge, sin embargo, interesantes cuestiones de obligado cumplimiento y relaciones, directa o indirectamente, con el tema que nos ocupa.

En el capítulo I, artículo 2, se hace expresa alusión a la OBLIGACIÓN de todos los médicos a observar los deberes del citado Código. En el capítulo II, artículo 6, se invita al médico a denunciar las deficiencias del sistema sanitario si pueden afectar a una correcta atención a los pacientes.

En cuanto a la relación médico-paciente (capítulo III), el CDM hace expresa alusión a los derechos del paciente con respecto a la necesaria información de los diversos métodos diagnóstico-terapéuticos que se proponen al paciente, así como al respeto de la decisión de éste a no ser informado.

De especial interés resulta el capítulo V, sobre calidad de la atención médica, artículo 19, en donde expresamente se dice que: «El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia». También en este capítulo, artículo 20, se hace ilusión a la «libertad de prescripción» del médico, así como invita a denunciar las deficiencias sanitarias que impidan el correcto ejercicio de su profesión. El capítulo XI aborda las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios.

Los códigos deontológicos incluyen normas de conducta que también se encuentren en los textos legales y que, por tanto, obligan jurídicamente. En no pocas ocasiones su función ha sido la de establecer pautas de actuación en aquellos casos en que, o bien no existía regulación o bien ésta era incompleta, integrando o completando la norma jurídica. Dentro de la jerarquía normativa, las normas deontológicas ocupan un lugar subordinado a las normas jurídicas; la infracción de una norma deontológica dará lugar a una sanción del colegio profesional, mientras que la infracción de una norma jurídica dará lugar a la sanción correspondiente por parte de los tribunales.

### **COMPETENCIA Y RESPONSABILIDAD DEL RADIOLOGO**

Con arreglo a las definiciones que figuran en el Diccionario de la Real Academia Española, cabe aplicar la definición de «COMPETENTE» a: «Buen conocedor de una técnica, de una disciplina, de un arte». En lo que concierne a la COMPETENCIA, desde el punto de vista legal, cualquier persona en posesión del Título de Licenciado en Medicina puede desarrollar cualquier actividad médico-quirúrgica, incluido, pues, el Diagnóstico por la Imagen de la Mama, sin estar en posesión del correspondiente Título de Especialista en Radiodiagnóstico. Tan sólo la normativa sobre Publicidad Médico-Sanitaria indica que no puede inducirse a error al usuario con respecto a la acreditación académico-científica del médico que se anuncia mediante el uso de términos equívocos. Por ejemplo, no puede utilizarse la palabra «especialista en Radiodiagnóstico» sin poseer el título académico correspondiente.

Aspecto muy diferente, al no tener un impacto legal claro y darse dentro de una misma especialidad, es la vulneración de los artículos plasmados en el capítulo V (Calidad de la atención médica) del Código Deontológico Médico, fiel reflejo de la escasa, nula u optimista autocrítica de la que a veces hacemos gala con respecto a nuestra capacitación o competencia profesional.

La RESPONSABILIDAD del profesional médico viene regulada en el Código Penal, Código Civil y Ley General de Sanidad. Por lo que se refiere a la responsabilidad específica del radiólogo (en general), y del dedicado al Diagnóstico por Imagen de la Mama (en particular), queda fijada en el Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, y en los Programas de Garantía de Calidad, respectivamente. En el primer caso ha de tenerse en cuenta la responsabilidad como radiólogo director de la universidad asistencial (si se trabaja por cuenta ajena), así como la derivada de ser titular de la misma (si se es propietario de la unidad).

La Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDIM) editó durante el año 2000 (8) un Programa de Garantía de Calidad en Mamografía (PGCMRx), basado en otros Protocolos Internacionales, contemplando la normativa española. En él, en el apartado 4, se hace alusión a las «Responsabilidades y Funciones del Especialista en Radiodiagnóstico que pueden observarse en la tabla II, así como las del titular.

TABLA II  
DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES  
EN LAS UNIDADES DE MAMOGRAFÍA

<p><i>Responsabilidad del titular*</i></p> <p>a) Implantar el Programa de Garantía de Calidad (PGC), nombrar al responsable para su confección, desarrollo y ejecución, y remitir un ejemplar de dicho programa a la autoridad sanitaria competente antes de comenzar la actividad asistencial</p> <p>b) Dejar constancia documental, anualmente, de los resultados obtenidos en el desarrollo del PGC</p> <p>c) Comunicar a la autoridad sanitaria competente cualquier incidente o accidente, que pueda suponer la superación del umbral de dosis de efectos deterministas en los pacientes</p> <p>d) Garantizar la reparación o suspensión temporal o definitiva del servicio de los equipos que no cumplan los criterios definidos en el PGC</p> <p>e) Archivar los informes de las reparaciones, modificaciones efectuadas y de los resultados de los controles subsiguientes demostrativos de la corrección.</p> <p><i>Responsabilidad del director (médico especialista en radiodiagnóstico)**</i></p> <p>1) Supervisión/Dirección de la Unidad</p> <p>2) Elaboración de especificaciones y de la adquisición de equipos</p> <p>3) Vigilancia de las medidas en radioprotección</p> <p>4) Supervisión de la correcta aplicación de las indicaciones de exploraciones mamarias</p> <p>5) Supervisión de la calidad técnica y clínica de los estudios mamográficos</p> <p>6) Supervisión de la información al paciente</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*Tomado del Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre.

\*\*Tomado del Programa de Garantía de Calidad de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDM).

Si bien los aspectos puramente técnicos del citado PGCMRx están en sintonía con la normativa vigente, no ocurre así en otros aspectos tales como el clínico (apartado 2), en donde se abordan protocolos de actuación no coincidentes con el nivel cuantitativo y cualitativo de prestaciones sanitarias públicas (en unos casos), o en absoluto legislados (en otros casos).

Esta situación plantea la interesante cuestión del peso médico-legal de la opinión científica «oficial» frente a las directrices sanitarias públicas (no siempre coincidentes, como es el caso de la edad de inicio del «screening» o la periodicidad de los estudios mamográficos) ante cuestiones de ámbito médico-legal. También plantea la cuestión de la «validez legal» de ajustarse a un protocolo de actuación u otro a la hora de establecer una atención médica estándar (lo que se conoce como *lex artis*), aspectos ambos que serán abordados, también, más adelante.

Efectivamente, el cumplimiento de la *lex artis* exige al profesional dedicado a la medicina utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y estén a su disposición, lo cual obliga al médico, como a cualquier profesional, a estudiar constantemente los avances científicos de su especialidad, a fin de poder prestar una atención adecuada.

Es evidente que todo profesional debe examinar sus propias capacidades y mantener su equipo en condiciones de poder prestar un servicio con las máximas garantías, lo que sin duda justifica la existencia de protocolos de actuación en las distintas especialidades, estableciendo parámetros de actuación. Y, si el profesional no se considera suficientemente capacitado ante un caso concreto, su obligación es la de remitirlo a otro especialista (9).

### **RESPONSABILIDAD DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**

Por lo que respecta a la asistencia sanitaria pública, el Art. 141 de la LRJPCA (Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) tras su reciente modificación por Ley 4/1999 de 3 de enero, establece que: «No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllas, todo ello sin perjuicio



*de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos».*

Por tanto, el límite para exigir responsabilidad patrimonial a la Administración Pública por una prestación sanitaria deficiente, lo impone el estado actual de los conocimientos de la técnica o de la ciencia y, por supuesto, los casos de fuerza mayor. Ahora bien, hay que tener en cuenta que los recursos con los que cuenta la Administración Pública son limitados, y que prestar una asistencia sanitaria al nivel científico-técnico más alto en cada momento resulta inasumible, lo que obliga al establecimiento de unos estándares que posibiliten una atención sanitaria colectiva. Así, en la prestación de servicios sanitarios, la Administración opta por una determinada organización de los recursos que, naturalmente, tiene sus propios riesgos, como por ejemplo, la muerte de un paciente por causa de un tumor no detectado que podría haberse evitado de haberse realizado las pruebas necesarias y disponibles según el estado de la ciencia. Se podría decir que la Administración respondería por una determinada opción organizativa que implica un ámbito de riesgo que ha de ser asumido por ella misma.

De ahí, que la responsabilidad de la Administración se configure como una responsabilidad objetiva, en el sentido de que la obligación de indemnizar se genera tanto si el daño se produce por funcionamiento normal (actuación dentro de los estándares de asistencia), como por funcionamiento anormal (cuando ni tan sólo se cumplen dichos estándares), con el límite de los conocimientos de la técnica o de la ciencia, o por causas de fuerza mayor.

#### **ASPECTOS LEGALES DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICO-SANITARIA**

La inmensa mayoría de las demandas que se interponen en el ámbito médico-sanitario persiguen una finalidad: la indemnización por los daños causados. Indemnización que, en el caso de la medicina privada se articula mediante la exigencia de responsabilidad civil del médico, ya sea a través de la vía penal o civil.

Mención aparte, y que más adelante desarrollaremos, merece la exigencia de responsabilidad cuando en el evento dañoso aparece involucrada la Administración Pública, en la prestación de servicios médico-sanitarios.

Desde el punto de vista penal, la responsabilidad civil derivada de delito, exige que en la causación del daño (muerte, lesiones, secuelas, etc.), el profesional actuante haya incurrido en dolo o imprudencia grave. Lo que suele ocurrir, es que muchos abogados eligen la vía penal para dirigir su reclamación contra el profesional médico, porque en esta instancia la práctica de la mayoría de pruebas (especialmente periciales), se realizan de oficio, lo que implica un menor coste económico. El procedimiento penal suele acabar, en muchos casos, con un auto de sobreseimiento o una sentencia absolutoria, para sólo después, iniciar la reclamación por la vía civil o contencioso-administrativa (si la acción se dirige contra una Administración Pública) por la supuesta responsabilidad, y que por esta vía se obtenga un resultado favorable al perjudicado.

Desde el punto de vista civil, la relación profesional médico-paciente se suele encuadrar bajo la forma de un contrato de arrendamiento de servicios, lo que implica que la prestación a la que se obliga el profesional médico es de medios y no de resultados. En este sentido, la obligación se cumple atendiendo a las reglas técnicas de la especialidad comúnmente admitidas y con arreglo a las peculiares circunstancias del caso concreto, es decir, de conformidad con lo que se ha venido a denominar *lex artis ad hoc*. Así lo viene señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo en sentencias de 27 de noviembre, 2 de diciembre de 1997, 19 de febrero de 1998, entre otras.

Como excepción, la jurisprudencia viene aplicando la calificación de contrato de obra a determinadas especialidades y procedimientos, como por ejemplo, la cirugía estética,

odontología, vasectomía (Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 1998, entre otras). Este tipo de contrato se caracteriza porque su cumplimiento exige la obtención de un resultado, no siendo suficiente la realización de las actividades encaminadas a conseguirlo.

Una parte minoritaria de la doctrina ha incluido recientemente en esta última categoría de contratos de obra, a la medicina de diagnóstico (análisis clínicos y radiodiagnóstico), cuya finalidad no es la curación directa del enfermo, sino la de constituirse como un medio para que el médico pueda emitir un diagnóstico y proponer un tratamiento.

De consolidarse esta controvertida doctrina, los profesionales dedicados a estas especialidades, incurrirían en responsabilidad siempre que se produjera un daño como consecuencia en un error de diagnóstico, con independencia de que su actuar se hubiera ajustado o no a la *lex artis*; es decir, estaríamos en este caso ante una responsabilidad de tipo objetivo o por el resultado.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que para poder apreciar cualquier tipo de responsabilidad, se exigen tres requisitos básicos:

1. La causación de un daño.
2. Que ese daño sea consecuencia de culpa o negligencia.
3. La relación de causalidad o nexo causal entre el actuar culpable o negligente y la producción del daño que se pretende imputar.

Por tanto, no es el error como yerro de juicio el que generaría en sí responsabilidad, sino la omisión de medidas y comprobaciones que sustenten un determinado diagnóstico de acuerdo a las exigencias básicas comúnmente aceptadas por la práctica y el estado científico en que se desarrolla

. Porque los errores sólo son imputables cuando obedecen a la omisión de la diligencia exigible, no cuando son meras equivocaciones involuntarias.

Ante la exigencia de criterios normativos para determinar la corrección de los actos médicos, la jurisprudencia utiliza el criterio de la *lex artis* (o estándar de atención), que impone el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, y que consiste en:

- Utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y estén a disposición del profesional en el momento y en el lugar en que se produzca la asistencia.
- Informar al paciente del diagnóstico, pronóstico, medios de curación y riesgos previsibles.
- Continuar el tratamiento hasta que sea posible el alta, informando de los posibles riesgos del abandono voluntario del tratamiento.

En cada caso, para valorar si se ha producido o no infracción de las normas de la *lex artis*, habrá que ponderar las circunstancias del caso concreto y la influencia de otros factores, endógenos o exógenos, para calificar el acto como conforme o no a la técnica normal requerida.

En este sentido, el criterio de la *lex artis* se utiliza en muchas ocasiones para justificar la inexistencia de responsabilidad, o para modular ésta, pues aun habiéndose producido un resultado dañoso no se ha llegado a acreditar que fuera consecuencia de la asistencia recibida.

Así, recientemente se ha desestimado la reclamación de los herederos de una señora que falleció por un cáncer de mama que no había sido descubierto en una revisión rutinaria poco anterior al diagnóstico definitivo de la enfermedad. El tribunal concluyó que «*no se había probado una mala praxis y que si no se realizó el diagnóstico previo fue porque el efecto enmascarador de la mastopatía fibroquística, que es un proceso benigno y que, dado los controles mamográficos fueron correctos, que en los controles*

*clínicos no se apreció evidencia de cáncer, y que tampoco la paciente por autoexploración detectó ningún bulto, no era necesario realizar otras pruebas más agresivas y distintas de la mamografía como la punción, la citología y la biopsia».*

¿Qué ocurre cuando el resultado lesivo se produce en el ámbito de la asistencia sanitaria dependiente de la Administración Pública? Como cualquier otro sujeto de Derecho, el Estado debe responder de los daños causados a terceros en el desarrollo de cualquiera de sus actividades, pero aplicando sus propias normas, que regulan la responsabilidad patrimonial de la Administración.

El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública viene establecido en el Artículo 106.2 de la Constitución Española de 1978, según el cual: *«Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes o derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».*

El fundamento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, cuya regulación más reciente procede de la Ley de Expropiación Forzosa es la obligación de indemnizar toda lesión que los particulares sufran en sus bienes o derechos ya que, si la actuación administrativa tiene por objeto beneficiar a todos los ciudadanos, parece lógico también que si con ello se causa algún perjuicio, éste se distribuya igualmente entre todos los administrados. Y ello, con independencia de que este perjuicio se deba a una actuación lícita o ilícita de los poderes públicos y de quién haya sido concretamente su causante.

