

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



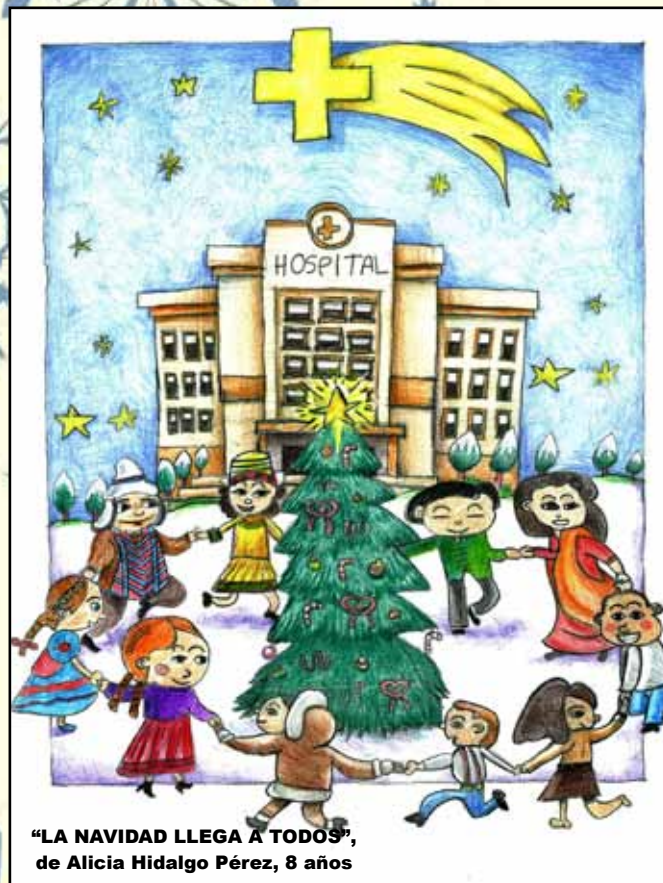
**"El árbol arcoiris",
de Alberto Cusacovich Loriente, 4 años**



**"Navidad desde el cariño",
de Isaac Viciosa Villa, 9 años**



**"En todo el mundo es Navidad",
de Miguel Viciosa Villa, 7 años**



**"LA NAVIDAD LLEGA A TODOS",
de Alicia Hidalgo Pérez, 8 años**

my Renting

VALLADOLID WAGEN

Sin entrada
Seguro a Todo Riesgo
Mantenimiento incluido
Todo en una Cuota
Coche nuevo cada 3 años

Información en:
ventas@valladolidwagen.volkswagen.es



¿Puede llegar a estar nuestro Sistema Sanitario al borde del colapso?

A los médicos no nos gusta que nuestro ámbito de actuación sea noticia si no es por los logros clínicos o de investigación, pero la situación crónica de los problemas que venimos arrastrando en los últimos años está desembocando en un callejón sin salida.

Los médicos, en general, no somos especialmente reivindicativos para lo que podíamos llamar "lo nuestro"; nos hemos adaptado a todos los escenarios que se nos han ido presentado, como disminuciones retributivas superiores al resto de los trabajadores públicos, jornada de 37,5 horas, pérdida de derechos adquiridos, plantillas en algunos casos insuficientes o mal distribuidas, agravios entre niveles como la manutención en las guardias o situaciones de riesgo personal para los sanitarios de guardia en los PAC rurales, con vehículos obsoletos y sin las medidas de seguridad más elementales; y a pesar de todo esto seguimos presumiendo de tener una Sanidad de primera, envidia de los países de nuestro entorno y una esperanza de vida en los primeros puestos del ránking, aunque sepamos que hay muchos determinantes en este resultado que no dependen directamente del Sistema Sanitario.

Se preguntaran los lectores del porqué de este titular, cuando aparentemente no existen signos de alarma ni en la población, ni entre los médicos. Todos sabemos que la dedicación y el compromiso de los médicos y otros profesionales sanitarios con sus pacientes está salvando la situación, hasta que llegue (ojalá no sea así) el tan temido colapso, que será irremediable si la Atención Primaria, verdadero eje del Sistema Sanitario, deja de ser fuerte, resolutive y eficiente por la falta de recursos; y no me refiero a los humanos, que es el argumento fácil de los políticos y gestores, sino a los financieros que son los que nos han llevado a esta situación en la que se precariza el trabajo diario y no se da la calidad necesaria y exigible por la falta de decisiones políticas y organizativas hacia un cambio en el modelo de atención sanitaria.

No olvidemos que una Atención Primaria débil y sin alta capacidad de resolución arrastrará sin duda en su caída al nivel hospitalario y a todo nuestro Sistema Sanitario público.

El colofón y la antesala de todo lo que puede llegar a ocurrir, se adereza en este momento con los conflictos laborales de los médicos funcionarios interinos y los profesionales de área, que están afectando más a la relación entre los profesionales que a los pacientes o a las gerencias, y con el desajuste en algunos servicios hospitalarios tras el reciente concurso de traslados que también ha afectado a los pediatras de Primaria, una especialidad esencial para la población y que necesitará un capítulo específico.

Si no se toman medidas importantes a corto plazo, la voluntad y el compromiso no serán suficientes para mantener los estándares de calidad.

Les deseo a todos los lectores una feliz y venturosa Navidad



Dr. José Luis Almudí Alegre
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

El Colegio al Día 11

- La vida después de ictus
- Acuerdo con el Consejo de Representantes de Estudiantes de la Facultad de Medicina
- Presentación del libro 'La gripe de 1918. Centenario de una crisis sanitaria devastadora'
- Conferencia sobre la A.P. del Dr. José Luis Almudí en el Club de Opinión Santiago Alba
- Jornada sobre la humanización en la A.P. a los pacientes crónicos
- La importancia del deporte en la salud
- Entrevista a la Dra. Verónica Casado, nombrada mejor Médica de Familia del mundo por WONCA
- Inauguración de la oficina de Cooperación Internacional del ICOMVALLADOLID

- Presentación del libro 'Los espacios del dolor. La labor del Dr. Luis Quemada Blanco'
- Presentación del convenio de colaboración entre el Colegio de Médicos de Valladolid y AMREF Salud África
- Curso de Cocina de Navidad

Opinión 34

- El ciclismo como filosofía de vida. Por el Dr. José María Pino

Arte 36

- El surrealismo pop de Jesús Aguado

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Luis Almudí Alegre

Vicepresidenta 1º: Gloria Sánchez Antolín

Vicepresidenta 2º: Raquel Blasco Redondo

Secretario General: Raúl de la Cruz Marcos

Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández

Tesorera: Ana Mª. Serrador Frutos

Vocales: Rosa Mª. Iban Ochoa

Mª. Isabel Gutiérrez Pérez

Mercedes Coloma Pesquera

Roberto Pesquera Barón

Rosa María Pérez Nava

Sergio García Collado

Luis Jorge Teso Fernández

Benito Cortejoso Gonzalo

Mª. Dolores Tremiño San Emeterio

Dirección, producción y edición de la revista:

Elsa García García

Colegio de Médicos de Valladolid.

C/ Pasión 13, 3º.

47001 Valladolid

983.355.488/ 983.351.703

www.medicosva.es

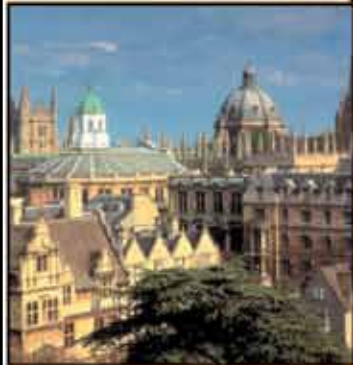
Depósito Legal: VA-225/1963

ISSN: 1132-4678

Impresión: Alcañiz Fresnos S.A.

C/ Cromo, nº 18-20. Polígono San Cristóbal

983.206.928



CURSOS DE VERANO de Inglés en Inglaterra

Cambridge • Oxford • Londres

Cursos de Verano de prestigio y calidad

- Jóvenes, universitarios y adultos
- Cursos específicos para profesionales
- Jóvenes desde 10 años de edad
- En internado, en residencia o con familia
- Con participantes de nacionalidades de todo el mundo
- Incluye curso, actividades académicas, sociales, deportes y excursiones
- Acompañados por monitores

Salidas desde Valladolid y otros puntos de España



Centros con acreditación de:



accredited by
The British Council



Queen's Gate School

c/ Gamazo, 12 - 2 Izq. • 47004 Valladolid
Telef.: 983 398 066 • Fax: 983 395 976
e-mail: admin@queensgateschool.com

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2018

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
06/11	Reunión Norte de Castilla	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
06/11	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
08/11	Inauguración Curso Gestión	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
08/11	Reunión AMA. Madrid	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
08/11	Reunión Extra. Junta de Gobierno Consejo Autonómico. León	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
19/11	Reunión Junta de Gobierno Consejo Autonómico. León	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
13/11	Reunión Comisión Evaluación Médicos Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera
13/11	Reunión ADESLAS	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
16/11	Asamblea General CGCOM. Madrid	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
16/11	Reunión Secretarios Generales. Madrid	Secretario General. Dr. Raúl de la Cruz

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2018

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
16/11	Reunión Vocalías CGCOM. Madrid	Representantes Junta Directiva
16/11	Reunión Asesores Jurídicos. Madrid	Asesor Colegio. D. Raimundo Baamonde
16 y 17/11	VI Convención Profesión Médica. Madrid	Representantes Junta Directiva
20/11	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
20/11	Conferencia Club Opinión Santiago Alba	Presidente. Dr. José Luis Almudí



Nuevo Clase A. Just like you.

Descubre el nuevo Clase A, el único coche de su segmento equipado con un innovador sistema de inteligencia artificial que puedes manejar por voz. Además, dispone de pantalla táctil multimedia y otra de navegación con tecnología de realidad aumentada y conectividad inalámbrica. Un coche único como tú.

Nuevo Clase A 200 por 250€/mes¹ en 48 cuotas.

Aportación inicial de 10.345,31€².

Oferta de lanzamiento: te regalamos la línea AMG y el paquete Premium.

¹Ejemplo de Mercedes-Benz Complete para Clase A 200 por 250€ al mes IVA incluido, aportación inicial de 10.345,31€ IVA incluido, a 48 meses y 80.000 km. Oferta válida para clientes mayores de 31 años y para pedidos realizados hasta el 31/12/2018, solicitud aprobada hasta el 15/1/2019 y contrato activado hasta 28/2/2019. Mercedes-Benz Complete es una marca comercializada por Mercedes-Benz Renting, S.A. -avda. de Bruselas 30, 28108 Alcobendas (Madrid). El modelo visualizado puede no corresponder con el ofertado. ²Los valores de CO₂ indicados han sido obtenidos de acuerdo con el procedimiento de ensayo "NEDC CO₂" que se regula en el art. 2 N.º 1 del Reglamento de aplicación (UE) 2017/1153, calculados de conformidad con el anexo XII del Reglamento (CE) n.º 692/2008. El consumo de combustible ha sido calculado en base a dichos valores. Debido a la modificación legislativa de los procedimientos del ciclo europeo de conducción, se aplicarán los sistemas de ensayo que procedan en cada momento. Por ello, pueden figurar valores más altos en el certificado de conformidad del vehículo, así como en la Ficha Técnica. Dichos valores son relevantes para el trámite de la matriculación del vehículo, pudiendo afectar en su caso, al Impuesto de Matriculación y/o Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica. Más información en www.mercedes-benz.es



Adarsa

Concesionario Oficial Mercedes-Benz

Siero · Gijón · Avilés · León · Ponferrada · Zamora · Benavente · Salamanca · Palencia · Valladolid · Huelva · www.grupoadarsa.mercedes-benz.es

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2018

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
27/11	Reunión Junta de Gobierno Consejo Autonómico. León	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
29/11	Reunión Grupo Trabajo Pseudoterapias CGCOM. Madrid	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
08/12	Patrona Arma Infantería. Palacio Real	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
10/12	Firma Convenio ONG. AMREF	Presidente y Vicepresidenta II. Dr. José Luis Almuñí y Dra. Raquel Blasco
11/12	Reunión Comisión Evaluación Médicos Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera
12/12	Reunión Grupo Trabajo Pseudoterapias CGCOM. Madrid	Presidente. Dr. José Luis Almuñí
13/12	Reunión Comisión Evaluación Premios Real Academia	Dr. José Luis Almuñí, Dra. Raquel Blasco y Dr. Antonio Molina
14/12	Reunión Rep. Med. At. Prim. Consejo Autonómico. Ávila	Rep. Junta Directiva. Dra. Isabel Gutiérrez
14 y 15/12	Asamblea General CGCOM. Madrid	Presidente. Dr. José Luis Almuñí

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2018

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
16/12	Patrona Colegio Farmacéuticos	Presidente. Dr. José Luis Almudí
18/12	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
18/12	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
18/12	Asamblea General Colegio Médicos Valladolid	



Máster en Cuidados Paliativos



Universidad de Valladolid

Noviembre 2019 - Junio 2020

Fórmate como profesional especializado en la asistencia paliativa

Comienza una nueva edición del prestigioso
Máster de la Universidad de Valladolid (UVA)

RESERVA TU PLAZA EN NUESTRA WEB

Colabora:



XIV Edición
ON-LINE

Abierto plazo de matrícula
Información y preinscripción en...

www.paliativos.es

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

FIESTA DE REYES MAGOS

Para hijos y nietos de médicos colegiados, con edades comprendidas entre 3 y 9 años.

* Día: Sábado, 5 de enero de 2019.

* Lugar: Hotel Felipe IV, C/ Gamazo, 16.

La fiesta comenzará a las 16:00 horas, dejando a los niños a cargo de los monitores y finalizará a las 18:30 horas para poder asistir a la cabalgata de Reyes.

Las inscripciones de los niños se efectuarán en las oficinas colegiales, al precio de 5€, hasta el día 19 de diciembre, no admitiéndose ninguna inscripción con posterioridad a dicha fecha.

“ALIMENTA UNA SONRISA EN NAVIDAD”

QUERIDOS COLEGIADOS Y FAMILIARES, EL DÍA 5 DE ENERO VIENEN LOS REYES MAGOS DE ORIENTE. TRAE TODOS LOS ALIMENTOS NO PERECEDEROS QUE PODÁIS PARA QUE NINGÚN NIÑO PASE HAMBRE EN VALLADOLID. EL COLEGIO DE MÉDICOS Y EL BANCO DE ALIMENTOS DE VALLADOLID CUENTAN CON VUESTRA GENEROSIDAD.

Puntos de recogida de alimentos:

- Oficinas colegiales, durante el mes de diciembre, en horario de oficina.
- Hotel Felipe IV, al comienzo de la Fiesta de Reyes Magos.

VIAJE A MADRID

Teatro Real para asistir a la **ópera “IDOMENEO, RE DI CRETA de Mozart.**

* Día: jueves 21 de febrero, 2019.

* Salida: 15:15 horas desde Plaza de Zorrilla (C/ Santiago)

* Precio: 85 €.

Grupo máximo de 50 personas. Para ampliar información y reservas en las oficinas colegiales hasta completar las 50 localidades y en todo caso, el día 4 de diciembre será la fecha límite para formalizar las inscripciones.

CURSO DE TELEFONÍA para principiantes

* Fechas: Grupo I: lunes 14, 21, 28 de enero y 4 de febrero, 2019.

Grupo II: martes 15, 22, 29 de enero y 5 de febrero, 2019.

* Horario: de 11:30 a 13 horas.

* Precio: 10 €.

* Lugar: Aula Colegio Oficial de Médicos, en la calle de la Pasión nº 13-3º.

* Contenido: desarrollo de aplicaciones básicas, correo electrónico de gmail y hotmail, redes sociales de whats app y facebook, agenda, notas, nubes para guardar documentos y fotos, copias seguridad, borrar archivos basura...

VIAJE A BILBAO

Inscripciones en el mes de enero para asistir a la ópera “PESCADORES DE PERLAS” los días 24 y 25 de mayo de 2019.

CURSOS DE INGLÉS Y FRANCÉS

En enero se abrirá un NUEVO GRUPO DE INGLÉS, en horario de mañana, de 12 a 14 horas. También existe la posibilidad de nuevas incorporaciones para grupos iniciados de inglés y francés.

Además, se está diseñando un curso de inglés médico orientado a profesionales con un nivel medio-alto del idioma que facilite y ayude en la relación con los pacientes y/o colegas anglosajones, participaciones en congresos internacionales, comunicaciones, ponencias y revisiones de literatura médica.

INFORMACIÓN e INSCRIPCIONES para todas las actividades en las oficinas colegiales, en horario de lunes a jueves de 9:00 a 14:00 h. y los martes de 17:00 a 19:00 h. También en los teléfonos 983 355488–351703, en la página web del Colegio de Médicos www.medicosva.es o por e-mail a: belen@medicosva.es

Vivir después del ictus

El Colegio de Médicos de Valladolid organizó una jornada dedicada a informar sobre qué hacer para que la vida del paciente que ha sufrido esta enfermedad neurológica sea lo más fácil y normalizada posible

El pasado 29 de octubre se conmemoró el Día Mundial del Ictus, una enfermedad neurológica que una de cada seis personas sufrirá a lo largo de su vida, según los últimos datos facilitados por la Sociedad Española de Neurología.

Esta enfermedad neurológica -que afecta a entre 110.000 y 120.000 personas en España- es la segunda causa de muerte en nuestro país, llegando a colocarse en el primer puesto al hablar de mujeres. También es la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda causa de demencia. Aunque puede darse a cualquier edad, las posibilidades aumentan considerablemente a partir de los 60 o 65 años.

Sin embargo, a pesar de estas elevadas cifras, la mortalidad por sufrir un ictus isquémico es de entre un 9 y un 10%, cifras que ascienden al 25-30% si hablamos de un ictus hemorrágico. Existe mucha gente que debe aprender a vivir tras un episodio como ese. Para facilitar esta tarea, el Colegio de Médicos de Valladolid organizó durante ese día una jornada dedicada a descubrir "La vida después de sufrir un ictus".

El Dr. Juan Francisco Arenillas Lara, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, fue el primero en intervenir para exponer su ponencia "Avances en la estrategia de atención al ictus en Castilla y León".

"La tasa de supervivencia al hablar del ictus es muy alta, pero la mayoría de la gente que lo sufre necesita neurorehabilitación posteriormente, además de apoyo para reinsertarse en la sociedad. El proceso que llega después de sufrir el ictus es la gran asignatura pendiente que tenemos ahora por delante", aseguró el Dr. Arenillas.



De izquierda a derecha: la Dra. Paz de la Torre, Directora Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; el Dr. Juan Francisco Arenillas, Responsable del Servicio de Neurología del Hospital Clínico de Valladolid; y la Dra. Raquel Blasco, Vicepresidenta Segunda del Colegio de Médicos de Valladolid.

Tenemos que tener en cuenta que algunas de las secuelas más comunes en pacientes con esta enfermedad neurológica son problemas de movilidad, alteraciones del lenguaje y memoria, o depresión. Por ello, tener a gente cerca que pueda prestarles toda la ayuda que requieran es fundamental para hacerles la vida más fácil y conseguir que "el paciente siga siendo él mismo como persona, no solo consiguiendo que se mueva como un robot", apuntó el Jefe del Servicio de Neurología del Clínico.

La relevancia de la comprensión y el apoyo de los familiares fue otro de los aspectos que se trató en esta jornada, que contó con una mesa redonda en la que se destacó la importancia del abor-

daje integral del paciente tras sufrir el ictus. Dña. Ana I. Martín Pérez, Supervisora de enfermería del Servicio de Neurología (4ª Sur), y Dña. Verónica Olmedo, Trabajadora Social -ambas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid-, protagonizaron un debate en el que se habló acerca de "¿Qué pasa en la vida de la persona y familia después de sufrir un ictus?", donde los presentes pudieron escuchar testimonios reales de pacientes y familiares.

Para terminar con esta jornada dedicada a concienciar a todos los asistentes sobre el ictus, D. David Pisonero Nieto, entrenador del club de balonmano Atlético Valladolid, presentó la campaña de sensibilización ciudadana y prevención del ictus a través del deporte "Muévete contra el ictus".