No es de extrañar, por tanto, que la Administración se vea inmersa en reclamaciones cada vez más frecuentes en los diversos campos de su actuación, de forma especial, reclamaciones por defectuosa asistencia sanitaria recibida en centros vinculados o dependientes de la sanidad pública.

La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública se encuentra regulada en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, cuyo artículo 139.1 establece que: *«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas».*

Así, para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración, es preciso que se den los siguientes requisitos:

1. Un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en una persona o grupo.
2. Que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; es decir, que exista relación de causalidad.
3. Que la lesión no haya sido causada por circunstancias debidas a fuerza mayor.

Esto significa que no se trata de una responsabilidad por culpa o negligencia, por lo que se diferencia de la responsabilidad exigible desde el punto de vista penal (que requiere la existencia de dolo o culpa), y de la que se pudiera exigir desde el punto de vista civil (que exige la existencia de culpa o negligencia), lo que significa que la responsabilidad de la Administración se configura como una responsabilidad de tipo objetivo.

En este sentido se pronuncia la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3.<sup>a</sup>, de 9 de marzo de 1998, al señalar que: *«...la responsabilidad de la Administración se configura como una responsabilidad objetiva o por el resultado en la que es indiferente que la actuación administrativa haya sido normal o anormal, bastando para declararla que*

*como consecuencia directa de aquélla se haya producido un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado (...). Esta fundamental característica impone que no sólo es menester demostrar para exigir aquella responsabilidad que los titulares o gestores de la actividad administrativa que ha generado un daño han actuado con dolo o culpa, sino que ni siquiera es necesario probar que el servicio público se ha desenvuelto de manera anómala, pues los preceptos constitucionales y legales que componen el régimen jurídico aplicable extienden la obligación de indemnizar a los casos de funcionamiento normal de los servicios públicos.»*

Al igual que en el ámbito de la medicina privada, el criterio de la *lex artis* sirve también para delimitar los supuestos en que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*, evitando así los excesos que resultarían de una aplicación rigurosa de la responsabilidad patrimonial de la Administración, excesivamente objetivizada. En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la *lex artis* habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión, las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica, etc.

Hay que decir, por último, que en los casos en que, apreciada la responsabilidad de la Administración, ésta ha indemnizado al perjudicado, puede exigir de oficio a las autoridades y personal a su servicio, la responsabilidad en que hubieren incurrido por dolo, culpa o negligencia graves. Por consiguiente, si bien la responsabilidad de la Administración frente al perjudicado se configura como una responsabilidad de tipo objetivo, la responsabilidad del médico en la acción de repetición, se rige por criterios de dolo, culpa o negligencia graves.

## **EL DEBER DE INFORMACION COMO FUENTE DE RESPONSABILIDAD**

### **Requisitos Elementales de C.I.**

- La **Información** cuya función es proporcionar los datos **adecuados y necesarios** a quien debe tomar una elección, para que pueda hacerlo sin sesgos.
- La **Voluntariedad**, que le permita al individuo decidir libremente y sin coacción, si quiere o no, someterse a un estudio o tratamiento.
- **Competencia**, paciente vigil, lúcido, con capacidad jurídica para otorgar el C.I. Lo mismo para el caso del representante legal.



(Fotografía insertada por ADCUSPPYMA)

Uno de los supuestos que da lugar a mayor número de reclamaciones por responsabilidad médica, y que genera abundante jurisprudencia, es la ausencia de consentimiento informado por parte del paciente, con carácter previo a la actuación médico sanitaria.

El derecho a la información se recoge en la Ley de Consumidores y Usuarios, la Ley de Trasplantes, la Ley sobre reproducción asistida y, fundamentalmente, en la Ley General de Sanidad, cuyo Artículo 10 establece a este respecto, que todo paciente tiene derecho:

-- A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

-- A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico en su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

En cuanto al deber del médico a facilitar esta información, está recogido y regulado en el Artículo 11 del Código de Deontología Médica de 1990, según el cual:

-- Debe informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad.

-- Debe revelar el diagnóstico aunque puede ser legítimo no revelarle un diagnóstico grave o fatal y siempre debe decir la verdad a los familiares salvo prohibición expresa del paciente, debiendo actuar en estos casos con gran delicadeza.

-- El médico tiene derecho a prescribir la terapéutica que considere más adecuada, tal como le dice su ciencia y su conciencia pudiendo suspender el tratamiento cuando el paciente, debidamente informado, no lo aceptara (Art. 10 del Código Deontología).

Evidentemente, el hecho de que se haya informado correctamente al paciente no puede hacer que recaiga sobre éste la responsabilidad de una mala práctica médica, de la misma forma que el incumplimiento de la obligación de informar no siempre lleva implícita la responsabilidad del médico, sino que será precisa la existencia de un nexo causal entre la falta de información, la información parcial o inexacta y el daño producido.

La información médica deberá ser, además, continuada y actualizada según la evolución de la enfermedad.

La práctica de determinadas pruebas de diagnóstico como los estudios con contrastes, conlleva en ocasiones un riesgo, especialmente para determinadas personas y, por desgracia, no siempre es posible identificar a todos los pacientes de riesgo, lo que implica un gran número de reacciones adversas que son objeto de reclamación judicial. En estos casos, la utilización por parte del profesional de todos los medios a su alcance en la prevención de estos incidentes, será fundamental para determinar o no su responsabilidad. Un elemento probatorio importante será sin duda la historia clínica del paciente, en la que deberán ser reflejados los motivos que justifican la petición de la prueba, los análisis y estudios complementarios llevados a cabo y demás datos clínicos que permitan evaluar las circunstancias concurrentes en cada caso, para poder determinar si la actuación del médico se ajusta a la *lex artis ad hoc*, y si el riesgo era proporcionado al beneficio que se esperaba obtener. Y, por supuesto, la constancia del consentimiento del paciente tras ser debidamente informado de los riesgos y las alternativas de tratamiento.

En este punto, es relevante una sentencia de la Corte de Casación francesa de 31-3-93, sobre un caso de daños causados por una flebografía: la Corte de Apelación condenó al médico reumatólogo por prescribir un examen que no era urgente y que generaba riesgos, sin exponerlo previamente al paciente ni haber avisado al radiólogo. Sin

embargo, la Corte de Casación absuelve al reumatólogo por estimar que cuando el radiólogo procede a una intervención prescrita por otro médico dispone, por su cualidad y funciones, de un derecho de control sobre la prescripción de su colega y tiene por consiguiente la obligación de informar al enfermo sobre los riesgos de la intervención. Por tanto, el radiólogo que va a practicar la prueba, u otro médico de su equipo, deberá informar al paciente de los riesgos de una determinada intervención, a fin de que éste emita su consentimiento, que deberá constar por escrito en la historia clínica.

### **DISCREPANCIA DE PROTOCOLOS ENTRE LA SANIDAD PUBLICA Y EL CRITERIO PROFESIONAL CIENTIFICO**

Ya hemos visto que la naturaleza jurídica de la relación médico-paciente se configura, excepto en determinados supuestos, como una obligación de medios y no de resultados. En este sentido, el deber de todo médico, impuesto por la *lex artis*, es el de utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y estén a disposición del profesional en el momento y en el lugar en que se produce la asistencia.

El problema que se le plantea al médico, sobre todo al que presta sus servicios en la asistencia sanitaria pública, es cómo actuar ante las discrepancias que muchas veces se producen entre los Protocolos de Sanidad Pública y el criterio profesional científico. Esta idea está recogida en una sentencia de 2-10-96 del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Santander, que absuelve a un ginecólogo al ajustarse al Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología.

En relación con este tema, resulta muy interesante el trabajo publicado por Oriol Mir Puigpelat (16), a propósito de la reforma del sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, por Ley 4/1999 de 13 de enero.

La citada ley introduce un nuevo inciso en su Art. 141, según el cual: «*No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos*».

Así, cuando el daño se derive de un hecho inevitable o imprevisible según el estado de la ciencia o de la técnica, no nacerá la responsabilidad de la Administración, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales que puedan establecerse, como consecuencia de una política social determinada, pero no como consecuencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Según Mir Puigpelat, a la hora de prestar los servicios públicos (y la Sanidad lo es), la Administración puede elegir entre dos alternativas:

- a) Fijar un nivel de prestación un estándar inferior al que permite el estado de la ciencia y de la técnica en cada momento, o
- b) Fijar el nivel de prestación más alto posible, según el estado de la ciencia y de la técnica en cada momento.

De optar por la primera alternativa, en el caso de la asistencia sanitaria, la Administración se ahorrará mucho dinero pues no dispondrá de la última tecnología ni practicará todas las pruebas y análisis que el estado de la ciencia y de la técnica permiten realizar. Como contrapartida, cuando el funcionamiento (normal o anormal) de dicho servicio produzca un daño evitable o previsible según el estado de la ciencia y de la técnica, la Administración vendrá obligada a indemnizar.

En cambio, si la Administración opta por la segunda alternativa y presta el nivel más alto, obviamente deberá hacer frente a unos costes más elevados, pero en cambio, evitará muchas más reclamaciones por responsabilidad. Dado que los recursos con los que cuenta la Administración son limitados, lo normal será que opte por la primera

alternativa, con lo cual, el estándar de prestación por la actividad administrativa no se ajustará a los niveles óptimos que permiten el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica, incurriendo con ello en más casos de responsabilidad.

Por lo que respecta a la responsabilidad del personal al servicio de las Administraciones Públicas, hasta la modificación de la LRJPAC, la Administración podría ejercitar la acción de regreso contra el funcionario o agente que hubiera actuado con dolo o culpa, con la finalidad de recuperar la indemnización satisfecha a la víctima. Para la mayoría de la doctrina, el nuevo texto del Art. 145 de la LRJPAC viene a sustituir esa facultad por una auténtica obligación de la Administración de repetir contra el causante del daño, pero sólo cuando éste haya actuado con dolo o culpa y difícilmente se podrá achacar al profesional una actuación dolosa o culposa si actúa dentro de los estándares de prestación establecidos por la Administración sanitaria.

En puridad, un estricto seguimiento de la *lex artis ad hoc*, obligará al profesional a utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y estén a su disposición en el momento y en el lugar en que se produce la asistencia. Si el establecimiento en el que actúa no dispone de la última tecnología, o si los Protocolos no prevén la práctica de determinadas pruebas en circunstancias normales, nadie podrá exigirle su aplicación, pero la misma *lex artis* establece también la obligación del médico de informar al paciente de las alternativas de tratamiento, aunque él no pueda prestarlas. Y, cuando las circunstancias del caso concreto así lo aconsejen, solicitar la práctica de las pruebas y análisis necesarios que la asistencia pública no pueda realizar.

### **CAUSAS POTENCIALES DE DEMANDA SOBRE EL RADIOLOGO**

Pueden dividirse con arreglo a los siguientes aspectos generales (tabla III):

TABLA III

CAUSAS POTENCIALES DE DEMANDA

<p><i>Relacionadas con la información previa</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>No informar a la paciente sobre el procedimiento</li><li>No informar a la paciente acerca de alternativas</li><li>No acreditar la información suministrada a la paciente</li><li>No acreditar el consentimiento informado</li></ul>
<p><i>Relacionadas con el retraso de la prestación</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Discutir directamente con las pacientes</li><li>No comunicar lista de espera al superior jerárquico o titular</li></ul>
<p><i>Relaciones con el estándar de atención (lex artis)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>No poner en marcha procedimientos indicados y accesibles</li><li>Abusar de procedimientos no justificados</li><li>No realizar una valoración integral clínica, radiología y punción</li><li>No acreditar competencia profesional</li></ul>
<p><i>Relacionadas con el equipamiento técnico</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>No realizar el control de calidad anualmente</li><li>Disponer de equipamiento no homologado en la C.E.</li><li>Lesiones a la paciente por mal funcionamiento del equipamiento</li></ul>
<p><i>Relacionadas con la actuación del personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>No respeto a la intimidad de la paciente</li><li>Trato irrespetuoso/vejatorio</li><li>Manejo inadecuado del equipamiento técnico</li></ul>
<p><i>Relacionados con los efectos secundarios/indeseables</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Exposición injustificada a radiaciones ionizantes</li><li>Daños derivados de la técnica mamográfica</li><li>Daños derivados de las punciones biopsias percutáneas</li><li>Daños derivados del marcaje preoperatorio de lesiones no palpables</li></ul>
<p><i>Relacionadas con la comunicación de resultados</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Informes radiológicos poco claros o equívocos</li><li>Ausencia de referencias a las limitaciones del procedimiento</li></ul>
<p><i>Relacionadas con la custodia de información</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Extravío de informes y/o exploraciones</li><li>Acceso no autorizado a información confidencial</li></ul>

- a) Relacionadas con la información.
- b) Relacionadas con el retraso de la prestación.
- c) Relacionadas con el estándar de atención médica.
- d) Relacionadas con el equipamiento técnico.
- e) Relacionadas con la actuación del personal de la instalación.
- f) Relacionadas con efectos secundarios/indeseables.
- g) Relacionadas con la comunicación de resultados.
- h) Relacionadas con la custodia de información.

(Elsevier Ciencia y Economía)

## **LA DENUNCIA**



*(Este apartado, lo dedicaremos a denunciar todas las irregularidades que puedan afectar a la salud y seguridad de las personas que usan la sanidad y el medio ambiente).*

### **AA VV BARRIO LA FLORESTA-TARRAGONA -01-08-2018**







Ni ponemos ni quitamos, son fotografías de la AA.VV del Barrio de la Floresta Tarragona, donde se demuestra el desprecio del gobierno del Ayuntamiento de Tarragona, con las personas que vivimos en los Barrios de Campo Claro y La Floresta.

*\*\*\*\* Neither put or remove, are photographs of the AA.VV of the District of the Floresta Tarragona, which shows the contempt of the government of the City of Tarragona, with people who live in the neighborhoods of Campo Claro and La Floresta.*

**Cariño** es un municipio de la provincia de La Coruña que pertenece a la comarca de Ortegal en Galicia, España. Según el IGE, en 2012 tenía 4.373 habitantes, fotos y comentario que nos remiten los vecinos







Estas fotos muestran como se encuentran los parajes de la ruta de los miradores, dignos de visitar, pero si vas provisto de una desbrozadora. Eso sí, después queremos el geoparque y que nos visiten los turistas. O atendemos a lo que ya tenemos con un mínimo de dedicación y cuidado, o se nos caiga la cara de vergüenza que se lleven esta imagen de nuestro pueblo los que nos visiten. Llevamos tres años dormidos a la vista está su deterioro, toca arreglarlo.-11-06-2018

Esta revista, no quiere hacer comentario alguno, pedimos que se analice las fotografías y los lectores que hablen, si les diremos, que el alcalde es Socialista.