Colaborar para mejorar la formación de nuestros estudiantes de medicina

El Colegio de Médicos de Valladolid y el Consejo de Representantes de Estudiantes de la Facultad de Medicina de la UVa han firmado un convenio que busca el beneficio de los futuros médicos



De izquierda a derecha: Dña. Laura de Juan Hernández, co-presidenta de la delegación de Estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid de Valladolid; D. Daniel Sánchez Ruiz, presidente saliente del Consejo de Representantes de Estudiantes de la Facultad de Medicina; al Dr. José Luis Almudí Alegre, Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid; y a Dña. María Criado Otero, co-presidenta de la delegación de Estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid de Valladolid.

El Colegio de Médicos de Valladolid y el Consejo de Representantes de Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid han firmado un convenio con el que pretenden emprender, de aquí en adelante, una relación que beneficie a todos los futuros colegiados de la provincia.

Con la intención de velar por los intereses de los futuros médicos de nuestra comunidad, ambas entidades han establecido una serie de acciones dirigidas a la promoción de la mejora de la calidad y conocimientos por parte de los estudiantes de Medicina, previendo que esta colaboración beneficiará no solo a los futuros médicos, sino también a los pacientes que atenderán.

La formación continua y la ayuda a los nuevos médicos es un aspecto fundamental para el Colegio de Médicos de Valladolid, por lo que poder alcanzar un convenio con la organización que representa a los estudiantes de Medicina de nuestra ciudad, cuidando de sus derechos y recordándoles sus obligaciones, es una acción muy satisfactoria para nosotros.

El Dr. José Luis Almudí, Presidente del Colegio de Médicos, aseguró que la firma de este Convenio Marco es el núcleo fundamental del que colgaran las próximas actividades y colaboraciones que favorecerán la formación y la incorporación a la profesión médica de los futuros médicos, como es la inminente opción de la pre-colegiación.

Por su parte, Daniel Sánchez Ruiz, presidente saliente del Consejo de Representantes de Estudiantes de la Facultad de Medicina apuntó que “esta relación entre los colegios de médicos y los estudiantes es pionera en España, y permitirá avanzar en las carencias formativas del Grado en Medicina”. Las nuevas presidentas del Consejo, María Criado Otero y Laura de Juan Hernández, remarcaron que “dentro de este marco de colaboración ya tienen lugar 2 proyectos: la celebración de las 86ª Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina, que tendrían lugar en octubre de 2019, y la 7ª edición de la Semana de la Salud la última semana de febrero de 2019, dirigida a todos los estudiantes de la UVa y al público interesado en la salud”.

La Delegación de Estudiantes de Medicina de la UVa hace un importante hincapié en la importancia que los estudiantes pueden ejercer sobre su propio entorno, empoderándolos y animándolos a tomar iniciativas que les hagan crecer.

“Esta asociación no es solo el conjunto de los delegados de Medicina de Valladolid. Creemos que los alumnos somos una parte más que vital de la Universidad, y estamos aquí para representarlos, pero no sólo para eso. Somos, soís (y tú, si tú, eres) el principal motor de cambio de la realidad que te rodea como estudiante.”, reza su presentación en las redes sociales.

“La Universidad no se vive en las aulas únicamente, sino en un montón de ámbitos más que nos hacen crecer como estudiantes, como profesionales de la salud (en nuestro caso) y sobre todo, como personas. Esta Delegación es ese maravilloso lugar donde nosotros unimos todos esos ámbitos y nuestra forma de vivir la Universidad. Juntos podemos hacer grandes cosas... ¿nos acompañas?”, invitan.

La pandemia de gripe de 1918 en su primer centenario

Después de darse a conocer en diferentes círculos de la provincia, el libro “La gripe de 1918 Centenario de una crisis sanitaria devastadora” obra de los Dres .José M^a Eiros, M^a Rosario Bachiller y Alberto Pérez Rubio, se presentó en el Colegio de Médicos de Valladolid. Hablamos con sus autores para conocerla un poco más en profundidad

¿Cómo surge esta iniciativa?

De manera sencilla, como suele acontecer con todas las que acometemos. Desde la Compañía Seqirus que produce y distribuye vacunas antigripales, nos plantearon redactar un librito sobre el tema, con motivo de la celebración de su Simposio Anual, que tuvo lugar en Sevilla en Marzo pasado.

En el formato de cuestiones razonadas y referenciadas, como en otras ocasiones, hemos procedido a presentar una gama de conceptos que oscilan desde los aspectos virológicos y asistenciales hasta la vivencia social de la enfermedad. Hemos glosado la situación en su inicio, su difusión en las tres oleadas y con particular detalle nos centramos en las referencias de autores españoles. De manera complementaria creímos de utilidad establecer alguna reflexión a futuro derivada de la experiencia que nos ha legado la gripe pandémica y orientarla desde nuestra visión desde la asistencia clínica, la microbiología y la prevención, no exenta de matices que abordan los ámbitos de planificación, gestión e investigación, a los que dedicamos también parte de nuestra actividad.

¿Por qué se conoce como gripe “española”?

La calificación de “española” con la que se etiquetó se deriva del ocultamiento de información por parte de los países de nuestro entorno. En España, como país no contendiente en la I Guerra Mundial, la prensa informó detalladamente sobre la progresión de la pandemia, mientras que los medios de comunicación de los países beligerantes estaban sometidos a censura militar y no difundían información, inicialmente, sobre este tipo de hechos.

En nuestro propio medio el impacto inicial se trivializó y adoptó algunas denominaciones populares que restaban importancia a su dimensión real, tales como la de “Soldado de Nápoles”, en alusión a una popular canción de “La canción del Olvido” representada en Madrid por primera vez en marzo de 1918, zarzuela estrenada en Valencia dos años antes y muy en boga en la época.

¿Qué nos pueden narrar de su morbilidad y mortalidad?

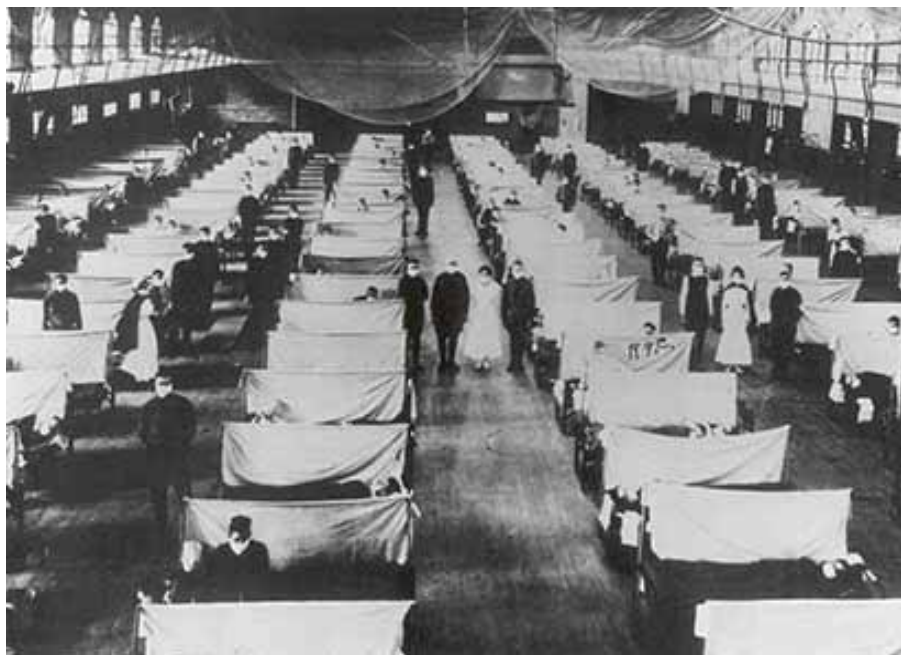
En el contexto temporal de las dos primeras décadas del siglo pasado no se efectuaron registros al uso tal y como se efectúa actualmente con métodos epidemiológicos o con redes centinela (que en Castilla y León y en el ámbito de la Gripe es pionera en el país).

Los números resultan impactantes debido a que se estima que una quinta parte

de la población mundial (unos dos mil millones en ese momento) contrajo la enfermedad, y el número de fallecidos según diversos autores, oscilan desde 20 hasta 100 millones de personas, según los cálculos más extremos.

Existen contribuciones que estiman que el número de fallecidos fue más elevado que el de los caídos en combate de todas las guerras del siglo XX en conjunto. Si bien los registros son heterogéneos como hemos apuntado y las fuentes muy dispersas.

Además en 1918 no se sabía que la gripe era causada por un virus, el virus de la gripe, que no se aisló hasta los años 30, y aunque los virus de la gripe humanos de los 30 eran descendientes de los del 18, el virus había perdido gran parte de su virulencia después de 15 años de circulación en humanos. La extinción pues del virus de la gripe del 1918 y su sustitución



por virus derivados más modernos pero menos virulentos ha matizado el conocimiento sobre la gran letalidad del virus del 18...

¿Se conoce cómo se produjo la propagación del virus?

La mayoría de los investigadores coincide en señalar que el primer brote sucedió en los Estados Unidos (EEUU) de América. Sin embargo el lugar preciso sigue siendo objeto de debate. Lo más aceptado es que su primera notificación efectuada el 4 de marzo de 1918, parte del Campamento (Camp) Funston (así denominado en honor del general de brigada Frederick Funston) en Fort Riley, al suroeste de Manhattan y al oeste del Lago Milford, en el estado de Kansas. Otros sitúan su inicio en el Condado de Haskell, del mismo estado de Kansas, que se localiza en la región medio oeste de Estados Unidos. Otras contribuciones señalan su origen en Georgia y en Texas. No faltan teorías sobre su origen asiático y aún europeo. De todo ello nos hacemos eco en nuestra revisión.

Desde la virología molecular se ha tratado de reconstruir exactamente la secuencia del ARN viral. Según esta perspectiva, el debate sobre las características genéticas y el origen filogenético de este virus continúa siendo intenso.

Hasta donde hemos sido capaces de revisar no se ha identificado al huésped que sirvió como fuente del virus de la gripe A (H1N1) de 1918, ni se sabe con certeza cómo se adaptó el virus a los humanos. El examen del genoma del virus de 1918 no ha proporcionado respuestas completas; sin embargo, ha formulado preguntas difíciles y ha planteado la posibilidad de mecanismos alternativos de generación.

En el Mundo del primer cuarto de siglo XIX, saliendo de la I Guerra Mundial ¿ qué repercusión económica económica supuso?