**ASSOCIACIO TARRACO DE PROTECCIO ALS CONSUMIDOR I USUARIS**  
**DE LA PROVINCIA DE TARRAGONA –A.T.P.C.U.P.T. N.I.F. G-43/401579**  
C/. Riu Llobregat, Blq. 2 esca. 9 5º 2ª - C.P. 43006- TARRAGONA  
**Móvil: 616718313** <http://usuaris.tinet.org/aduspyma/>  
**Tel/: 977550030** E-mail: [atpcupt@tinnet.cat](mailto:atpcupt@tinnet.cat)

Nunca, nos manifestaremos a favor o en contra de la independencia de Cataluña o de otra Autonomía, son temas que deben resorber los políticos, ¡para eso les pagamos!.

Para que un pueblo empiece a creer que siendo independientes, o sea, siendo un País, es mejor que estar con una nación siendo parte de la misma, los dirigentes deben de ofrecer unos servicios muy superiores a los que se están disfrutando en estos momentos en Cataluña, debe de repartir sus riquezas, con los que están contribuyendo con su trabajo, sea creando empresas, sea con su trabajo, pero NUNCA, dejarles vivir de los impuestos que pagan el resto de ciudadanos, si para todos es gratis los servicios sanitarios, debe de ser gratis PARA TODOS, si las ayudas se dan, se debe de dar ayudas a todos los que las necesitan, empezando por los que durante años, han sido los que han logrado que seamos un País Libre e Independiente.

No debemos tolerar la denuncia que se nos hace llegar.

Les agradeceríamos, publicaran esta cita para el médico de cabecera.

CATORCE DIAS de espera para que le visite el médico de familia, seguro que dirán que es una cosa rara.

*\*\*\* Never, we will demonstrate for or against the independence of Catalonia or another Autonomy, are issues that politicians must resorb, for that we pay!*

*For a people to begin to believe that being independent, that is, being a Country, it is better to be with a nation being part of it, the leaders must offer services far superior to those that are being enjoyed at this time in Catalonia, must share their wealth, with those who are contributing to their work, whether creating companies, or their work, but NEVER, let them live on the taxes paid by other citizens, if for all health services are free, must be free FOR ALL, if the aid is given, you must give aid to all those who need it, starting with those who for years have been those who have made us a Free and Independent Country.*

*We must not tolerate the complaint that is sent to us.*

*We would appreciate it if you would publish this appointment for the general practitioner.*

*FOURTEEN DAYS waiting for you to visit the family doctor, sure they will say it is a rare thing.*



**Recordatori de la visita**

Nom: \_\_\_\_\_

CIP: \_\_\_\_\_

**Med. família/Pediatría**

**Dia i hora proposats:** DILLUNS, 30 DE JULIOL DE 2018 A LES 15:40 h

**Nom:**

**Centre:** CAP Torreforta-La Granja (Tarragona-2)

**Adreça:** CR Gomera, 10, (43006) Torreforta

**Telefon:** 977 548088

**DENUNCIAN A CASTILLA-LA MANCHA POR CONTRATAR GINECÓLOGOS SIN TÍTULO OFICIAL**

El jefe del servicio del Hospital de Puertollano advierte a un juez que tres venezolanos y una argentina no tienen homologada la especialidad

ABC

SOCIEDAD

Madrid 21/01/2018



Hospital Santa Bárbara de Puertollano - Jesús Fuentes

El problema de la falta de personal médico en el servicio sanitario de Castilla-La Mancha, concretamente en el área de Ginecología del Hospital Santa Bárbara de Puertollano, se está solucionando con la **contratación de médicos extracomunitarios**. Tres venezolanos, que cumplen con los requisitos mínimos, aunque con «**carencias quirúrgicas**» y con la especialidad sin homologar. Por esta razón han sido contratados como médicos generales adscritos a ginecología. Y una argentina que no cumple estos requisitos.

El **peligro que ello supone para la salud**, y la posibilidad de que un mal diagnóstico tenga graves consecuencias para los ciudadanos, ha llevado al jefe del servicio de Ginecología a poner en conocimiento de la autoridad judicial esta situación. Con ello, trata de que no le imputen responsabilidades, en caso de negligencia médica.

Desde el Servicio de Salud de esta Comunidad, el director general de Recursos Humanos, Íñigo Cortázar, confirmó a ABC que estos médicos **no cuentan con la homologación** de la especialidad. Por ello, afirma, no han sido «nombrados en la categoría estatutaria de facultativo especialista del área en Ginecología», sino simplemente como laborales. Solo «realizan labores complementarias al servicio de ginecología».

«Irregularidades»

En cualquier caso, subraya que, «en el supuesto de que se detecte alguna irregularidad, **nosotros actuaremos**. Pero, en el que nos ocupa, no se ha detectado a día de hoy».

Esta justificación del Gobierno del socialista Emiliano García-Page dista mucho de **los argumentos que utiliza en su denuncia** judicial el jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología de este centro hospitalario, Agustín Luque Mialdea.

En el documento presentado el pasado día 11 ante el Juzgado de Puertollano, al que ha tenido acceso ABC, describe una situación muy diferente y advierte de que **no tiene ninguna responsabilidad «de errores o daños»**, que se puedan producir, como consecuencia de esta falta de preparación. Ya con anterioridad, en una carta enviada el 22 de diciembre de 2017 al director gerente de este hospital, calificó de «lamentable» la situación y declinó la «responsabilidad de lo que ocurra, con la actuación de los nuevos facultativos».

Sin formación quirúrgica

El responsable de este servicio se refiere en su denuncia a la contratación de tres facultativos venezolanos «especialistas en Obstetricia y Ginecología» y a una argentina. En relación a los tres primeros, Luque Mialdea, en su carta de 22 de diciembre de 2017, había advertido de que «presentan **graves deficiencias** en su formación quirúrgica, hecho relevante, fundamentalmente, en el curso de las guardias». Por lo tanto, «**la contratación es claramente ilegal**» y «suya será la responsabilidad de lo que ocurra a los pacientes que usted, y no yo, consiente que las trate».

Tras detectar estas «deficiencias», el responsable del servicio comunicó al gerente del hospital que, «al no tener homologado su título de especialistas», había tomado una serie de decisiones sobre su trabajo. Desde ese momento, «**no realizarán actividad quirúrgica** programada como primer cirujano», «se modifican las guardias para que estén acompañados del segundo de guardia», y se intentará evitar que estén juntos. En este sentido, precisa que, si por alguna causa, no

podiera ser así, otros médicos «y yo mismo estaremos dispuestos a acudir al hospital, en el caso de alguna urgencia quirúrgica».

«No cumple los requisitos»

Sobre la doctora argentina, Luque Mialdea recuerda en la denuncia ante el juez que el 13 de noviembre de 2011 **aconsejó su «No contratación»** al director gerente. En la entrevista de trabajo previa a su contratación, declaró «su ausencia de cualificación quirúrgica, para la realización de partos instrumentales y para la práctica de ecografías obstétricas, ni ginecológicas». Ante estas «deficiencias», desaconsejó su contratación, ya que «no cumple con los mínimos exigidos por el Ministerio de Sanidad, ni por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia».

Sin embargo, a pesar de que es **«preceptivo el informe favorable del jefe del servicio»** para la contratación de cualquier persona, se contrata «a dicha facultativa y le dispone una consulta en el centro de salud 4 de Puertollano, sin contar con nosotros y sin importarle los riesgos que para la población, dicha práctica, supone», subraya la denuncia.

Al no saber hacer ecografías ginecológicas, el denunciante señala que éstas **se derivarán al servicio de radiología**, sin tener en cuenta que dicho servicio no cuenta con los medios necesarios, ecografía endovaginal, ni el hábito para la realización de estudios ginecológicos«. El resultado es que «el diagnóstico de la patología ovárica o endometrial, por ejemplo cáncer de endometrio o de ovario, son imposibles de realizar».

A la vista de estos hechos, Agustín Luque finaliza su denuncia afirmando que «nos encontramos con la situación de que una serie de pacientes ginecológicos **van a ser mal diagnosticados**, con riesgo para su salud, debido a la mala formación de la doctora encargada de la consulta y con la responsabilidad del director gerente, y del director médico, que son los que organizan dicha consulta».

«Opinión indocumentada»

El jefe del servicio de Ginecología del Hospital de Puertollano llega a poner en conocimiento del director gerente del centro el resultado de **algunas consultas realizadas por la doctora** argentina: «En el centro de salud número 4, por ejemplo, a una paciente de 48 años menopáusica, es vista únicamente con un tacto bimanual, y se la cita al año sin ver endometrio, ni ovarios, en un acto que denuncio como claramente negligente».

Igualmente, este responsable médico hace referencia a la opinión del director médico sobre las consultas, cuando afirmó que en Ginecología «no se ven nada más que cuatro picores», calificándola de «indocumentada».

## **¿DONDE ESTÁ LA DIGNIDAD PROFESIONAL?**

Desde la redacción de la revista, realizamos esta pregunta ¿esto es o no es una agresión al paciente?



Susanita si esto le pasara a un familiar tuyo que haría que según tu esta la sanidad muy bien en Andalucía después te harta de decir que tuviste a tu hijo en un hospital publico cerrado una planta entera lo tiene verdad. A sin es como me encontrao a mi madre esta mañana a llegar al virgen macarena y según las auxiliares ni eso es urgente y cuando le tocara vendría a limpiarla desde la 7 que dieron aviso gente que lo vieron hasta las 10.30 no a venido a limpiarla DE !!VERGUENZA!!

[Pilar Genaro Rodriguez](#)  
27 de junio 2018 a las 14:34





## **LA FALTA DE POLICÍAS DEJA TRES MACROBOTELLONES, REYERTAS Y AVALANCHAS EN CHUECA DURANTE EL ORGULLO GAY** (Publicado en <http://www.alertadigital.com-30-06-2018>)

El barrio de Chueca se convirtió anoche en una ciudad sin ley debido a la falta de efectivos de la Policía Municipal. Apenas un puñado de patrullas para decenas de miles de personas que salieron a las calles para el primer día del Orgullo Gay.

Si a esto se le llama celebrar el día del Orgullo Gay, ¡con perdón!, YO SOY DIOS Y LOS DOCE APÓSTOLES

\*\*\*\* The Chueca neighborhood became a city without law last night due to the lack of police officers. Just a handful of patrols for tens of thousands of people who took to the streets for the first day of the Gay Pride.

If this is called celebrating Gay Pride Day, with forgiveness, I AM GOD AND THE TWELVE APOSTLES



La fuente de la plaza del Rey, hecha un estercolero (ABC)



La plaza del Rey, hasta arriba de basura (ABC)

Nunca me pronunciare, ni a favor ni en contra de estos movimientos, pero cada actividad que llevan a término, dejan el lugar como una cuadra de CERDOS.

## **PLAZA MAYOR DE CAMPO CLARO-23-07-2018**

Podríamos ponerle el nombre: Plaza de los indignos representantes de los votantes que se encuentra atrincherados en sus “potrancas” del poder.

Tampoco, debemos olvidarnos de los que constituyen las asociaciones de vecinos, que solo piensa en poder “enchufarse” en los múltiples enchufes que tiene el edificio del Ayuntamiento, todo una selva Amazónica en Tarragona.

*\*\*\*\* We could name it: Plaza of the unworthy representatives of voters who are entrenched in their "fillies" of power.*

*Neither, we must forget those that constitute the neighborhood associations, which only thinks about being able to "plug in" in the multiple plugs that the building of the City Council has, all an Amazonian forest in Tarragona.*



¿Cuántos años hace que la Asociación Tarrago de Protección a los Consumidores y Usuarios de la Provincia de Tarragona esta denunciando la falta de mantenimiento?.



Otro ejemplo en la Plaza Mayor, desde que se instalo, no le han hecho mantenimiento, esto no lo vamos a continuar tolerando, ATPCUPT, en septiembre presentara ante fiscalía todas y cada una de las fotografías en un video, por si pudiesen ser causa de delito contra la seguridad de las personas

*\*\*\*\* Another example in the Plaza Mayor, since it was installed, has not been maintained, this is not going to continue tolerating, ATPCUPT, in September will present before the public prosecutor each and every one of the photographs in a video, in case they could be cause of crime against the safety of people*

## **PUEBLOS DE ESPAÑA**



## **AÍNSA-SOBRARBE**



Aínsa capital del municipio de Aínsa-Sobrarbe, con 2 173 hab. (2016), pueblo de la provincia de Huesca, en la Comunidad Autónoma de Aragón (España).

Capital del antiguo reino de Sobrarbe incorporado al de Aragón en el siglo XI, la villa constituye un magnífico exponente del urbanismo medieval.

La Villa de [Aínsa](#) es una **ciudad histórica** situada en el Pirineo Aragonés, en la confluencia de los ríos Cinca y Ara y entre el Parque Nacional de Ordesa y Monte Perdido, el Parque Natural de los Cañones y la Sierra de Guara y el Parque Natural Posets-Maladeta. Su situación la convierte en una importante encrucijada dentro del Pirineo central.





Plaza Mayor de Aínsa.



Puerta de afuera de la muralla.



Iglesia parroquial de Santa María



Calle Mayor de Aínsa.



El castillo de Aínsa, que data del siglo XI, formó parte de la línea de defensa de los territorios cristianos, que en tiempos de la Edad Media fue amurallada, y se convirtió en la capital del condado de Sobrarbe que perteneció al reino de Nájera-Pamplona y luego se integrara en el reino de Aragón.

En 1124 el rey Alfonso I el batallador otorgó la Carta puebla por la que se beneficiaba a sus habitantes con el fuero de Jaca.

La importancia de la plaza llevó que la iglesia de Santa María fuera concebida también como defensa, tal y como atestiguan las saeteras de su torre.

El embalse de Mediano está situado en los términos municipales de La Fueva, Aínsa, Sobrarbe y El Pueyo de Araguás, en la provincia de Huesca. Al municipio de La Fueva se incorporó en 1974 la población del municipio de Mediano cuyo núcleo quedó anegado por el embalse.