No hemos analizado este aspecto en detalle pero del impacto que generó en la sociedad da una idea el hecho reflejado por autores de la época de que tanto en las grandes ciudades como en las zonas rurales, los enfermos de gripe fallecieron



de hambre no por falta de alimentos, sino porque los vecinos, amigos e incluso la familia tenían demasiado miedo para llevarles alimentos. El fenómeno condicionó un estado de parálisis y estupor social. Se cita que el Dr V Vaughan, jefe de la División de Enfermedades Transmisibles del Ejército de EE UU y Decano de guerra de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan, observó el deterioro de la sociedad con un tipo diferente de miedo y escribió con un tinte tremendista no exento de crudo realismo: "Si la velocidad actual de aceleración continúa durante unas semanas más, la civilización podría desaparecer de la faz de la tierra". Los análisis de los casos asistidos en Inglaterra y Gales muestran idéntico panorama en el contexto social británico.

¿Qué hitos científicos pudieron obtener científicos y clínicos de la época?

Los clínicos del momento efectuaron, con el estilo de la época, algunas anotaciones que son recogidas por documentos actuales como reseñas de los cuadros

asistidos en jóvenes, tal y como refiere Murillo en un trabajo publicado en 2011.

Los profesionales sanitarios además de la propia actividad asistencial, de cuidados, tratamiento y de recogida de cadáveres se plantearon esclarecer la etiología del nuevo cuadro mediante estudios necróscos. Al respecto, W. Welch visitó Camp Devens y alarmado contactó con B Wolbach, famoso patólogo de Boston, y con O Avery, investigador del Rockefeller Institute en Nueva York, para que ambos lo ayudaran a resolver "este nuevo tipo de infección o plaga".

El primero haciendo más autopsias para identificar y caracterizar bien la nueva enfermedad y el segundo para realizar las investigaciones bacteriológicas correspondientes. La tarea era conocer la causa y crear en forma urgente un suero inmune ante este enemigo mortal...". Impacta para los que trabajamos en el mundo de hoy la sagacidad del planteamiento y el apunte a la consecución de un "suero" que pudiera conferir protección a los afectados.

¿Por qué fue tan virulenta? ¿Se ha analizado la cepa causante de la gripe española?

La reconstrucción del virus de la gripe del 1918 representa el primer ejemplo de un organismo extinguido que ha vuelto a ser recreado gracias a los avances de las técnicas de secuenciación y de ingeniería genética. Este hito histórico fue posible en el 2005 gracias a la combinación de dos avances científicos. El primero fué la secuenciación específica de material genético de poca abundancia en muestras biológicas. Aunque existían muestras de pulmones de soldados estadounidenses fallecidos en el 1918 de gripe que fueron archivadas después de haber sido tratadas para asegurar su preservación, estas muestras no contenían virus vivos ya que fueron inactivados durante el proceso de conservación de los tejidos. Sin embargo lo que sí se encontraba en esas muestras es el material genético del virus, aunque fragmentado y mezclado con el material genético humano, por ello el grupo de Taubenberger pudo secuenciar parte del genoma del virus de la gripe del 18 a partir de estas muestras.

Sin embargo, la secuencia del virus del 1918 no presentaba ningún marcador previamente identificado como responsable de un incremento en la virulencia del virus de la gripe. Para poder investigar la virulencia del virus del 18, fue necesario otro avance tecnológico, y éste consistió en las técnicas de ingeniería molecular reversa, así llamadas porque permiten la generación de un virus vivo a partir de su material genético. Estas técnicas fueron desarrolladas en el Hospital Mount Sinaí de Nueva York entre los grupos de García Sastre, Palese y Borwnlee. A partir de la secuencia del genoma del virus del 18, se pudo sintetizar este genoma, y con estas secuencias sintéticas se pudieron rescatar virus vivos con un genoma idéntico a los virus del 1918. Hoy se conoce que fue un virus de "alta patogenicidad".

¿Podría producirse en la actualidad una crisis sanitaria de esa envergadura relacionada con la gripe?

Estos virus de la gripe pandémicos surgen en períodos aun no definidos de cada 10-50 años, y no son capaces de ser

frenados por la memoria inmunogénica frente a virus de la gripe estacionales a los que estamos expuestos o vacunados anualmente. Desde el 1918, la humanidad ha sufrido tres pandemias más de gripe, en los años 1957, 1968 y 2009, pero ninguna de la magnitud y escala de la gripe del 1918.

No podemos predecir lo que ocurrirá en gripe en el futuro en cuanto a la dimensión de un virus pandémico. En el 2009 aprendimos algunas lecciones al respecto. La investigación sobre la gripe durante la última década ha mirado simultáneamente hacia adelante y hacia atrás para identificar aspectos básicos como los patrones de transmisión de virus, su notable evolución y circulación. Cuanto más aprendemos sobre éstos y su relación con nuestra especie humana, más sorprendentes parecen.

¿En los tres hospitales de Valladolid y en el Museo de la Ciencia se ha realizado una exposición sobre el tema, en qué se centran los paneles de la misma?

Los paneles recorren desde una perspectiva histórico-clínica la situación en el mundo y en España generada por la Gripe del 18. Se elaboraron también con texto que responde a preguntas y algunas tablas y figuras. Se ha procurado seguir fuentes documentales contrastadas y a este respecto hemos realizado búsquedas en las bases Dialnet (Universidad de La Rioja, <https://dialnet.unirioja.es/tesis>), Teseo (Ministerio de Educación) y "Tesis Doctorales en Red, <http://www.tesisenred.net/>) que nos ha permitido acceder a documentos e investigaciones, en su mayor parte desconocidas para nosotros sobre el tema.

La exposición a la que vd alude recrea de modo gráfico y narrativo la situación vivida hace un siglo, que debe mantener nuestro interés en el tema y en ámbito de la patología infecciosa.

¿Existen estudios en España al respecto?

En efecto los hay muy destacados. Además de aportaciones en prestigiosas revistas internacionales efectuadas entre otros por etnólogos, sociólogos y epi-



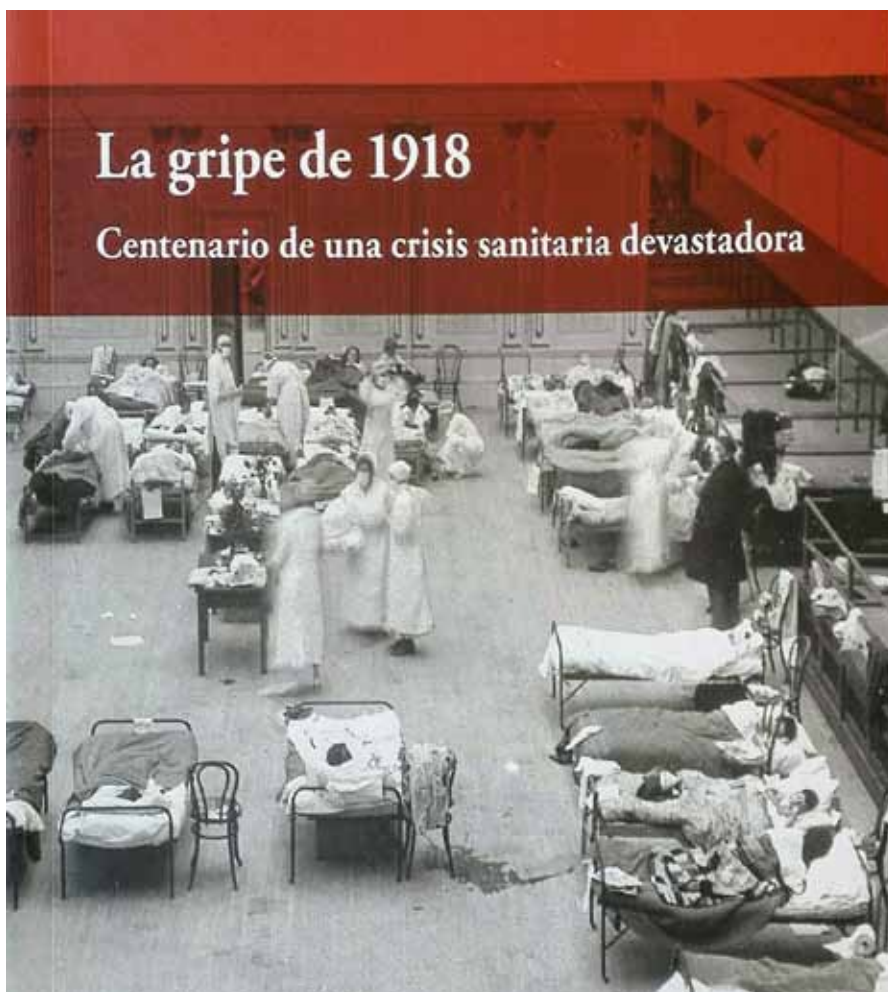
demiólogos (Echeverri, Erkoreka, Trilla) aludimos a diversas fuentes primarias y secundarias.

A modo de recomendación se incluyen como referencias desde las inscripciones de defunción del Registro Civil en Cádiz (Galán, Herrera) o de los Libros parroquiales en Zamora (García-Faría del Corral, con el que hemos compartido foros), pasando por los Boletines Mensuales de Estadística Municipal en Valencia (Martínez Pons), Las Publicaciones Clínicas en Castilla (Riera, Fernández, Rodríguez Torres, todos ellos maestros y colegas nuestros) y los Archivos Diocesanos en Alava (Castellón Campuzano). En todos los casos se coincide en señalar que es muy difícil precisar exactamente cuál fue la incidencia real de la gripe sobre la población, debido fundamentalmente a la gran discrepancia entre las cifras oficiales, por un lado, y las estimaciones a partir de estas fuentes, por otro.

En prensa actual hemos podido conocer algunas aportaciones recientes en nuestro medio (A. de Santiago –Norte de Castilla-, S. Calleja- Ical-, I. Gallardo- Diario Médico- entre otros) que reflejan aspectos inéditos de gran atractivo informativo en este ámbito.

Además, como el “enemigo a batir” era la gripe, una enfermedad que confería inmunidad, como indicó Martín Salazar, «surgió inmediatamente en el ánimo del higienista la posibilidad de la profilaxis por medio de las vacunas preventivas». Con esta idea, al igual que fuera de nuestras fronteras, médicos, farmacéuticos y veterinarios iniciaron investigaciones, que posibilitaron la puesta a punto de algunas vacunas y su ensayo experimental en algunos de nuestros enfermos.

En esta labor destacaron el farmacéutico C Chicote al frente del Laboratorio Municipal de Madrid, los médicos J. Paset, P. Colvée y A. Rincón, que trabajaron en el Instituto Provincial de Higiene de Valencia bajo la dirección del Delegado Sanitario especial del Gobierno J. Ferrán, así como el Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Sevilla A. Salvat y el doctor R. Moragas de Barcelona.



Son muchas las fuentes que nos quedan por revisar; de siempre se ha asumido que los médicos demuestran interés por la historia (AXIS se hace eco continuo de ello) y en este caso el revisar fuentes con sentido de futuro es un reto al que no debiéramos renunciar.

¿Existe algún aspecto adicional que deseen manifestar?

Queremos expresar nuestro reconocimiento a todos los profesionales de los tres Centros Nacionales de Gripe de la OMS y de las Redes Centinela de nuestro país, quienes durante el último medio siglo han impulsado el conocimiento y difusión de la importancia de esta enfermedad.

Particular mención merecen sus sucesivos Directores: los Profesores Agustín (q.e.p.d.) y Tomás Pumarola en Barcelo-

na, las Doctoras Pérez Breña y Casas en Majadahonda y nuestros maestros, los Profesores Rodríguez Torres y Ortiz de Lejarazu en Valladolid, a los que nos unen vínculos singulares de afecto y amistad. Manifestamos también nuestra gratitud a los Profesores Castrodeza Sanz y García Sastre por su deferencia al prologar e introducir nuestro trabajo desde ambos lados del Atlántico y a la compañía Seqirus Spain, SL por su soporte y consejos para editarlo.

Como indicamos en el texto de apertura “si la lectura del presente libro resulta de utilidad para cuantos se asomen a él, nuestro esfuerzo se verá reconocido”. No podemos concluir sin agradecer a la actual Junta de Gobierno del Colegio, y de modo singular a nuestro Presidente el Dr. José Luis Almudí y a la Dra. Raquel Blasco por las gestiones que nos han facilitado la presentación del Libro.

“El médico de familia debe asumir el liderazgo con el que se pretende que desempeñe el papel de principal gestor de cada proceso clínico”

El Dr. Almodí, Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid, defiende el papel de la Atención Primaria y de la figura del Médico de Familia en una conferencia ofrecida en el Club de Opinión Santiago Alba

El Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid, el Dr. José Luis Almodí Alegre, protagonizó el pasado 21 de noviembre la conferencia “Desde Alma-Ata hasta nuestros días; 40 años de Atención Primaria. ¿Es el momento de un cambio del modelo asistencial?”, que pronunció en el marco de la celebración de la última reunión del Club de Opinión Santiago Alba, en la tarde de ayer, en el Hotel Meliá Recoletos de Valladolid.

A continuación, les ofrecemos el texto completo:

Desde Alma-Ata hasta nuestros días, casi 40 años de Atención Primaria. ¿Es el momento de un cambio del modelo asistencial?

En primer lugar quiero hablar un poco del pasado; uno histórico y otro relativamente reciente, que comprende el tiempo que transcurre entre la expansión industrial de los años 50 y 60 hasta la declaración de Alma-Ata de lo que se ha venido llamando modelo tradicional.

EL PASADO, de los antecedentes históricos y del final del llamado modelo tradicional

La Atención Primaria que conocemos en nuestro país, nace con el impulso de la OMS en la Conferencia de Alma-Ata de 1978 y la implantación por el Gobierno Español de aquel tiempo de la reforma del modelo de asistencia.

Previamente existió durante siglos atrás un esbozo bastante precario de atención no hospitalaria, (evito emplear en este caso el término Atención Primaria, ya

que este se debería referir a un tipo de asistencia mucho más compleja). Los orígenes de este tipo de atención no hospitalaria se remontan al Fuero Real de Alfonso X en el Siglo XIII, que contemplaba al “físico” que se adscribía localmente a la villa donde quería trabajar.

Posteriormente en el Siglo XVIII hay constancia que sus obligaciones incluían “asistir a los enfermos y enfermas vecinos, naturales y habitantes que les llamen de día o de noche”, cobrando por cada visita, a excepción de los pobres, y donde procediera, “asistir alternativa-mente al hospital, cárcel y casa de Misericordia”.

El ejercicio de la medicina de finales del Siglo XIX y principios del XX no contaba con medios diagnósticos ni terapéuticos avanzados, por lo que la práctica era

más bien conservadora, se dedicaba mucho tiempo a la visita domiciliaria, lo que indujo el término de “médico de cabecera”.

Ya en el año 1831 se crea el Cuerpo de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Administración Local con una misión fundamental consistía en ejercer como Jefe Local de Sanidad del municipio, que le debía facilitar tanto la vivienda como el local donde ejercer sus funciones, que solía coincidir en “La Casa del Médico”, teniendo la obligación de residir en el mismo. Asumía múltiples funciones, de salud pública, preventivas, vacunaciones, inspecciones y atención de beneficencia.

Más tarde se crea la figura del Médico Titular que es una de las más antiguas de la Administración del Estado, el ori-



El Dr. Almodí durante su ponencia



Conferencia de Alma-Ata

gen de esta figura se remonta a la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855, por la que se obliga a los municipios a crear la Beneficencia Municipal.

Posteriormente la Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 115.1 del texto refundido del Real Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, adscribe a los Médicos titulares la asistencia sanitaria de los afiliados a la Seguridad Social residentes en su municipio, desempeñando las funciones de Médico General, con una atención sanitaria las 24 horas del día, los 365 días del año.

Los exiguos recursos, el modelo asistencial individualista y aislacionista han caracterizado este modelo de asistencia, sobre todo en el ámbito rural. Las retribuciones dependían de los ayuntamientos y en muchos casos eran escasas, se completaban fundamentalmente con la consulta privada y las igualas, mejoraron con la adscripción de los afiliados a la Seguridad Social.

Esta situación perduraría como veremos más adelante hasta la extensión del actual modelo de Atención Primaria, con la creación de los Centros de Salud, cabeceras de sus respectivas Zonas Básicas de Salud, donde además de la asistencia sanitaria ordinaria, se concentró la atención de las Urgencias.

Mientras la asistencia sanitaria en el medio rural era prestada por los médicos de APD (Asistencia Pública Domiciliaria), con

la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 se crea la asistencia médica ambulatoria en España, diseñada para la prestación de una atención médica individual, curativa o reparadora, en un principio en las consultas propias de los médicos generales y posteriormente se extiende desde la década de los 50 con la construcción de ambulatorios de especialidades y de consultorios de medicina general y pediatría. En estos establecimientos ubicados en las grandes ciudades, prestaban asistencia los médicos de cupo y zona con tal variación de profesionales y diferentes vinculaciones laborales y regímenes jurídicos que hacían difícil establecer unos objetivos de prestación sanitaria. Además coexistían en el tiempo Casas de Socorro, Hospitales Provinciales, Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Hospitales Clínicos de las Universidades y Centros de la Dirección General de Sanidad y AISNA.

Las consultas de los médicos generales en las zonas urbanas, durante este tiempo se caracterizaban por atender a todos los pacientes que acudían en 2 horas y media, con un alto grado de masificación en unas consultas en las que solamente se hacían breves preguntas, se prescribían medicamentos, se entregaban si procedía partes de baja o se derivaba al paciente al especialista si era necesario o el paciente lo solicitaba. En ese tiempo se acuñó la desafortunada frase "que quiere volante o receta".

Este tipo de asistencia prestada en los ambulatorios orientada a la curación o reparación era a todas luces incompleta ya que no permitía que el médico general o el pediatra tuvieran competencia sobre los problemas de salud que eran derivados desde el primer momento a la atención de los especialistas y dotaba a su actividad de actos de un bajo nivel científico.

EL PRESENTE, de Alma-Ata hasta la actualidad.

Consideramos su inicio en los años 80, cuando siguiendo los principios establecidos en la Conferencia de Alma-Ata de 1978, la OMS decide impulsar políticas sobre la Atención Primaria de Salud.

La declaración recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y compromete a los Estados a organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas, las prestaciones y servicios necesarios, así como el fomento de la educación sanitaria.

El gobierno Español implanta la reforma de la Atención Primaria con el objetivo de alcanzar un nivel eficiente de atención y la base sobre la que se sustente, de una manera sostenible, el Sistema Sanitario.

Se decide además que los profesionales de Atención Primaria han de tener una formación específica, por lo que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, integrándola desde el principio en el sistema MIR.

En años posteriores se vivirá un fuerte auge, no exento de recelos y problemas, culminando todo ello con el decreto sobre estructuras básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986.

Los médicos de Atención Primaria pasan a trabajar con horario completo, en exclusiva, y con el compromiso del trabajo en equipo; la formación es mucho mayor, y los esfuerzos se dirigen no sólo a la curación, sino también a la prevención y a la promoción de la salud.

La creación del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) por la Ley 10/1986 de 25 de abril establece que todos los Centros y

Servicios Sanitarios Públicos ubicados en el territorio de una comunidad se incorporaran e integraran en el Servicio Autónomo de Sanidad evidentemente con el mismo personal y el régimen jurídico que cada uno ostenta.

Debemos recordar que a partir del año 1981 se inicia el proceso de descentralización de las competencias sanitarias desde el Estado a las Comunidades Autónomas. Este paso se realizó de forma diferente para las llamadas Comunidades Históricas que para el resto, y se completó en el año 2002. Esta circunstancia favoreció el desfase económico en la financiación de unas respecto a otras con el consiguiente desajuste que todos conocemos y que se intentó corregir con la promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud.

Los cambios progresaron muy lentamente, al principio con muchas dificultades por la incorporación de profesionales procedentes de diferentes escalas y cuerpos, médicos de APD, médicos de Cupo y Zona y médicos estatutarios con la recién estrenada especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

En este momento histórico e ilusionante para muchos de nosotros, tuvimos que vencer las resistencias de muchos compañeros, acomodados a otro tipo de trabajo, con otros intereses, a los Ayuntamientos que sobre todo en las zonas rurales, sentían la pérdida del médico

¿esclavo consentido en algunos casos?, de los Servicios Territoriales de Sanidad en una sanidad no transferida, incluso desde algunos Colegios Profesionales sus vocales de medicina rural que desconfiaban, generaban dudas sobre la pérdida de derechos laborales y salariales, argumento que me resulta conocido siempre que se plantean cambios organizativos como cuando hablamos de nuevas fórmulas de gestión.