Es **uno de los mayores embalses de Aragón**, con 1.714 ha de superficie. Su presa se apoya en los materiales calizos que forman el estrecho de El Entremont en el río Cinca, a pocos kilómetros de la cola del embalse de El Grado, a donde desagu





## **CASTRO DE CALDELAS**

Castro Caldelas, con 1 313 hab. (2016), municipio español de la provincia de Orense, comunidad autónoma de Galicia. El término municipal de 16 parroquias y 86 entidades de población, se organiza en torno a la capital, Castro Caldelas, que es, además, el centro histórico y funcional de la comarca de Tierra de Caldelas







## HISTORIA

Se considera que estas tierras ya estaban habitadas hace 4500 años. Dos necrópolis situadas en el Burgo y en la Sierra de Mazaira nos llevan a situar los primeros pobladores en la época megalítica.

De la Edad de Bronce encontraremos en la Veiga de Sas una roca grabada con petroglifos en forma de cueva. En la Edad del Hierro se desarrolla la Cultura Castrexa. Hallándose restos en Castro de Paradela, O Castriño da Cerca (Sierra de Mazaira) o Outeiro da Torre (San Martiño).

La romanización llegó a estas zonas entre el 137 a.c y el 19 a.c. Por esta zona pasaría la XVIII Via del itinerario de Antonio o Via Nueva de Braga a Astorga. Los romanos frecuentaron esta zona en busca de oro, que encontraron. En la aldea de Burgo se situaría la Mansio Praesidium, parada de los viajeros que recorrían éste camino. En esta zona existen abundantes restos arqueológicos.

Tras que los Suevos se hicieran con el poder en Galicia, cambia la forma de vida. Estos son sustituidos por los Visigodos en el año 585, estos traen la cristianización a la zona.







## SUS DERECHOS Y DEBERES



### DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONSUMIDORES

Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias. [Modificación publicada el 03/07/2015](#)

a) La protección contra los riesgos que puedan afectar su salud o seguridad.  
**Artículo 11. Deber general de seguridad.**



Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

1. Los bienes o servicios puestos en el mercado deben ser seguros.

2. Se consideran seguros los bienes o servicios que, en condiciones de uso normales o razonablemente previsibles, incluida su duración, no presenten riesgo alguno para la salud o seguridad de las personas, o únicamente los riesgos mínimos compatibles con el uso del bien o servicio y considerados admisibles dentro de un nivel elevado de protección de la salud y seguridad de las personas.

b) La protección de sus legítimos intereses económicos y sociales; en particular, frente a la inclusión de cláusulas abusivas en los contratos.

**Artículo 19. Principio general y prácticas comerciales.**



( Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

1. Los legítimos intereses económicos y sociales de los consumidores y usuarios deberán ser respetados en los términos establecidos en esta norma, aplicándose, además, lo previsto en las normas civiles, mercantiles y las demás normas comunitarias, estatales y autonómicas que resulten de aplicación.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados siguientes, para la protección de los legítimos intereses económicos y sociales de los consumidores y usuarios, las prácticas comerciales de los empresarios dirigidas a ellos están sujetas a lo dispuesto en esta Ley, en la Ley de Competencia Desleal y en la Ley de Ordenación del Comercio Minorista. A estos efectos, se consideran prácticas comerciales de los empresarios con los consumidores y usuarios todo acto, omisión, conducta, manifestación o comunicación comercial, incluida la publicidad y la comercialización, directamente relacionada con la promoción, la venta o el suministro de bienes o servicios, incluidos los bienes inmuebles, así como los derechos y obligaciones, con independencia de que sea realizada antes, durante o después de una operación comercial.

c) La indemnización de los daños y la reparación de los perjuicios sufridos.  
**Artículo 128. Indemnización de daños.**



Todo perjudicado tiene derecho a ser indemnizado en los términos establecidos en este Libro por los daños o perjuicios causados por los bienes o servicios.

Las acciones reconocidas en este libro no afectan a otros derechos que el perjudicado pueda tener a ser indemnizado por daños y perjuicios, incluidos los morales, como consecuencia de la responsabilidad contractual, fundada en la falta de conformidad de los bienes o servicios o en cualquier otra causa de incumplimiento o cumplimiento defectuoso del contrato, o de la responsabilidad extracontractual a que hubiere lugar.

d) La información correcta sobre los diferentes bienes o servicios y la educación y divulgación para facilitar el conocimiento sobre su adecuado uso, consumo o disfrute.

#### **Artículo 17. Información, formación y educación de los consumidores y usuarios.**



Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

1. Los poderes públicos, en el ámbito de sus respectivas competencias, fomentarán la formación y educación de los consumidores y usuarios, asegurarán que estos dispongan de la información precisa para el eficaz ejercicio de sus derechos y velarán para que se les preste la información comprensible sobre el adecuado uso y consumo de los bienes y servicios puestos a su disposición en el mercado.

2. Los medios de comunicación social de titularidad pública estatal dedicarán espacios y programas, no publicitarios, a la información y educación de los consumidores y usuarios. En tales espacios y programas, de acuerdo con su contenido y finalidad, se facilitará el acceso o participación de las asociaciones de consumidores y

usuarios representativas y los demás grupos o sectores interesados, en la forma que se acuerde con dichos medios.

e) La audiencia en consulta, la participación en el procedimiento de elaboración de las disposiciones generales que les afectan directamente y la representación de sus intereses, a través de las asociaciones, agrupaciones, federaciones o confederaciones de consumidores y usuarios legalmente constituidas.

### **Artículo 37. Derechos de las asociaciones de consumidores y usuarios.**

Las asociaciones de consumidores y usuarios de ámbito supraautonómico, legalmente constituidas e inscritas en el Registro Estatal de Asociaciones de Consumidores y Usuarios tendrán derecho, en los términos que legal o reglamentariamente se determinen, a:

- a) Ser declaradas de utilidad pública.
- b) Percibir ayudas y subvenciones públicas.
- c) Representar, como asociación de consumidores y usuarios, a sus asociados y ejercer las correspondientes acciones en defensa de los mismos, de la asociación o de los intereses generales, colectivos o difusos, de los consumidores y usuarios.
- d) Disfrutar del derecho de asistencia jurídica gratuita en la forma prevista en la Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita.
- e) Integrarse, en los términos que reglamentariamente se determine, en el Consejo de Consumidores y Usuarios.
- f) La protección de sus derechos mediante procedimientos eficaces, en especial ante situaciones de inferioridad, subordinación e indefensión.



*(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina*

\*\*\*\*\*

*However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)*

### **QUÉ ES EL PATRÓN DE HERENCIA RECESIVA LIGADA AL CROMOSOMA X?**

El patrón de herencia recesiva ligada al cromosoma X se da cuando **el alelo alterado es recesivo sobre el normal**, por lo que **con una sola copia del alelo alterado no se expresa la enfermedad**, y **el gen se encuentra en el cromosoma X** (las mujeres tienen

dos cromosomas X y los hombres uno X y uno Y). Normalmente se da con más frecuencia en hombres dado que tienen un solo cromosoma X, por lo que si heredan el alelo mutado desarrollarán la enfermedad, sin embargo las mujeres al tener dos cromosomas X si solo heredan un alelo mutado serán portadoras pero no desarrollarán la enfermedad, para esto tendrían que heredar dos alelos mutados.

Una mujer afectada por una enfermedad recesiva ligada al cromosoma X transmitirá el alelo mutado a todos sus descendientes, todas las hijas serán portadoras (pero no afectadas) y todos los hijos afectados por la enfermedad (figura 1), mientras que un hombre afectado transmitirá el alelo mutado a todas sus hijas, que serán portadoras, pero a ninguno de sus hijos (figura 2). Una mujer portadora tiene una probabilidad del 50% con cada hijo o hija (independientemente de su sexo) de que este herede el alelo mutado, si lo hereda un niño desarrollará la enfermedad y si lo hereda una niña será portadora de la enfermedad (figura 3).

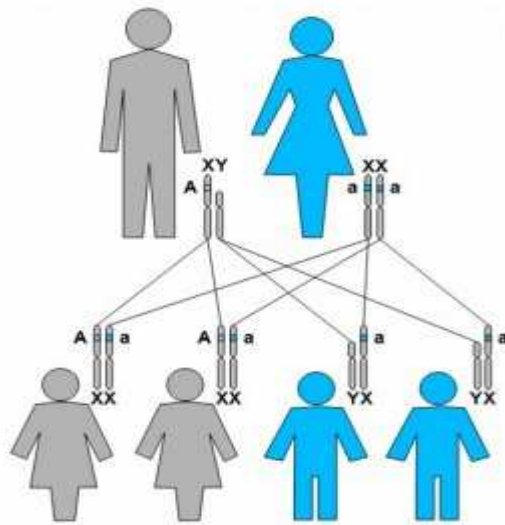


Fig 1. Patrón de herencia ligada al cromosoma X recesiva cuando la madre está afectada (azul).

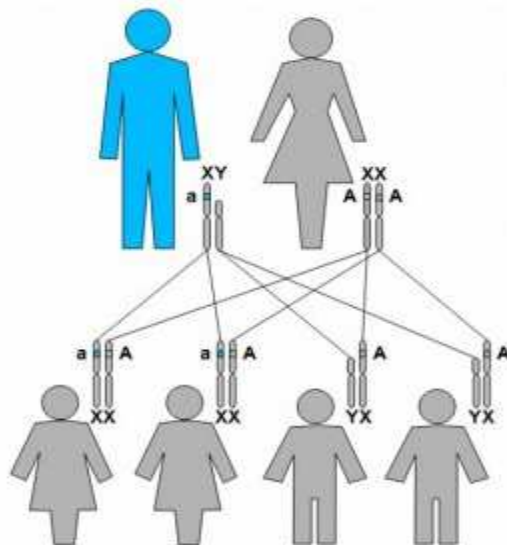


Fig 2. Patrón de herencia ligada al cromosoma X recesiva cuando el padre está afectado (azul).



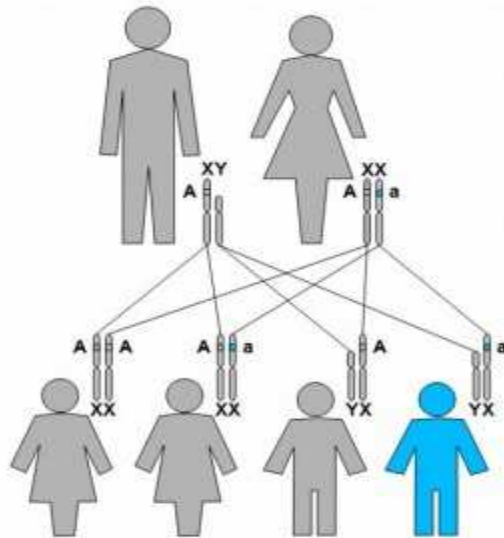


Fig 3. Patrón de herencia ligada al cromosoma X recesiva cuando la madre es portadora (alelo azul) pero no afectada (gris).

### **¿QUÉ ES LA GENÉTICA MÉDICA?**

La Genética médica es la aplicación de la genética en el contexto de la medicina. El campo de aplicación es amplio y variado. Incluye diferentes áreas individuales tales como la genética clínica, la genética bioquímica, la genética molecular, la citogenética, la genética de enfermedades comunes y el consejo o asesoramiento genético. Estudia las bases de la variabilidad y herencia biológicas en la especie humana buscando las posibles aplicaciones que permitan mejorar la salud de las personas ejerciendo una acción directa de los fundamentos y métodos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que generan problemas no solo al individuo que la presenta sino a la familia y a la sociedad.

### **¿QUÉ HACE UN MÉDICO GENETISTA?**

Asesora, diagnostica y maneja patologías con base genética o susceptibilidad genética que se presentan en las diferentes etapas del desarrollo humano, preconcepcional, Prenatal, natal, pediátrica, adulto y adulto mayor.

### **¿POR QUÉ SE DEBE CONTAR CON UN SERVICIO DE CONSULTA EN GENÉTICA MÉDICA ?**

Cerca del 1.5 al 2.0% de recién nacidos tienen malformaciones mayores y 2 al 3% de los nacidos vivos tienen un defecto detectable (Emery's, Genética Médica, 2001).

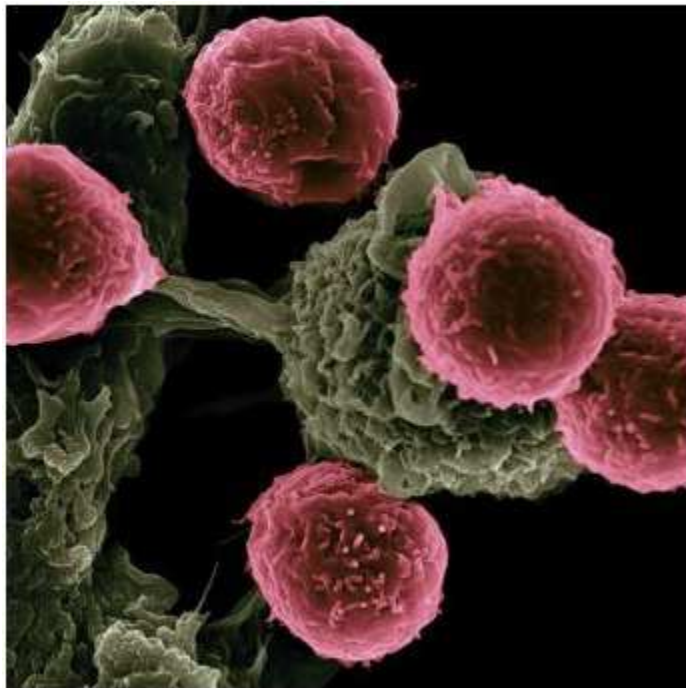
4% de los recién nacidos tienen una anomalía congénita, 30.000 niños requerirían servicios de atención de genética al año, la discapacidad generada por alteraciones genéticas trae una alta carga socioeconómica.

Los errores en el desarrollo pueden ser causados por alteraciones en la cantidad o la naturaleza de la información genética, influencia ambiental o una mezcla de ambas, de esta manera las enfermedades genéticas se clasifican en tres categorías mayores; cromosómicas, unigénicas o de herencia mendeliana, poligénicas o multifactoriales.