Las épocas de cambios siempre han sido susceptibles de intoxicación de la información por los agentes interesados en que nada cambie. Aun así el proceso hacia el modelo actual no terminó de completarse hasta los inicios del siglo XXI y pasó a ser incuestionable, tanto para los profesionales como para los ciudadanos.

Desde el inicio del nuevo modelo de Atención Primaria en España hace ya casi de 40 años, el impulso en la mejora de la calidad de los servicios prestados condujo a un aumento de la satisfacción y la confianza de los pacientes con su médicos de A.P. junto con un incremento de la autoestima de los profesionales y la consideración de la Atención Primaria.

La mayor dedicación lleva a mejorar la atención a los pacientes, pero aun así, persiste la desconfianza, de la administración y los colegas hospitalarios, y en cierto modo, también de la población, imbuida en la cultura de que solo el es-

pecialista hospitalario puede resolver de una manera efectiva sus problemas de salud. Esta desconfianza, basada como hemos visto en motivos históricos, conduce a que todo el esfuerzo de mejora del Sistema Sanitario se vea lastrado por la mala comunicación, o mejor, por la incomunicación absoluta, entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria.

La Atención Primaria como parte integrante del Sistema de Salud juega un papel fundamental como primer nivel de contacto, caracterizándose fundamentalmente por la accesibilidad, la atención integral e integrada, continuada y longitudinal, comunitaria y participativa, debiendo ejercer el papel de gestor de recursos y procesos que garanticen la continuidad asistencial, responsabilizándose a través de la longitudinalidad de la relación profesional-paciente y la continuidad, aunque en la realidad en muchos casos el papel que se espera es el de porteros (gatekeeper) que actúan consciente o inconscientemente como filtro de acceso a otros niveles.

Los dos conceptos, longitudinalidad y la continuidad hacen referencia a la conexión entre las actuaciones en diferentes niveles y por distintos profesionales son fundamentales para garantizar una atención eficiente y de calidad, necesitan fuertes vínculos entre los profesionales de Atención Primaria y los pacientes en el primer caso y de conexión con los otros niveles en el caso de la continuidad, para la atención a los procesos y problemas de salud.

A pesar de las numerosas consultas y problemas de salud atendidos en este primer nivel, el índice de resolución, según numerosos estudios, es cercano al 95%, lo que implica una baja derivación hacia otros niveles, aunque en este aspecto también influye la banalidad de numerosas consultas atendidas en las consultas de Atención Primaria y que deberían resolverse en el ámbito familiar y las derivadas de una excesiva carga burocrática que suponen un número importante de consultas con el primer nivel.

En la decisión de remitir a un paciente influyen numerosas variables, como son la organización de los Servicios de Salud, las características del centro asistencial,



del cupo asignado, la presión asistencial asociada a la falta de tiempo, así como características del propio profesional, su formación la experiencia y la tolerancia a la incertidumbre, crean lo que llamamos “estilo de práctica” que se traduce en una mayor o menor capacidad de resolución y una consecuente utilización de recursos, como es la interconsulta con el segundo nivel, no obstante y afortunadamente, el principal factor tiene que ver es el problema de salud del paciente.

En los Sistemas Sanitarios de los países desarrollados constituye un reto importante, la capacidad de respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de su población, con criterios de equidad y eficiencia en un escenario de recursos más bien limitados.

Existe un amplio consenso sobre el papel clave que desempeña la Atención Primaria en la consecución de este objetivo. La fortaleza de este nivel está asociada a su papel de puerta de entrada al sistema sanitario, que se quiere hacer ver desde los gestores, pero sin embargo la Atención Primaria es el propio Sistema por su potencial capacidad de resolución de los problemas que presentan los pacientes, con inmediatez y accesibilidad suficientes y garantizando la continuidad e integración de los cuidados recibidos, mediante la gestión por procesos.

No podemos considerar correcta la prestación de servicios que se exige al primer nivel de atención si no actúa de una forma coordinada con el nivel hospitalario, la descoordinación existente en muchos casos favorece no solo la aparición de errores diagnósticos o terapéuticos, sino que añade una percepción negativa por parte de los ciudadanos que no entienden que ambos niveles se comporten como compartimentos estancos estableciendo trabas y barreras administrativas que contribuyen a incrementar las largas listas de espera. Esta descoordinación impide ver al sistema como un único proveedor de servicios que resuelve íntegramente los problemas en el lugar y el momento adecuados.

Derivar inadecuadamente hacia el nivel hospitalario es la actuación potencialmente más cara que puede realizar un médico de familia, por la intensidad que se emplea en este nivel, tanto en las

pruebas diagnósticas como en los tratamientos, apropiada para los derivados adecuadamente, pero un despilfarro para la sociedad en el caso de los pacientes que no deberían haber superado el nivel de Atención Primaria, aumentando el riesgo por efectos adversos y penalizando las listas de espera para los pacientes adecuadamente derivados.

Los flujos de pacientes entre los dos niveles son una importante fuente de problemas, tensiones y conflictos para nuestro Sistema Sanitario si tenemos en cuenta las tres posibilidades, sobreutilización, infrautilización y utilización inadecuada.

La interrelación entre los dos niveles, atraviesa por un momento insatisfactorio para todos los agentes que intervienen: Los profesionales de ambos niveles, los usuarios que sufren inaceptables demoras en las listas de espera tanto para primeras consultas, pruebas complementarias o intervenciones quirúrgicas y por supuesto para los gestores, administradores y políticos que a pesar del maquillaje de las cifras, no encuentran las claves ni toman las decisiones que permitan solucionar los problemas.

Aunque en las últimas décadas se han producido importantes transformaciones y un importante salto cualitativo en Atención Primaria, la comunicación y la falta de dialogo es el eje en el que pivotan parte de los problemas. Las expectativas que se plantearon en un primer momento tras la fase inicial de implantación en la década de los 80 se han convertido en un cierto desánimo.

Diferentes estudios han constatado e identificado los problemas que aquejan a esta interrelación, siendo los más evidentes, los siguientes:

- La desmotivación del personal sanitario ante una situación decepcionante en la mayor parte de los casos por la falta de resolución y la persistencia de los problemas a lo largo del tiempo.
- La falta de visión integral del paciente en Atención Hospitalaria sobre todo en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, debido en parte a una “superespecialización” y a una atomización de los problemas de salud cuando el paciente entra en contacto con el nivel hospitalario.
- La masificación y la presión asistencial en ambos niveles.
- La ausencia en muchos casos de una historia informatizada única compartida.
- La falta de seguimiento del médico de Atención Primaria a los pacientes en el Hospital.
- El desconocimiento de las actividades realizadas en el otro nivel, sobre todo del Hospital respecto a Atención Primaria, que muchas veces ocasionan una visión de desprecio y pérdida de valor.
- El diferente concepto de Salud en los dos niveles.
- La gestión de las visitas de seguimiento por parte del Hospital.
- El sobre-reciclamiento de pacientes por parte del médico del hospital.
- Las derivaciones inadecuadas o inapropiadas (clínicamente innecesarias).
- Las practicas inadecuadas como el estilo de consulta denominado “medicina defensiva”.
- La gestión de la incertidumbre por



parte de algunos médicos de Atención Primaria.

- Discordancia y desconocimiento de la política de medicamentos entre los dos niveles asistenciales, la prescripción inducida.
- La deficiente comunicación entre ambos niveles.

Evidentemente a la vista de los problemas detectados, las soluciones pasan necesariamente por iniciativas de integración mediante la mejora de la comunicación entre los dos niveles, con herramientas y procedimientos que faciliten una gestión integral del paciente favoreciendo la continuidad asistencial.

Dentro de estas opciones resulta imprescindible hablar de:

- La historia clínica informática única y compartida.
- El acceso a pruebas diagnósticas.
- La Formación Continuada/DPC que permitan aumentar la capacidad de resolución en Atención Primaria.
- La gestión por procesos que garantice la continuidad.
- El conocimiento entre los profesionales de ambos niveles, hay que poner "cara" a los responsables de la derivación (médicos de familia) y de la interconsulta (médicos del Hospital), esto debería redundar en un cambio de la opinión y percepción de ambos profesionales, prestigiando la labor de ambos.

EL FUTURO del desencanto a la reforma del modelo asistencial

No me caracterizo por tener una visión pesimista de las cosas ni en mi vida personal ni en la profesional, pero por primera vez asistimos a un momento en el que sí que estoy preocupado por la Atención Primaria.

Se habla de la falta de profesionales, de jubilaciones masivas, pero no del verdadero meollo de la cuestión que es la falta de financiación, el porcentaje de PIB destinado a sanidad baja año tras año.

Vivimos en este momento una situación sobre la que si no se toman medidas de calado importante, el eje principal de nuestro del sistema sanitario camina hacia el colapso en unos pocos años. Los políticos no se cansarán nunca de



proclamar las ventajas de la Atención Primaria, pero con hipocresía habitual trabajan a diario para mayor gloria de la Atención Hospitalaria, ya que al desarrollo hospitalario se destina una porción cada vez mayor del gasto sanitario.

¿Y cuál es nuestro papel?

La Atención Primaria y sus profesionales, no podemos continuar con ese discurso permanente en el que nos lamentamos de la oportunidad perdida en estos años, desde la promulgación de la Ley general de Sanidad.

Es el momento de replantearnos la Atención Primaria centrándonos en las necesidades actuales de la Sociedad que nos obliga a unas actuaciones orientadas al paciente, a un cambio del modelo de asistencia sanitaria y al mismo tiempo asumir una responsabilidad en la gestión de los recursos y el control del gasto. Ciertamente los médicos de Atención Primaria somos los principales administradores del gasto sanitario, no solo por nuestras propias decisiones sino también por las derivadas hacia el nivel hospitalario, pero no los responsables del mismo, que es fundamentalmente hospitalario.

No somos conscientes de ello, pero cada vez nuestro estilo de trabajo es más individualista, agobiados en algunos casos por una presión asistencial derivada de la accesibilidad en nuestras consultas, la excesiva medicalización de los problemas banales de salud, la carga burocrática, los problemas informáticos, la mala gestión de la demanda propia y la

cobertura de ausencias, hemos olvidado nuestro concepto de trabajo en equipo.