## RESULTADOS PROMETEDORES PARA LA TERAPIA CON LINFOCITOS T MODIFICADOS EN PACIENTES CON LINFOMA DE CÉLULAS B

POR GENÉTICA MÉDICA ·

Amparo Tolosa, *Genética Médica News*



*Una de las estrategias más atractivas dentro de la inmunoterapia es aumentar la respuesta de los linfocitos T y su efectividad antitumoral Credit: Victor Segura Ibarra and Rita Serda, Ph.D., National Cancer Institute, National Institutes of Health.*

### **Dos recientes ensayos clínicos acaban de validar la utilización de linfocitos T modificados en pacientes con linfoma difuso de células B grandes.**

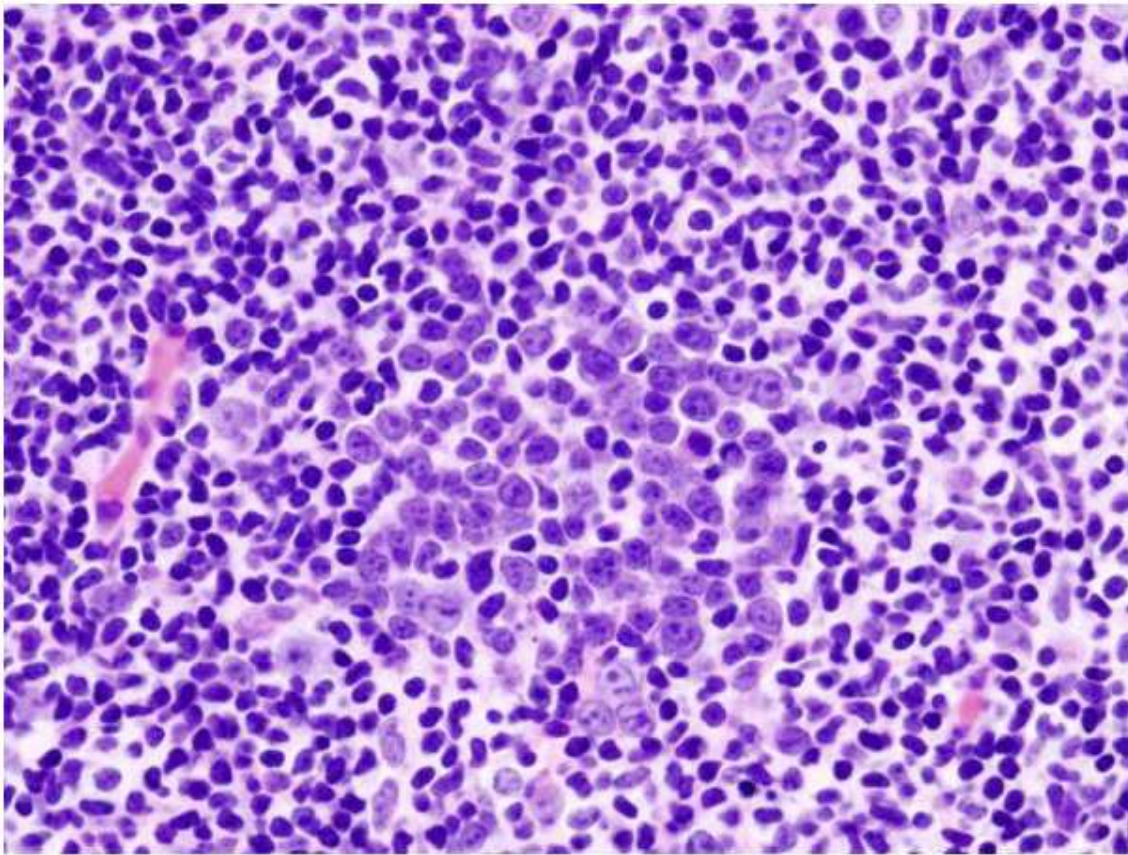
El **linfoma difuso de células B grandes** (abreviado como LBDCG) es uno de los tipos de cáncer de la sangre más comunes. En la actualidad existen diferentes aproximaciones para el tratamiento del LBDCG, como la quimioterapia o el trasplante de médula ósea en aquellos pacientes que muestran resistencia a aquella. Muchos pacientes responden a estas terapias. No obstante, **en algunos casos los pacientes muestran resistencia a la quimioterapia o experimentan recaídas tras un periodo inicial de recuperación**. Si además no se dispone de candidatos para llevar a cabo un trasplante con células madre, el pronóstico es pobre y las opciones terapéuticas disponibles extremadamente limitadas.

En este contexto, los **linfocitos T modificados** contra el cáncer representan una aproximación con gran potencial, ya que **permiten utilizar las propias células inmunitarias de los pacientes (modificadas) para atacar tus tumores**. Dos recientes estudios, publicados en el *New England Journal of Medicine* acaban de demostrar que es posible plantear la terapia con linfocitos T para el LBDCG en un contexto clínico.

En ambos trabajos los investigadores tomaron linfocitos T de pacientes con LBDCG y los modificaron para que expresaran una proteína de membrana capaz de iniciar una respuesta inmunitaria frente a los linfocitos B. A continuación, cultivaron los linfocitos T-CAR y los infundieron en los pacientes, que habían sido sometidos previamente a un tratamiento que reducía las poblaciones de otros linfocitos T.

Los resultados de ambos trabajos son prometedores. En uno de ellos, en el que se trataron 101 pacientes, el 54% de los pacientes mostraron una tasa de respuesta

completa y la supervivencia a los 18 meses alcanzó el 52%. En el segundo estudio, en el que fueron tratados 28 adultos con linfoma, un 64% mostraron respuesta al tratamiento y 16 de los pacientes mostraron remisión completa tras el tratamiento.



*Linfoma difuso de células B grandes. Imagen: KGH (CC BY-SA 3.0, <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.en>).*

Los resultados y beneficios de la terapia con linfocitos T modificados a más largo plazo deberán ser evaluados. No obstante, **los investigadores se muestran muy animados por la remisión observada en una proporción importante de pacientes que ya no disponían de recursos terapéuticos para tratar el linfoma.** “Esto es impresionante, puesto la mayor parte de los pacientes habían agotado cualquier otra opción de cuidado,” señala Patrick Stiff, director del Centro Cardinal Bernardin de Cáncer e investigador de uno de los estudios.

Pese a las grandes posibilidades de los linfocitos modificados contra el cáncer, los resultados de los ensayos clínicos también señalan la importancia de seleccionar adecuadamente los pacientes que pueden beneficiarse de estas terapias. Los investigadores responsables del trabajo resaltan que este tipo de terapias debe ser considerado únicamente en aquellos pacientes con linfoma que han agotado otras posibilidades terapéuticas, debido a que los efectos secundarios pueden ser graves. **Un 95% de los pacientes que participaron en el ensayo clínico mostraron al menos un efecto secundario grave**, como por ejemplo síndrome de liberación de citoquinas, condición que produce síntomas similares a los de la gripe, problemas neurológicos u otros.

Además, aproximadamente la mitad de los de los pacientes tratados con linfocitos T modificados sufren recaídas, por lo que no puede ser considerada una cura posible para todos los pacientes. Mientras se investiga cuáles pueden ser las causas por las que unos

pacientes responden de forma continuada y otros no, diferentes aproximaciones tratan de mejorar la eficacia de los linfocitos T.

**Referencias:**

Schuster SJ, et al. *Chimeric Antigen Receptor T Cells in Refractory B-Cell Lymphomas*. NEJM. 2017.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1708566>

Neelapu SS, et al. *Axicabtagene Ciloleucel CAR T-Cell Therapy in Refractory Large B-Cell Lymphoma*. NEJM.

2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1707447>

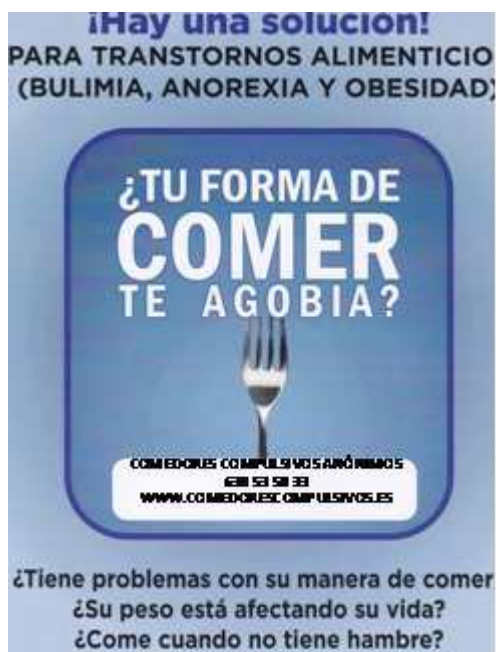
Tran E, et al. *A Milestone for CAR T Cells*. NEJM. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe1714680>

**Fuente:** Patrick Stiff, MD, Is Co-author of Landmark CAR-T Cell Cancer Treatment Study in New England Journal of Medicine. <https://www.loyolamedicine.org/news/patrick-stiff-md-co-author-landmark-car-t-cell-cancer-treatment-study-new-england-journal>

## **NOTICIAS DE LAS ONG Y OTRAS ASOCIACIONES.**



*(En este capítulo se publicaran los artículos que nos remitan las Asociaciones y ONG).*



**SI TENÉIS UN PROBLEMA CON VUESTRA MANERA DE COMER, PODEMOS AYUDAROS!**

Comedores Compulsivos Anónimos (OA) fue fundada por Rozanne y otras dos mujeres en E.E.U.U., en enero de 1.960 cuando se reunieron porque querían resolver el problema que les causaba comer compulsivamente. A partir de ahí fueron abriéndose

grupos en diferentes partes del mundo para que sus miembros se prestaran ayuda mutuamente y en nuestro país ya funcionan y se han consolidado con éxito varios de ellos.

Comedores Compulsivos Anónimos (OA) es una hermandad de hombres y mujeres sin ánimo de lucro cuyo propósito primordial es dejar de comer compulsivamente y llevar este mensaje al comedor compulsivo que todavía sufre. Nuestro programa está basado en el de Alcohólicos Anónimos. Seguimos los doce pasos que se elaboraron a partir de los que tenían ellos. Cambiamos “alcohol” y “alcoholismo” por “comida” y “compulsión por la comida”. Hacemos hincapié en la necesidad de un programa de recuperación físico, emocional y espiritual para enfrentarnos a nuestro problema.

Creemos que el comer compulsivamente es una adicción, que al igual que el alcoholismo o la drogadicción, puede ser detenida pero no curada. OA no se implica en los aspectos médicos de la obesidad; nuestro enfoque complementa el cuidado profesional a la vez que atendemos a la naturaleza compulsiva de comer en exceso.

**Aunque hay un aspecto espiritual en Comedores Compulsivos Anónimos, queremos remarcar que no es un programa religioso.**

Para tener más detalles de nuestra Comunidad podéis dirigiros a la página web <http://comedorescompulsivos.es>, al teléfono 630 535 033, o enviarnos un mail a [oa@comedorescompulsivos.es](mailto:oa@comedorescompulsivos.es)

## **ASOCIACIÓN DE DEFENSA DEL PATRIMONIO DE CHAMARTÍN DE LA ROSA**

**La Asociación de Defensa del Patrimonio de Chamartín de la Rosa, Madrid, Ciudadanía y Patrimonio, y Ecologistas en Acción solicitan al Ayuntamiento que proteja el jardín y la huerta del Noviciado de las Damas Apostólicas.**

Estas asociaciones consideran que este último reducto verde del antiguo Chamartín agrícola reúne valores patrimoniales más que sobrados –históricos, etnográficos, paisajistas, botánicos y medioambientales- para ser declarado Jardín Singular con Nivel 1 de protección.



A pesar de este interés evidente, en la reciente declaración definitiva del convento como Bien de Interés Patrimonial, la **Dirección General de Patrimonio Cultural de la Comunidad de Madrid (DGPC)** sólo ha protegido los jardines públicos que anteceden al edificio, excluyendo el coetáneo jardín trasero “de las monjas” y las huertas al norte del mismo, con un criterio tan restrictivo que permitiría adosar nuevas construcciones a la trasera del inmueble. Por esa razón, la recién creada **Asociación de Defensa del Patrimonio de Chamartín de la Rosa** ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra dicha resolución, y solicita -junto con MCyP y Ecologistas- al Área de Medio Ambiente y Movilidad del Ayuntamiento que asuma la protección que la DGPC se ha negado a imponer, solicitud que ha sido apoyada unánimemente por el Pleno de la Junta Municipal de Chamartín en sesión extraordinaria celebrada el pasado 26 de junio. **Teléfonos de contacto:**

- **Asociación de Defensa del Patrimonio de Chamartín:** José Luis Lorente – 610 97 76 26
- **Madrid, Ciudadanía y Patrimonio:** Alberto Tellería - 609 18 01 58
- **Ecologistas en Acción:** Talma Alba – 609 92 71 35



La presencia de este nuevo rascacielos será un impacto negativo en el entorno.

A veces es difícil tomar el pulso a la ciudadanía antes de tomar una decisión; sobre todo si no se escucha a las entidades ciudadanas que aglutinan, en una buena parte, ese colectivo- disperso pero con sentimientos comunes- que es la sociedad.

Ayer el Ayuntamiento de Madrid no escuchó, por enésima vez, a quienes defienden otro modelo de ciudad, un urbanismo consciente de su propia historia, y cuyos suelos públicos son y deban ser siempre, al margen de su uso, públicos y destinados a ofrecer servicios para toda la ciudad. El actual gobierno, prefirió seguir adelante con viejos planes urbanísticos heredados de la anterior etapa, que se distinguió en este campo por aprobar multitud de intervenciones que la justicia acabó tumbando: desde la operación Mahou-Calderón y la del Bernabeu, al Palacio de Congresos, y el Minivaticano, pasando por Torre Arias y el campo de Golf en el Tercer Depósito del Canal; todos ellos planes que vulneraban la ley y los derechos ciudadanos. El equipo que dirige el consistorio firmó el **Pacto contra la especulación urbanística y por el derecho a la ciudad**, e incluía en su **programa electoral** mención expresa a la recuperación del Patrimonio de Chamberí, así como recogía concretamente el proyecto de Corazón Verde. **Esta propuesta vecinal defiende la conservación de las naves históricas de las Cocheras**, así como por la creación de un espacio unitario en torno al único espacio

libre y a cielo abierto del distrito. De nuevo, con la aprobación inicial de este planeamiento parcial la apisonadora de la administración vuelve a pasar el rodillo por encima de los contribuyentes para plantar una torre que, lejos de suponer una mejora para el barrio, se configura como otra maldición más sobre la maltrecha Historia de Madrid, cuyo Patrimonio Histórico se ve continuamente expoliado. Las redes son un buen indicio que expresan el malestar que ha causado en el público esta decisión, que pone en entredicho las promesas de superar las malas praxis de la época de los pelotazos inmobiliarios. Desde los colectivos ciudadanos firmantes, creemos que esta decisión es un grave error y nos movilizaremos para combatirlo.

## **RINCON DEL PRESIDENTE**



### **NOTA AVISO**

Cuando en el 2011, la Asociación Tarraco de Protección a los Consumidores y Usuarios de la Provincia de Tarragona (ATPCUPT) y, la ONG Asociación para la Defensa de la Utilización de la Sanidad y del Medio Ambiente de España (ADSYME), vieron las dificultades económicas de los consumidores y usuarios, el presidente y el informático de ambas asociaciones, crearon la revista ADCUSPPYMA, con la intención de poder llevar al máximo de personas, información de su interés, NUNCA se ofrecerían NI SERVICIOS NI PRODUCTO DE USO O CONSUMO, y, mucho menos PUBLICIDAD.