La práctica ausencia de comunicación fluida con el hospital es el principal motivo de una gestión ineficaz de muchos procesos y fuente de insatisfacción de los pacientes y de los médicos de Atención Primaria con cierto compromiso y responsabilidad.

En muchos médicos de Atención Primaria abunda cada vez más, el pasotismo, la falta de identificación con las líneas estratégicas de las Gerencias Regionales; mientras tanto las Gerencias de Atención Primaria están alejadísimas de la realidad y más ocupadas del ajuste presupuestario y de no destacar por ningún conflicto, en resumen, parece que no pasa nada mientras todo siga igual.

No podemos negar que existe cada vez más, una falta de motivación entre los profesionales, acomodados en un espacio de confort en la que ni hacen ni dejan de hacer, sin más compromiso que no complicarse la vida. Pero aun así, las cosas siguen funcionando, simplemente, por el compromiso de los profesionales con sus pacientes.

No podemos seguir hablando de la importancia de la Atención Primaria y del papel de gestor y puerta de entrada del sistema sanitario, cuando no gestionamos un presupuesto, solo administramos, no actuamos coordinadamente con el segundo nivel, no tenemos capacidad de compra de servicios al nivel hospitalario, y por lo tanto no podemos exigir unos estándares de calidad; algo que cambiaría el "status" del



Hospital respecto a Primaria y mientras tanto, se nos sigue midiendo fundamentalmente por el consumo de recursos, no por resultados de salud.

Esto solo puede cambiar con nuevas formas de gestión descentralizada que impliquen cambios en el modelo de asistencial y puedan ser una oportunidad para mejorar.

Nos encontramos en el momento en el que la Atención Primaria se encuentra en la encrucijada que decidirá su futuro en los próximos años, es el momento de apostar por opciones que permitan devolver el prestigio y las expectativas que se esperaban y que por un excesivo temor de los políticos y gestores, una actitud de los profesionales de Atención Primaria más preocupados de sus pacientes que por su profesión, han permitido que a pesar del discurso político sobre la importancia de la Atención Primaria, este no se haya materializado en una apuesta firme.

Es necesario un cambio de inercia y de cultura hacia nuevas formas de gestión descentralizada, liderado por profesionales convencidos de que es la oportunidad tanto para los Equipos de Atención Primaria como para los Servicios o Unidades Hospitalarias con un cierto desarrollo previo en su organización y profesionales comprometidos, en mejorar sus resultados con un modelo de organización más horizontal, menos rígida, con mayor grado de autonomía, con alianzas estratégicas entre niveles y con la posibilidad de obtener estímulos no solo económicos, ligados a los resultados de salud

de nuestra población y no a la utilización de recursos.

El objetivo no es otro que mejorar la salud de nuestra población mediante actividades que van desde la educación sanitaria, vacunaciones, diagnóstico precoz de enfermedades, hasta la inversión en tecnología, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados y proporcionados a las patologías tanto agudas como crónicas, buscando el menor coste personal, familiar, social, laboral y el reintegro en el menor tiempo posibles a las ocupaciones habituales.

En definitiva, la mejora de la capacidad de resolución de problemas de salud de los ciudadanos.

Podemos plantear un escenario ideal que cumple nuestras expectativas, con un modelo de funcionamiento y financiación capítativa similar al del National Health Service en el que el nivel más importante corresponde a los Primary Care Trust, que manejan gran parte del presupuesto (80%), que "compran" servicios o contratan tanto con el nivel primario, médicos de familia (GPs o General Practitioners) como con el secundario, siendo el nivel primario de atención el que distribuye los recursos.

Pero ya que este escenario es de momento imposible en nuestro modelo de país, aunque alguna autonomía como la Catalana, ha manifestado su interés por este modelo en el que empodera en gran medida al médico de Atención Primaria, los profesionales de Atención Primaria

debemos salir del aislamiento de nuestra consulta y comprometernos como ya hicimos en la fase inicial de la reforma, para convertirnos verdaderamente en primer nivel de contacto con el Sistema Sanitario, reguladores de los flujos de pacientes y garantes de la continuidad asistencial.

Quiero dedicar un capítulo especial para la Atención Primaria Rural con un modelo actual que está claramente agotado y en el que si no se realizan cambios de calado importante está abocado al colapso.

Se basa en una organización en la que prima la asistencia sanitaria desde multitud de consultorios en todos los municipios, con una periodicidad de consultas sobre todo en los pequeños municipios rurales que no se corresponde con las necesidades reales y que obligan a unos desplazamientos en el vehículo propio de los profesionales.

Además muchos de estos profesionales mantienen unos cupos de pacientes asignados tan ínfimos que impiden un desarrollo profesional y competencial que favorecen el acomodamiento.

Sobre este escenario confluyen una serie de factores que son responsables de la situación actual.

Debilidades:

- Envejecimiento de la plantilla, Demografía médica
- Dificultades para cubrir determinados puestos de trabajo
- Excesiva burocratización
- Problemas informáticos
- Déficit de profesionales
- Desmotivación
- Acumulaciones y desplazamientos.
- Elevada frecuentación en el medio rural
- Pérdida de la competencia en cupos pequeños
- Especialidad de MFyC poco valorada entre los futuros MIR y por parte del hospital
- Mala comunicación entre AP y AH
- Conflictos entre profesionales como médicos de área o interinos funcionarios

Amenazas:

- Excesiva dependencia del poder político local y autonómico

- Insuficiente financiación
- Pérdida de peso específico de la AP a favor del hospital
- Gerencia única
- Envejecimiento de la población
- Dispersión
- Pérdida de liderazgo

Fortalezas

- Amplia red de Centros de Salud y consultorios locales
- Opinión de los usuarios respecto a su médico de Atención Primaria

Oportunidades

- Compromiso de los profesionales de Atención Primaria
- Apoyo de las SSCC
- Apoyo de los Colegios Profesionales
- Momento crítico para el modelo actual

Propuesta de modelo

Tiene que tener en cuenta las diferencias entre provincias y los diferentes medios rurales, pero tiene que ser válida para todos.

En primer lugar tenemos que tener en cuenta que los cambios tienen que ser progresivos ya que pueden ser instrumentalizados por varios agentes como pueden ser las corporaciones locales y algunos profesionales acomodados en un espacio de confort.

Los objetivos tienen que estar orientados hacia:

1. Cambiar el modelo de atención sanitaria basado hasta ahora en múltiples consultorios desperdigados por todos los municipios de la Comunidad, con pocos pacientes, poca presión asistencial y alta frecuentación, con consultas de escaso valor científico/técnico, burocrático, banal y/o de complacencia. Por uno mucho más eficiente en el que se favorezca la capacidad de resolución de los Centros de Salud en los municipios cabecera.

2. Reordenación de los recursos humanos.

- Número óptimo de población asignada por profesional, que permita mantenerse actualizado.
- Redefinir las figura y el encaje de los

profesionales de área.

- Proyección profesional a los profesionales de área.
- Redefinir la atención pediátrica.
- Menor dependencia del personal sustituto (que no existe) para la gestión de los permisos.

3. Dotación a los Centros de Salud de inversión en tecnología y en mejorar la capacitación de los profesionales para convertirlos en centros de referencia.

- Telemedicina.
- Ecografía.
- Comunicación fluida, operativa y eficaz con Atención Hospitalaria.
- Gestión de primeras consultas y sucesivas con Atención Hospitalaria.
- Video-conferencias entre profesionales.
- Compartir historia clínica .
- Gestión por procesos...

4. Mejorar la comunicación y los recursos informáticos disponibles en los consultorios que permita la gestión online de todas las consultas y de todos los actos derivados de las mismas: Medora, Jimena, RESCYL, VERE, IT, Anillo radio-lógico....

5. Estimular a los profesionales mediante incentivos económicos y no económicos relacionados con los objetivos de salud para conseguir el mayor apoyo a este nuevo modelo.

6. Favorecer el transporte a la demanda que necesiten los pacientes des-

de los pequeños consultorios al Centro de Salud.

7. Asegurar y garantizar que los pacientes encamados, inmovilizados y con problemas de movilidad siempre podrán recibir asistencia en su domicilio o en su consultorio.

8. Ir ganado confianza entre los pacientes para conseguir que acudan al Centro de Salud, potenciando su capacidad de resolución.

9. Prestigiar y hacer atractiva la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sin repuesto generacional ni este ni otro modelo tienen futuro.

Para finalizar quiero concluir diciendo:

- Que el médico de familia debe asumir el liderazgo con el que se pretende que desempeñe el papel de principal gestor de cada proceso clínico, con una conexión fluida con el médico el hospital debiendo compartir ambos especialistas una visión integral del paciente. El hospital queda como ámbito de conocimiento especializado, pero no como base del modelo asistencial.

- Los médicos de familia debemos trabajar desde la perspectiva de la cercanía, la humanidad y la empatía en la relación médico-paciente, no se puede ser un buen médico solo con los conocimientos.

Gracias por su atención.



“Los médicos han de tratar enfermos, no solo enfermedades”

El Colegio de Médicos acogió una jornada en la que se debatió, desde el punto de vista sanitario, político y social, la necesidad de humanizar el cuidado de los pacientes crónicos

El usuario es el centro de nuestro Sistema de Salud. La relación que el profesional sanitario establece con él ha de ir más allá de la mera nomenclatura habitual médico-paciente. Para reforzar los puntos fuertes y débiles que nuestros colegiados poseen a la hora de tratar con sus usuarios, el Colegio de Médicos de Valladolid organizó el pasado 26 de noviembre una jornada dedicada a “La humanización en la Atención Primaria a los pacientes crónicos”, un encuentro en el que se debatieron temas tan fundamentales como la necesidad de no cosificar a aquellos a quienes se trata y diagnóstica.

Este fue el punto de vista más destacado por el Dr. José Luis Almudí, Presidente de la entidad colegial, quien comenzó su discurso recordando que “los médicos han de tratar enfermos, no solo enfermedades”. Este Médico de Familia conoce de primera mano la necesidad de poder dedicar el tiempo necesario a cada paciente para poder “dedicarles una mejor atención”, especialmente cuando se trata de personas con patologías crónicas, que requieren varias visitas médicas al año.