Para conseguir nuestro objetivo, tuvimos que acudir a los directorios que existen en Internet de las distintas organizaciones y asociaciones, donde figuran los e-mail de sus componentes.

#### **Nuestro sistema organizativo:**

Solo disponemos de los e-mail, en muchas ocasiones, no sabemos si son hombres o mujeres.

Los tenemos integrados en 123 grupos, cada grupo contiene una media de 450 correos.

Al ser el administrador adsyme, nuestro servidor, tiene nominados a cada grupo, como adsyme, seguido de un número desde el 1 al 123 (ejemplo: adsyme9).

#### **Para darse de baja, ejemplos:**

- a).- Cuando reciba la revista, “clicar” en “responder”, con la palabra baja.
- b).- Baja al e.mail [cccc@vvvvv.com](mailto:cccc@vvvvv.com), afecto de adsyme...? (indicando el número que corresponda)
- c).- Devolviendo el correo sin abrirlo.
- d).- Desde adsyme....? Estoy recibiendo en el e-mail [zzzzzz@mmmm.es](mailto:zzzzzz@mmmm.es) su revista, solicito la baja (correo donde debe remitir su solicitud de baja: [adsyme@adsyme.net](mailto:adsyme@adsyme.net) )

Si no realiza la baja como le estamos indicando, es casi imposible de proceder a su eliminación con la rapidez que todos deseamos **y, recuerde, que si usted recibe la revista, es porque se e-mail figura o figuro en el listado de un organismo, organización, empresa o asociación.**

## **¿QUIÉN PUEDE EVITAR QUE SALGA Y SE OCULTE EL SOL CADA DÍA?**



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Con este título, quiero exponer un hecho (cuyas copias de todo el procedimiento, está en esta redacción) que en un primer momento provoco un juicio laboral haya por los años 2007 y, provocará haya por el mes de octubre del 2018, un juicio penal.

De poco valen las leyes y procedimientos de seguridad, si los trabajadores no las cumplen.

Cabria preguntar al Oficial de primera Montador/Tubero, el porqué empezó atrabajar sin estar presente su encargado o, algún responsable de seguridad de la empresa que realizaba las obras.

Porque el gruista inicio la maniobra si en el radio de acción se encontraba algún trabajador que en una mala maniobra pudiese ser lesionado.



Antes de hacer un breve resumen de este singular caso, hemos solicitado información en diversas fuentes de derecho, incluso, hemos acudido a las páginas oficiales de atención al ciudadano, de distintos organismos con competencia en la materia.

Antes de entrar en el caso, debemos decir, que existe una gran diferencia entre ser acusado (demandado) y, de ser el que acuse (demandante).

**El demandante**, tiene que iniciar el procedimiento, con abogado y procurador (excepto cuando lo demandado sea igual o inferior a 2.000 euros).

**El demandado**, durante todo el procedimiento (**excepto en el acto del juicio, que tiene que ir acompañado de abogado y de procurador**), puede por sí solo, presentar ante el juzgado que promueva el procedimiento, las pruebas y documentos que el estime oportunas, para demostrar su inocencia.

En revistas anteriores, expliquemos la figura del Fiscal, hoy solo quiero hacer una breve referencia:..... **En todos estos casos el Ministerio Fiscal actúa formalmente como parte, aunque materialmente representa el interés general de realización de la justicia, por lo que no está obligado a sostener la acusación si no entiende que hay base para ello. Además, debe tener en cuenta todas las circunstancias concurrentes en el hecho penal, tanto favorables como desfavorables para el presunto responsable (principio recogido en el artículo 2º de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).....**

Sin entrar en juzgar si procedió o no correctamente, al juzgado que inicio el procedimiento, si informo en tiempo y forma que establece la legislación de correcta aplicación, nos centraremos en hacer un brevísimo resumen de unos de los que pasaron de investigado a culpable.

Acusación que pesa sobre esta persona: **Haber sido Jefe de Obras** y, **recurso preventivo**.

Con documentos oficiales remitidos al Juzgado que promovía el procedimiento:

Esta persona, fue **Encargado** de personal de una empresa **subcontratada**.

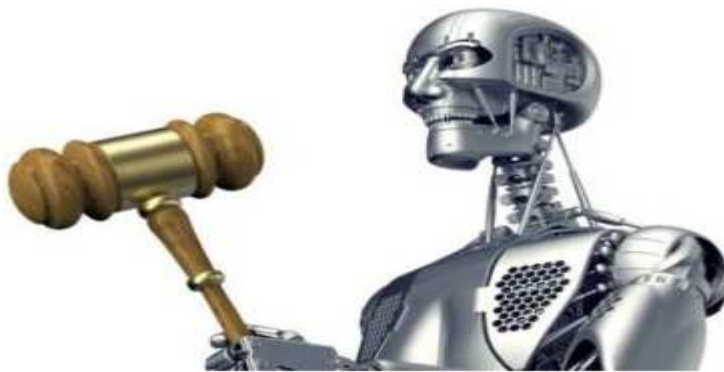
Según **Inspección de trabajo** de la Provincia donde se produce el accidente, **NO tenían constancia de que fuese recurso preventivo**.

En la revista de Enero/Febrero de 2019, daremos amplia información de este juicio.

**COMBATIR LAS DENEGACIONES DE PRUEBA IMPORTA...  
Y MUCHO**



La controversia de infinidad de pleitos contencioso-administrativos pivota sobre cuestiones de hecho y el demandante propone lealmente en la demanda cuantos medios de prueba considera avalan su tesis.



Pues bien, frecuentemente cuando se recibe un auto de denegación de prueba o de admisión parcial de la misma, el demandante no lo recurre, bien por el pragmatismo de considerar inútil el recurso de reposición, bien por economía para evitar las costas si se desestima el recurso, o bien por jactancia al considerar que con el expediente y las pruebas aportadas con la demanda, el recurso se sostiene sobradamente y será estimado. El problema vendrá si la sentencia es desestimatoria y lo hace sobre la base de falta de prueba o acreditación de los fundamentos de la demanda. Y será tarde para lamentarse.

Y es que hay que tener presente que conviene recurrir las denegaciones de prueba cuando la misma se considere relevante pues no hacerlo puede convertirse en la losa que entierre el recurso de apelación o casación. Veamos:



1. En **apelación** es sabido que no cabe practicar nuevas pruebas pues el art. 85.2 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa lo limita a “*las que hubieran sido denegadas o no hubieran sido debidamente practicadas en primera instancia por causas que no le sean imputables*”.

En **casación**, es sabido que el novedoso recurso de casación excluye cuestiones probatorias o de hecho, pues se limita a decidir cuestiones jurídicas de interés casacional objetivo, pero subsisten recursos bajo el viejo sistema.

Además, el eventual incidente por **nulidad de actuaciones** o un hipotético **recurso de amparo** por indefensión al no practicarse las pruebas, requeriría como mínimo que se hubiesen agotado los recursos o quejas frente a la denegación de la prueba.

2. De ahí, el recordatorio utilísimo de la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo de 8 de Junio de 2017 (rec. 2507/2015):

La parte recurrente considera infringidos el artículo 24 de la CE, derecho a la tutela judicial efectiva, en cuanto se ha infringido el derecho a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa (Artículo 24.2 CE), habiéndose denegado la totalidad de las pruebas propuestas en el presente procedimiento y, por tanto, privándose al Tribunal sentenciador del conocimiento de la totalidad de los hechos concurrentes en la elaboración de las actas impugnadas en el recurso contencioso administrativo y que han determinado el fallo de la sentencia objeto de impugnación.



Pero el Supremo replica recordando que ha de tenerse en cuenta que el Auto de la Sala de lo Contencioso-Administrativo... denegatorio del recibimiento a prueba, era susceptible de recurso de reposición, recurso que no fue formulado por la actora, ni ningún otro, por lo que devino firme. Y desde luego, la parte que se ha quietado no puede pretender, una vez que el sentido del fallo no es el deseado, convertir esa denegación de prueba – que por otro lado ninguna indefensión le ocasiona- en sostén del recurso.

3. Con mayor precisión, pero en idéntica línea, y aceptando la falta de motivación del auto denegatorio de prueba pero rechazando su revisión por no haberse planteado recurso ni frente a aquel auto, ni frente a la providencia de conclusión del período de prueba, se expone la Sentencia de la Sala contencioso-administrativa del Tribunal Supremo de 29 de Marzo de 2012 (rec. 4119/2009):

Por ello, la infracción de las normas que rigen los actos y garantías procesales precisa de la concurrencia de dos exigencias básicas, a saber,

1) que se haya pedido la subsanación de la falta o transgresión en la instancia de existir momento procesal oportuno y 2) que se haya ocasionado indefensión a la parte que lo invoca (artículo 88.1.c) y 88.2 LRJCA;

2) Pues bien, la primera de tales exigencias no ha sido observada en el caso examinado. Denegada la prueba propuesta en Auto de 10 de enero de 2008, consta su notificación a la parte demandante, que lo consintió al no interponer recurso alguno contra él.



De la misma forma, tampoco recurrió en súplica la providencia que declaraba concluso el periodo de prueba, pues se limitó a presentar escrito en el que no reclamaba la práctica de la prueba por ella propuesta, sino a solicitar la continuación del proceso mediante conclusiones escritas y en éste se limitó a solicitar su práctica de oficio, para el supuesto de que el Tribunal tuviera dudas, sin que tampoco recurriera la providencia señalando para votación y fallo.

Y no admite excusas frente a la falta de diligencia en “protestar”:

En consecuencia, no se ha producido la solicitud de subsanación de la falta o transgresión en la instancia, lo que impide si quiera considerar el motivo fundado en la infracción de las normas o garantías procesales. En este sentido, conviene reparar que la subsanación a que alude el artículo 88.2 de la LRJCA es aquella que tiene lugar mediante los medios ordinarios de impugnación de las resoluciones judiciales, pues se señala “de existir momento procesal oportuno para ello”, y no silenciar los defectos en dicho momento procesal, para suscitar luego una nulidad de actuaciones.

En este sentido, no son atendibles las explicaciones que se contienen en el escrito de interposición respecto de los motivos por los que no recurrió el Auto denegatorio de la prueba -porque entendió, según expresa, que la razón por la que la Sala denegó la

prueba es que los hechos estaban lo suficientemente claros que resultaba innecesaria-, pues, tal interpretación apela a subjetivismos que no son al caso, y siendo cierto, que lo es, que el Auto denegatorio, resultaba inmotivado, precisamente por ese desconocimiento de las razones en que se basaba la Sala de instancia para denegar la prueba propuesta es por lo que resultaba más preceptiva y necesaria, si cabe, su impugnación, para así conocer realmente las tales razones y no aquietarse ante tal Auto. Así que una buena defensa no se agota en la demanda, pues la victoria de las guerras se decide en todas las batallas, incluso en las pequeñas, pues no es la primera vez que un inocente y simplón auto que deniega una prueba se carga una justa demanda.



No olvidemos la frase de Ricardo III, derrotado en la batalla de Bosworth, en 1485, e inmortalizada por el célebre verso de Shakespeare, “**¡Un caballo, un caballo! ¡Mi reino por un caballo!**”, y que nos ha dejado la conocida copla:

*Por falta de un clavo se perdió una herradura,  
por falta de una herradura, se perdió un caballo,  
por falta de un caballo, se perdió una batalla,  
por falta de una batalla, se perdió un reino,  
y todo por falta de un clavo de herradura.*

En fin, recordaré que ya traté la importancia del proceso y las formas en mi ponencia en este corto vídeo significativamente titulada “Cómo ser abogado y no morir en el procedimiento”



JR. Chaves

# MEDICINA DEPORTIVA



*(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina*

\*\*\*\*\*

*However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)*

## **ESTUDIO DE LAS LUXACIONES DE HOMBRO.**

El hombro es una estructura anatómica compleja que da lugar a un gran número de lesiones y, por lo tanto, da lugar a su vez a un gran número de incapacidades laborales, tanto temporales como permanentes; por lo tanto, se producen gran cantidad de bajas laborales (I.T.) de larga evolución con la consiguiente afectación a la empresa, estado, trabajador, etc

Las luxaciones del hombro pueden ser de varios tipos pero la más habitual es la anterior en un 95% de los casos aproximadamente. Todo ello provoca una impotencia funcional de la extremidad con gran componente doloroso que exige una reducción correcta y rápida. Pueden provocar lesiones en las estructuras óseas; como fracturas provocando alteraciones mecánicas; o en las partes blandas, ya sean de carácter ligamentoso ó articular (labrum/cavidad glenoidea,) que pueden alargarse en el tiempo ocasionando limitaciones en la movilidad y/o dolores, con la necesidad de una reparación posterior y definitiva (quirúrgica).

El objetivo de este trabajo consiste en el estudio de las lesiones laborales y poder ofrecer tratamientos fáciles y sencillos para la resolución del proceso, y evaluar el tipo de contingencia, laboral o no.

**INESTABILIDAD:** Movimiento excesivo y anormal de la cabeza humeral respecto ala cavidad glenoidea que, a la larga, provoca lesiones de partes blandas (cápsula, músculos) y duras (óseas), con sintomatología dolorosa más o menos acentuada.

La inestabilidad puede ser *congénita* en personas que tienen un tejido ligamentoso laxo (pacientes hiperlaxos) ó por alteraciones óseas (displasia glenoides) , *traumáticas* (a causa de caídas casuales, traumatismo directos, etc) y *atraumáticas/crónicas/adquiridas* por sobreutilización del hombro en posiciones forzadas y de forma repetitiva como deportistas (lanzadores, gimnastas) sin ningún episodio agudo anterior.

**LUXACIÓN:** Definiremos luxación escapulo-humeral ó de hombro como la salida del húmero de la cavidad articular ó glenoidea, provocando una incongruencia articular con impotencia funcional y gran componente doloroso

**SUBLUXACIÓN:** Salida parcial de la cabeza humeral de la cavidad glenoidea, habitualmente con capacidad de movilización conservada. Se trata de una luxación con reducción inmediata que sería provocada por una inestabilidad del hombro.

Es importante tener un grado de conocimiento alto de las partes anatómicas del

hombro y de su biomecánica para poder comprender mejor el tratamiento de las patologías de luxación escapulo-humeral

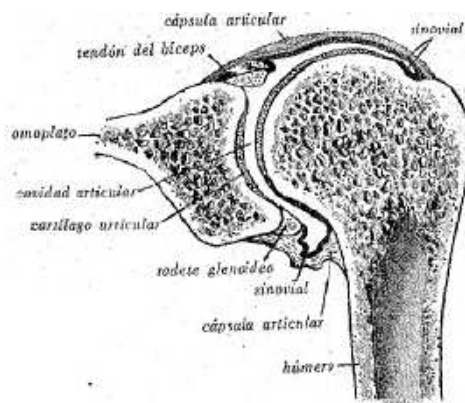
#### ESTRUCTURAS ÓSEAS:

- CLAVÍCULA: Hueso largo, par, colocado transversalmente en la cintura escapular/hombro, donde se insertan 6 músculos (Deltoides, Trapecio, Subclavio, Pectoral mayor y Esternocleidomastoideo).

- OMÓPLATO: ó Escápula, hueso par, aplanado, que se articula con la clavícula (acromion) y húmero (cavidad glenoidea). Se insertan gran cantidad de músculos (17). Su cavidad glenoidea es proporcionalmente reducida y muy poco cóncava en comparación con la cabeza humeral, por lo que puede provocar inestabilidades.

- HÚMERO: Hueso largo y par que se articula por la porción proximal con la cavidad glenoidea del omóplato y por la porción distal con el cúbito y radio formando el codo. Si insertan gran cantidad de músculos (25) pertenecientes al tronco, hombro, brazo y antebrazo.

ARTICULACIÓN ESCAPULO-HUMERAL o articulación del hombro propiamente dicha. Tiene por objeto unir el húmero a la escápula a nivel de la cavidad glenoidea, agrandada por un fibrocartílago llamado rodete glenoideo a modo de marco periférico. La cabeza humeral es redondeada, grande y lisa. La cavidad glenoidea tiene forma oval, de eje mayor vertical, y considerablemente más pequeña que la cabeza humeral. Compuesto por la cápsula articular, ligamentos coracohumeral y glenohumeral, músculos y tendones musculares que estabilizan la articulación. Esta desproporción de las caras articulares se podría asemejar a una pelota de golf cuando está apoyada sobre su soporte de madera ó plástico (tee) justo antes de iniciar el 1º golpe en cada hoyo de golf.



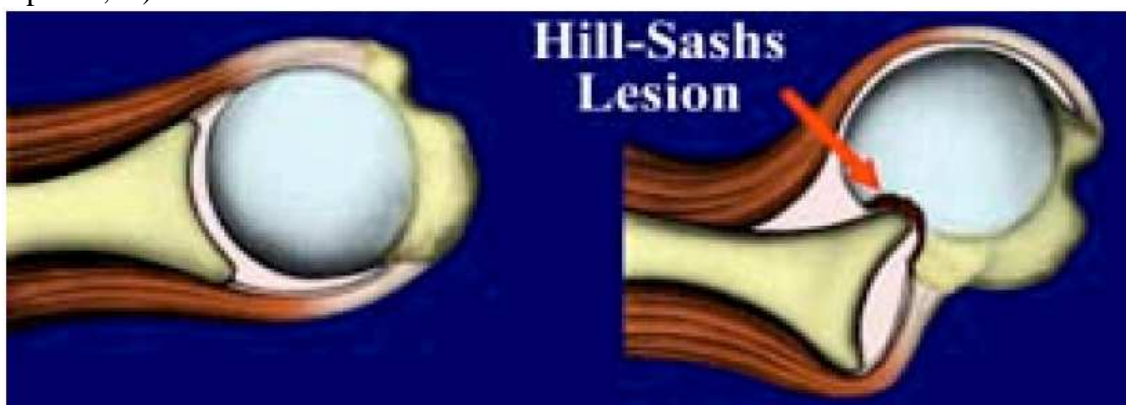
Esquema de la articulación del hombro derecho: sección vertical.  
Ejemplo de enartrosis típica.

MÚSCULOS: Seis son los músculos que conforman el entorno muscular del hombro (Deltoides, Supraespinoso, Infraespinoso, Redondo mayor, Redondo menor y Subescapular) de los cuales solo el Deltoides arranca en 2 huesos que constituyen el hombro y da forma al mismo; los restantes (5) se originan en el omóplato. El complejo estabilizador del hombro se compone de todos éstos músculos y sus tendones, que se denominan en su conjunto *Manguito o Cofia de los Rotadores*; llamada así porque la inserción a nivel de la cabeza humeral no se realiza mediante tendones independientes y por completo alrededor de toda la cabeza humeral, sino en semicírculo y en forma de “sábana” que forman conjuntamente todos los tendones insertados en la cara antero-externa de la cabeza humeral.

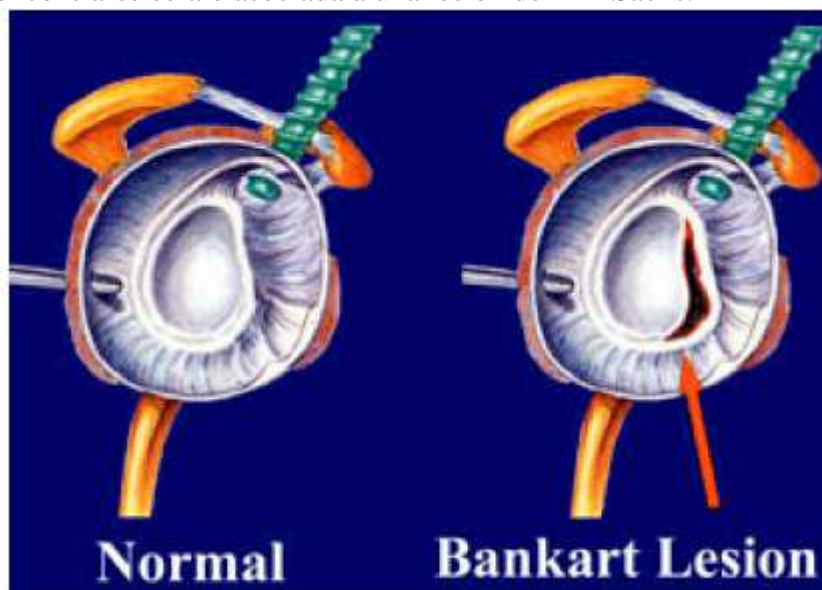
También tiene una capacidad estabilizadora del hombro el *tendón de la porción larga de biceps braquial*, que al contraerse el músculo provoca que el tendón sujete hacia atrás la cabeza humeral y provoque una estabilidad anterior. Esto puede dar lugar a un gran número y variado de lesiones como rupturas parciales, estiramientos “individuales” de cada tendón, lesiones completas y totales, calcificaciones que provocan compromiso del espacio subacromial con la consiguiente limitación de movilidad y dolor, etc; y todo ello puede ser debido a la misma luxación ó por/durante las maniobras de reducción, a corto ó largo plazo según el tipo de lesión.

Al producirse las luxaciones pueden dar lugar a unas lesiones:

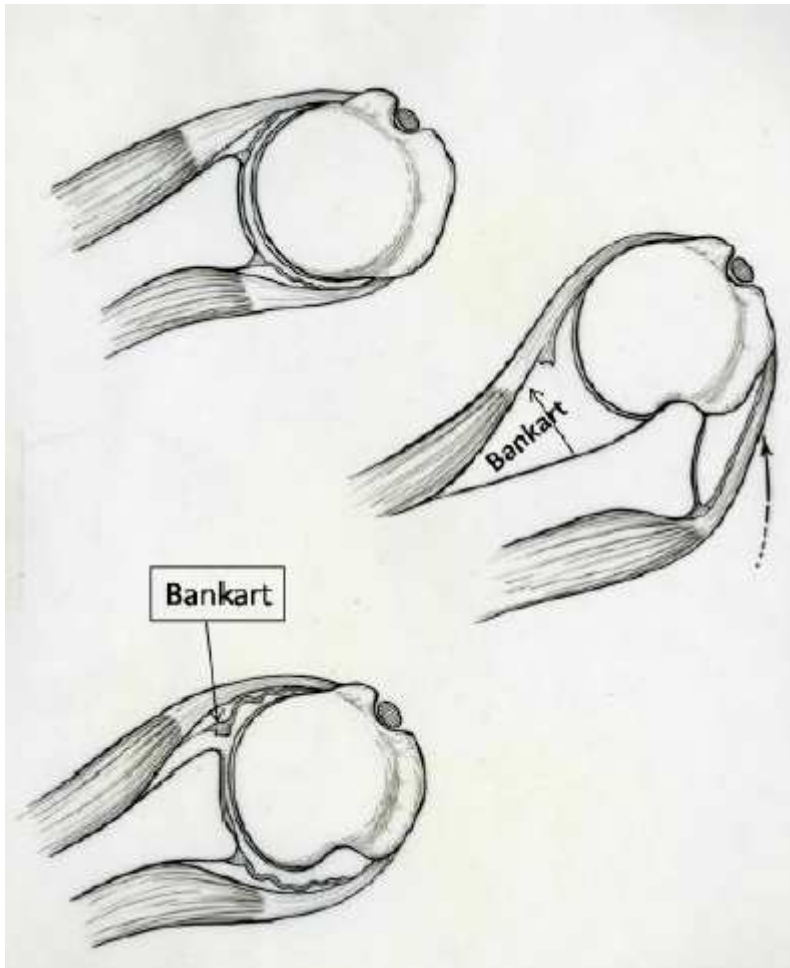
- HILL-SACHS: Depresión cortical de la cabeza del húmero, resultado de la retención forzada de la cabeza humeral contra el rodete glenoideo. Según el tipo de luxación las lesiones pueden variar de lugar (lux. Anterior, lesiones en porción posterior cabeza humeral; luxación posterior, lesiones en cara anterior; luxación inferior, lesiones en cara superior,...)



- BANKART: Lesión del labrum (anillo de tejido blando que rodea a la cavidad glenoidea). Al luxarse el hombro existe un desgarramiento por fricción del rodete articular (labrum). Habitualmente la lesión es cartilaginosa del rodete glenoideo desgarrado, y diríamos que existe un Bankart blando; pero si la intensidad de la fuerza es alta, se puede llegar a producir, además de lesiones de partes blandas, unas fracturas del rodete glenoideo óseo, y entonces hablaríamos de un Bankart óseo. Ésta lesión puede encontrarse sola o asociada a una lesión de Hill-Sachs.







## BIOMÉCANICA

El hombro es la articulación proximal del miembro superior. Una característica destacable de esta articulación es que tiene una gran movilidad en todos sus ejes (trasversal, anteroposterior, vertical y longitudinal) que desarrolla distintos movimientos según esos ejes: flexión o antepulsión, extensión o retropulsión, adducción-abducción, rotación interna y rotación externa; y para alcanzar dicha movilidad se ha sacrificado un poco la estabilidad. Es la articulación dotada de mayor movilidad entre todas las del cuerpo humano. La posición de referencia se define cuando el miembro superior pende vertical a lo largo del tronco.

Es una articulación “incongruente” (enartrosis) donde la cabeza humeral es mucho más grande y redondeada que la cara articular de la escápula (glenoides) mucho más pequeña y plana, por lo que “a priori”, sería muy fácil de producirse una luxación o una inestabilidad, que ésta sería el resultado o la consecuencia de varias luxaciones. El complejo articular del hombro se compone de varias articulaciones de las cuales unas son *verdaderas*, como la escapulohumeral, la acromioclavicular y la esternoclavicular; y otras son *falsas* como la subdeltoidea y la escapulotorácica.

Todas ellas forman un conjunto articular donde todas ayudan a crear estabilidad y movilidad. El aparato de sujeción de la articulación compuesta por ligamentos, músculos y tendones. Las estructuras ligamentosas que estabilizan la articulación son el lig. coracohumeral y lig. glenohumeral; existiendo también otros ligamentos más distales como el lig. acromioclavicular que están fuera del tema que estamos describiendo; que asociados a las estructuras óseas dan estabilidad a la articulación, clasificando las estructuras estabilizadoras en 2 tipos: el complejo osteo-capsularligamentoso y el manguito/cofia de los rotadores unido al tendón de la porción

larga del biceps, que al contraerse sujeta hacia atrás la cabeza humeral. Por todo ello es importante, tras una luxación, realizar un buen tratamiento de tonificación y rehabilitación de las estructuras musculares para poder tener una contención fuerte y correcta del hombro y evitar recidivas.

Los músculos longitudinales del brazo y cintura escapular impiden, mediante su contracción tónica, que la cabeza humeral se luxa por debajo de la glenoides bajo el efecto de la tracción que ejerce. Estudios electromiográficos han demostrado que la función esencial de sostén corre a cargo por la parte superior de la cápsula reforzada por el poderoso ligamento coracohumeral, *auténtico ligamento suspensor del hombro*.

A causa de un traumatismo suficientemente intenso, puede provocar una lesión del aparato estabilizador que cause la rotura del mismo en todo o en parte suficientemente importante y, por lo tanto, la luxación de la articulación. Cuando se lesiona una de las partes estabilizadoras, biomecánicamente se produce un desequilibrio de fuerzas, dando como resultado una inestabilidad articular.

Las inestabilidades se pueden clasificar en varios tipos:

- TUBS (Traumática, Unidireccional, Bankart, Surgery)
- AMBRI (Atraumática, Multidireccional, Bilateral, Rehabilitación, Inferior).

### **COMPLICACIONES:**

- Individuos Jóvenes.- La más frecuente es la luxación anterior (95% de los casos), que a pesar de la inmovilización y rehabilitación correcta y larga, provoca que en un número muy alto recidiven y precisen reparación quirúrgica definitiva - Individuos Mayores.- no suelen recidivar, pero sí plantear problemas de movilidad y rigidez capsular que puede llegar a ocasionar problemas en su vida cotidiana y laboral, que pueden provocar incapacidades temporales transitorias largas con el consiguiente deterioro económico tanto al trabajador como al empresario; llegando incluso a una invalidez, en determinadas profesiones.

La luxación del hombro puede presentar una serie de complicaciones, más ó menos graves, que determinarán la actitud terapéutica a seguir. Unas veces son debidas al mismo traumatismo/incidente, otras debido a la manipulación posterior, ya sea durante el transporte hasta el centro hospitalario ó durante las maniobras de reducción. Enumeraremos varias en función de la gravedad de las lesiones y posibles secuelas posteriores:

- Rotura arterial.- Es muy rara. La arteria lesionada más frecuentes es la *Axilar* y se manifiesta como extremidad pálida, sin pulso, dolor violento (distinto a la luxación), con hematoma intenso brusco en la axila y que precisa de reparación quirúrgica urgente

- Nerviosa.- Habitualmente el nervio más afectado en el *Circunflejo* provocando una menor sensibilidad de piel del hombro y fuerza del deltoides. Otra lesión puede ser del *Plexo Braquial* con una clínica mucho más florida e intensa y duradera. Todas estas lesiones pueden recuperarse tras una reparación quirúrgica (si precisa) y con una evolución de hasta 2 años hasta estabilización/recuperación del proceso.

- Manguito/Cofia Rotadores.- Puede presentar dolor, limitación de movilidad articular y fuerza del hombro. Su tratamiento puede ser conservador (inmovilización y posterior rehabilitación) ó quirúrgico. También puede provocar, secundariamente al traumatismo/lesión e inmovilización una retracción/rigidez de la cápsula articular compatible con *Artritis adhesiva* del hombro de largo y difícil tratamiento, tanto rehabilitador como médico, con ansiolíticos y psicoterapia.

- Distrofia Simpático Refleja (DSR).- Cuadro clínico multidisciplinar que, a causa de la lesión, inmovilización y estado ansioso del paciente, puede provocar dolor, impotencia funcional con limitación de movilidad y pérdida de fuerza. Objetivamente se evidencian lesiones cutáneas como eritema e hirsutismo localizado en la articulación afectada con

edema; radiológicamente se evidencia una osteoporosis e imágenes algodonosas típicas del cuadro clínico. Su tratamiento es largo, lento y desagradecido, con rehabilitación funcional suave y progresiva, ansiolíticos, calcio oral + calcitonina e incluso, en caso muy extremos, puede ser remitido y tratado por unidad del dolor - Óseas.- Debido a las fracturas que se asocian a las luxaciones podemos objetivar casos de *retraso en la consolidación* de fracturas, *pseudoartrosis*, *consolidaciones mal orientadas ó viciosas*, *callos de fractura hipertróficos*, que pueden provocar una limitación de movilidad articular del hombro, una *deformidad* a causa de la mala orientación de cabos fractuarios; así como episodios de dolor residual postfractura. También las lesiones de *Hill-Sachs* y *Bankart* a causa del rozamiento cuando se produce la luxación o durante las maniobras de reducción. Otra patología que puede producirse que precisa de un espacio de tiempo más largo y duradero de la inestabilidad articular es la *Artrrosis* tanto *escapulohumeral* como *acromioclavicular*. La *osteonecrosis* tras una fractura de cuello humero asociada a una luxación es muy poco frecuente, pero suficientemente complicada y grave, que puede precisar de aplicación de prótesis de la cabeza humeral. Otra patología poco frecuente en el cuadro conocido por *hombro congelado ó capsulitis retráctil ó adhesiva*, que provoca una rigidez articular con limitación severa de la movilidad, que precisa de un tratamiento multidisciplinar y largo, con mal pronóstico.

(Apuntes Master Medicina Evaluadora.- The American Academy of Orthopedic Surgeon.- Autor: Enrique Céster Balletbó, Médico de A.T del Centro Asistencial Barcelona-Cas)

## LA PORTADA

## LAUJAR DE ANDARAX



Laujar de Andarax es realmente un mundo por descubrir en la Alpujarra almeriense, un enclave en plena naturaleza a más de 900 m. de altitud, rodeado de montañas y

vegetación; a un lado Sierra Nevada, enfrente Sierra de Gádor y al Sur el mar a tan solo 40 Kms.

*\*\*\*\*\* Laujar de Andarax is truly a world to discover in the Alpujarra of Almeria, an enclave in the middle of nature at more than 900 m. of altitude, surrounded by mountains and vegetation; to one side Sierra Nevada, in front Sierra de Gador and to the South the sea at only 40 Kms.*



**EN EL MISMO CORAZÓN** de la Alpujarra almeriense y cercano al casco urbano de Laujar de Andarax tiene su nacimiento el río que heredó su nombre. Cuando los árabes se asentaron en estos parajes lo bautizaron como “*Andaraj*” que significa “Era de la Vida”. A él le añadieron el apelativo de “el Viejo”, ya que se le considera uno de los pueblos más antiguos de España.

**Tradición y cultura:** Con una historia tan amplia, Laujar de Andarax es un pueblo rico en tradiciones, leyendas, y manifestaciones culturales; amén de su gastronomía y sus entornos.

Entre sus fiestas más importantes se encuentran la de San Vicente, celebrada el 22 de enero; la Fiesta de los Quintos, que tiene lugar el segundo domingo de marzo; la de San Marcos, el 25 de abril, con una hermosa romería hasta el nacimiento del río Andarax; y el 19 de septiembre se celebran las fiestas en honor a la Virgen de la Salud, patrona del municipio. Además, existen otras fiestas menores como la Semana Cultural de agosto, el Jueves Ladero, un jueves antes del Miércoles de Ceniza; y la Feria Vitivinícola de la Alpujarra

*\*\*\*\* IN THE SAME HEART of the Alpujarra of Almeria and close to the urban area of Laujar de Andarax, its source is the river that inherited its name. When the Arabs settled in these places they baptized it as "Andaraj" which means "Age of Life". To him*

they added the nickname "El Viejo", since it is considered one of the oldest towns in Spain.

*Tradition and culture: With such a broad history, Laujar de Andarax is a town rich in traditions, legends, and cultural manifestations; amen of its gastronomy and its surroundings.*

*Among its most important festivals are those of San Vicente, celebrated on January 22; the Fiesta de los Quintos, which takes place on the second Sunday of March; that of San Marcos, on April 25, with a beautiful pilgrimage to the source of the Andarax River; and on September 19 celebrations are held in honor of the Virgen de la Salud, patron saint of the municipality. In addition, there are other minor festivals such as Cultural Week in August, Thursday Thursday, Thursday before Ash Wednesday; and the Vitivinícola Fair of the Alpujarra*



**La plaza Mayor** de Laujar de Andarax, es también la plaza Mayor de la Alpujarra, así se llama oficialmente. Aquí encontramos edificios emblemáticos e icónicos no solo del municipio sino de toda la comarca. **La iglesia de la Encarnación**, no iba a ser menos, y es por todos conocida como la catedral de la Alpujarra. Como todas las cosas bellas de este mundo, la iglesia tiene una cara oculta, menos conocida para los turistas, pero igual de bella, escondida de los faros que se proyectan en la fachada que da a la plaza. Desde un huerto de olivos, junto a la iglesia, se ve el pueblo desde las alturas y el vecino Fondón, recostado sobre el valle. Toda esta simbología, grandeza, hechuras de ciudad rural y cruce de caminos, la cubierten en la oficiosa capital de Las Alpujarras. Y qué mejor sede para dicha capital que **el edificio neoclásico del ayuntamiento**, construido durante el reinado de Carlos IV, en los últimos años del siglo XVIII.



**Hay varias carreteras que nos llevan hasta Laujar** para completar una posible ruta de ensueño por la Alpujarra almeriense. La que parte desde Alcolea. La que baja por Bayárcal y Paterna del Río.

En el pueblo, nos encontraremos con un gran número de monumentos que se mezclan con comercios y casas señoriales de gran calado histórico tras sus paredes. **La ermita de la Virgen de la Salud, la casa del Vicario, la de los Moya o la de Francisco Villaespesa**, ésta última no es tan antigua como las mencionadas anteriormente, pero por la importancia de quién nació y vivió aquí necesita una mención especial. **Dramaturgo, modernista, y almeriense**, famoso en todo el mundo allá por dónde el idioma español se hable o se escriba. Su obra se inspiró en buena parte en el paisaje e historia alpujarreña. Amigo íntimo de los más grandes autores españoles coetáneos. Admirado por casi todos, y también admirador, entre otros de Rubén Darío, oriundo muy cerca de aquí, en el vecino municipio de Ohanes. Su obras poéticas fueron más de cincuenta y por ellas se le recuerda en toda la provincia de Almería, donde tiene dedicada una calle en cada pueblo.



**Parte de la vega de Laujar de Andarax, destinada al olivo y almendro.**



Área recreativa entre un denso bosque.

A escasos cinco minutos a pie del centro de Laujar de Andarax se encuentra **el área recreativa del Nacimiento**. Está junto al manantial donde brota el agua que irá a parar al mar Mediterráneo, en la capital almeriense, atravesando en su recorrido numerosos municipios. El propio Laujar, Fondón, Padules, Terque, Gádor, etc. Esculpiendo con su lento y laborioso fluído la cuenca de este río y **creando bellos paisajes, cavidades, balsas o cascadas**.

El entorno natural del Nacimiento es inmejorable, con gran cantidad de especies de flora y fauna difíciles de apreciar en otras partes de la provincia.

El municipio de Laujar de Andarax, trabaja en un ambicioso proyecto cultural con el que busca reivindicar y poner en valor la figura del misionero jesuita Pedro Murillo Velarde, muy popular en Filipinas, ya que, en el año 1734, realizó el primer mapa de este país asiático y fue una persona muy influyente en la cultura y la historia de este antiguo territorio español.

- El Ayuntamiento ha comenzado la rehabilitación, a través de Planes Provinciales, de la casa palaciega de Los Moya que data del siglo XVIII
- Se convertirá en la Casa de la Cultura

El Ayuntamiento de Laujar de Andarax anda inmerso en una particular cruzada para que su municipio, uno de los máximos exponentes de la Alpujarra Almeriense, recupere parte de su historia e identidad. Como ejemplo están la adquisición de la Plaza de Toros para su restauración y puesta en valor o la mejora y acondicionamiento del acceso y todo el entorno del nacimiento del río Andarax. Dos de las muchas obras y proyectos que el equipo de Gobierno de Almudena Morales está afrontando con "mucho ilusión".

**La Feria Vitivinícola de Laujar de Andarax estrena nueva ubicación y se celebrará del 29 de abril al uno de mayo**









## REMODELACIÓN INMEDIACIONES CADE

Continúan las obras de urbanización de los exteriores del CADE (Escuela de empresas). Se encontraba en muy mal estado toda la zona, donde se asesoran, informan y crean empresas a nivel comarcal, donde se ubican varias empresas locales, también se realizan muchas reuniones durante todo el año y además se encuentra en una de la entrada del pueblo.

Se está crear aparcamientos pavimentados, el vial debidamente pavimentado también, además de zonas verdes.





ANTES

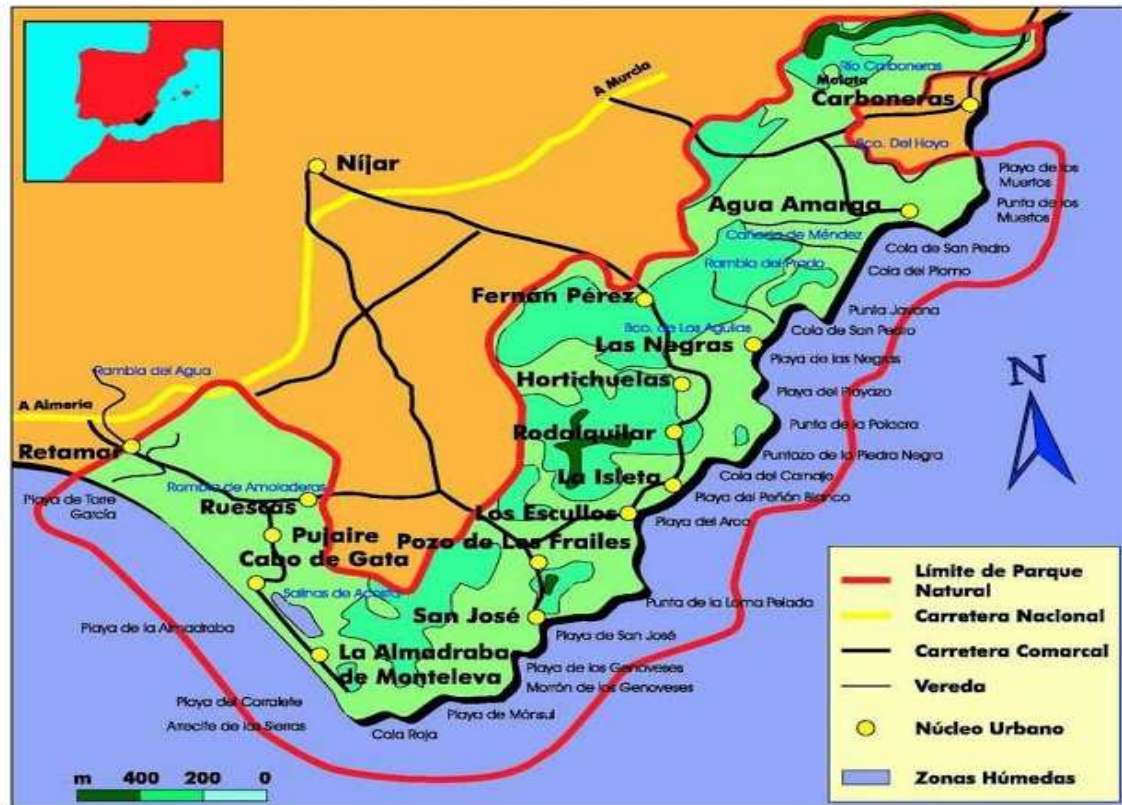


REFORMADO-ACTUAL



Intentare en próximas revistas, exponer las reformas y arreglos que esta singular Alcaldesa, con su equipo de gobierno, están realizado para el disfrute de sus habitantes y, el gozo del visitante.

**PARQUE NATURAL DEL CABO DE GATA-NÍJAR**



Cabo de Gata-Níjar cuenta con los 50 kilómetros de costa acantilada mejor conservada del litoral mediterráneo europeo. En esta impresionante fachada litoral con abruptos acantilados se suceden playas urbanas como la de San José y Aguamarga; magníficas playas naturales como Mónsul y Los Genoveses; recónditas y casi inaccesibles calas como Carnaje y de Enmedio; y espectaculares acantilados volcánicos y arrecifales como Punta de los Muertos y Mesa Roldán.



Mónsul



Genoveses



En Medio



Punta de los Muertos

En la zona denominada los Escullos encontramos **la duna fosilizada más grande del Parque Natural**, otras muestras de este tipo de formación geológica los podemos observar en las playas de **Genoveses** y el **Playazo de Rodalquilar**. La formación de

este **fósil de arena oolítico** es curiosa, se formó en la era cuaternaria hace más de 100 mil años cuando **el mar Mediterráneo cubría toda la zona del Parque Natural**, los oolitos son pequeñas partículas esféricas que se forman por agregación de carbonato de calcio en capas concéntricas alrededor de un núcleo formado por un grano de arena en los fondos marinos de mares cálidos a poca profundidad. Después el mar, debido a un cambio climático que hizo subir las temperaturas, retrocedió hasta sus actuales límites, dejando al descubierto la gran duna fosilizada. Luego la erosión del viento, la lluvia y el oleaje del mar han hecho el resto, **esculpiendo estas caprichosas formas junto al mar**.



Los Escullos



Escullos



**Playazo de Rodalquilar**