Mostrarse cercano es un punto vital para muchas personas que han de pasar demasiadas horas en las consultas de diferentes especialistas. “Necesitan vernos como personas cercanas, que los entiendan”, aseguró el Presidente del Colegio de Médicos.

El punto de vista sanitario se complementó en esta jornada con las aportaciones de la Dra. M^a. Antonia del Valle Martín, Médico de Atención Primaria; y del Dr. Javier del Pino Montes, Médico de Atención Hospitalaria.

Por su parte, la perspectiva del paciente estuvo defendida por D. Manuel Arellano Armisen, Vicepresidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)



De izquierda a derecha: El Dr. Javier del Pino, médico de Atención Hospitalaria; D. Manuel Arellano, Vicepresidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes; D. Francisco Igea, representante del partido político Ciudadanos; la Dra. M^a. Antonio del Valle, médico de Atención Primaria; D. Alejandro Vázquez, representante del partido político PP; y el Dr. José Luis Almudí, Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid.

y paciente crónico. Él compartió con los presentes su experiencia dentro de un hospital, donde, reconoció, fue tratado por “demasiados profesionales” a los que “tenía que contar la misma historia una y otra vez, hasta el agotamiento”.

Arellano aseguró que hay aspectos del trato al paciente crónico que es fundamental tratar con el mismo. “Creo que se puede llegar a determinados acuerdos entre el médico y la persona a la que trata para que su estancia en un centro sea más llevadera”, apuntó.

A esta reunión también se invitó a representantes políticos de los partidos más representativos de la provincia, pero tan solo respondieron a la llamada D. Francisco Igea Arisqueta, de Ciudadanos y D.

Alejandro Vázquez Ramos, representante del PP.

Ambos aportaron al debate el aspecto relativo a la legislación que sería necesaria para dotar a los profesionales sanitarios de los recursos necesarios para prestar el mejor servicio posible a sus pacientes.

Así, destacaron la ausencia de financiación, tiempo y herramientas que muchas veces sufren nuestros médicos cuando quieren enfrentarse a casos crónicos que requieren de toda su atención. “Si no mejoramos muchas cosas, podemos encontrarnos con que quien nos atiende esté realmente desmotivado”, apuntó Vázquez Ramos; o en palabras del Dr. Igea: “una de las cosas más importante que hace un médico, es acompañar al final de la vida”.

Salud y deporte van de la mano

El pasado 10 de diciembre se celebró en el Colegio de Médicos de Valladolid una jornada dedicada a resaltar la importancia del deporte en la salud y presentar del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Medicina Deportiva de Contraindicaciones para la práctica del Deporte.

En ella, intervinieron el Dr. Pedro ManonellesMarqueta, Presidente de la SEMED/FEMEDE; el Dr. Ignacio Jesús Amat Santos, Cardiólogo del H.C. Universitario de Valladolid; D. Javier García Rioja, Grado en CAFyD por la UEMC Valladolid; Dr. Alberto Moreno, médico del Real Valladolid Club de Fútbol; D. Alvar Enciso Fernández de Valderrama, Presidente de la Academia Rugby El Salvador de Valladolid; D. Roberto Carranza Viedma, Campeón de España de RallyesTT (T1N); y la Dra. Raquel Blasco Redondo, Responsable de la Unidad de Medicina Interna y Nutrición del CEREMEDE, quien ha querido compartir su perspectiva acerca de la importancia del deporte para la salud de las personas.

“La práctica de deporte en la sociedad actual no solo es un hecho de gran trascendencia social, sino que es una firme recomendación de las administraciones sanitarias y de las sociedades científicas como herramienta de lucha contra el sedentarismo y la enfermedad crónica. Sin embargo, es necesario que la práctica deportiva se realice en condiciones de seguridad para evitar los riesgos que tiene asociados y para que sea lo más satisfactoria posible. Hay riesgos inherentes al deporte difíciles de evitar, como sucede con los derivados de los accidentes o de la sobrecarga. Sin embargo, es posible prevenir muchos casos de muerte súbita (MS) o los problemas que son consecuencia de patologías, alteraciones o enfermedades del deportista. Los reconocimientos médicos para la aptitud deportiva sirven para prevenir estos riesgos.

Existe un acuerdo generalizado, a nivel médico y a nivel de otros estamentos deportivos, sobre la necesidad de realización de reconocimientos médicos antes



Foto de familia de la jornada

de la participación en actividades deportivas.

El Comité Científico de la Federación Internacional de Medicina del Deporte (FIMS) establece la necesidad de realizar una valoración médico-deportiva en todo sujeto mayor de 35 años que inicie o reemprenda una actividad física de competición o incluso de tipo lúdica.

La mayoría de las licencias federativas para práctica deportiva incluyen un apartado para la firma médica que confirma la realización de un reconocimiento médico. Se puede considerar, por lo tanto, la necesidad de realización de reconocimientos médicos previos a la práctica de deporte desde dos puntos de vista: De una parte la necesidad imperiosa de efectuar un despistaje adecuado de aquellas patologías, enfermedades, defectos o lesiones que, ante una actividad deportiva, pueden poner en peligro incluso la vida del deportista. La aparición de casos de muerte súbita de deportistas efectuando alguna actividad deportiva es una circunstancia desgraciada que en algunos casos podía haber sido evitada.

De otra parte, la necesidad de abordar la problemática de aquellas patologías, enfermedades, defectos o lesiones que, no suponiendo un riesgo para la vida del deportista, sí que afectan a la posibilidad de hacer deporte o, como mínimo, de

realizarlo en una situación de comodidad o incluso de rendimiento.

Esta necesidad de realización de reconocimientos médicos previos a la práctica de cualquier actividad deportiva tiene un sentido claramente preventivo, intentando evitar el problema antes de que llegue a suceder o manejarlo adecuadamente para que cree las menores molestias posibles al deportista. De ahí nace la necesidad de conocer las contraindicaciones relativas o absolutas para su práctica, así como compartir un mismo lenguaje de comunicación para todos los agentes implicados en el tema.

Por tanto, el ámbito de aplicación de estos reconocimientos está basado en la prevención y obliga a la interacción entre diferentes especialidades médicas y otras áreas de conocimiento relacionadas con la actividad física y el deporte tanto sanitarias como no.

En este punto la interrelación entre entrenadores deportivos, médicos y deportistas es imprescindible, buscando un objetivo común: La protección de la salud del deportista. De ahí que en esta jornada hayamos intentado reunir a todas estas voces, para que nos resulte más cercano y práctico y deje de ser un tópico en nuestra profesión aquello de “Utilizar la actividad física y el deporte como estrategia de salud”.

“A los médicos de familia cada vez nos cargan con más competencias y me parece perfecto, pero dame dinero, dame herramientas y dame tiempo para poder desarrollarlas”

Entrevistamos a la Dra. Verónica Casado, elegida recientemente por la WONCA World como la mejor Médicos de Familia del Mundo

¿Qué significó para usted ser reconocida por la WONCA World como la mejor Médico de Familia del Mundo?

Pues para mí es algo muy importante porque WONCA es una institución muy reconocida a todos los niveles sanitarios en los cinco continentes y tiene un peso muy real en la Medicina de Familia, por lo

que este reconocimiento supone para mí algo verdaderamente emocionante.

Es muy difícil de explicar con palabras, pero recuerdo que cuando me dieron la noticia no podía parar de llorar.

Pero creo que lo más importante de haber conseguido este premio es que la

Medicina de Familia, la Atención Primaria y España de pronto han aparecido en el mapa para muchas personas que hasta ahora no habían mirado hacia nosotros.

Cuando sales de este país, compruebas que, a nivel sanitario, te suelen hablar de tres cosas que asocian a nuestro estado: de la Organización Mundial de Trasplantes, del Sistema MIR como formación y de la Atención Primaria. Que esto consiga que el foco recaiga ya no solo es España, sino en Valladolid, pues me parece maravilloso.

Habla mucho sobre el aspecto que este reconocimiento supone para la Medicina vallisoletana en general, a pesar de ser un premio individual. ¿Cree en la pluralidad y en los equipos a la hora de trabajar?

Por supuesto. Yo soy producto de cosas que hemos vivido mucha gente. Es decir, quizás yo he tenido más visibilidad por hacer trabajos que han tenido más repercusión, pero yo misma soy el fruto del trabajo de muchas personas y de equipos que trabajamos juntos. Nunca he trabajado sola. En todas las cosas que he hecho siempre he trabajado en equipo, tanto en mi centro de salud, como cuando estuve en la Gerencia, en la Comisión Nacional o en el Ministerio.

Siempre he tenido a mucha gente trabajando a mi lado, así que, aunque me den este premio a mí a nivel particular, yo quiero dedicárselo a todos los que siempre me han acompañado.

Nos habla de campos de lo más variados a la hora de trabajar en la Sanidad española, pero ¿cómo es



un día normal en la consulta de la Dra. Verónica Casado?

Últimamente bastante movido, la verdad (bromea).

En la consulta tenemos algunas carencias que yo creo que hay que resolver. Hay que poner un foco mucho mayor en la Atención Primaria actualmente, porque es altamente resolutive y si tú le quitas fuerza y poder la puedes quebrar.

Yo trabajo de ocho a tres casi todos los días, a excepción de los lunes, en los que estoy de tarde. Intento mantener siempre la consulta programada y la concertada porque cada vez tenemos más pacientes pluripatológicos crónicos frágiles que necesitan mucho más tiempo del que a veces en una consulta espontánea puedes dedicarles.

Así que hago la consulta espontánea pero también hago domicilios. Ahora mismo sobre todo programados para personas que necesitan cuidados paliativos.



“En la consulta tenemos algunas carencias que yo creo que hay que resolver. Hay que poner un foco mucho mayor en la Atención Primaria actualmente, porque es altamente resolutive y si tú le quitas fuerza y poder la puedes quebrar”

También hago sesiones de formación especializada, es decir, conmigo trabajan residentes de diferentes años a los que se les va concediendo autonomía de trabajo a medida que van cogiendo soltura. Dedico una hora dos días a la semana, de ocho a nueve, a la resolución de casos con ellos en los que planteamos situaciones muy comunes que pueden encontrar en Atención Primaria.

Trabajamos mucho el razonamiento clínico, la toma de decisiones sobre la probabilidad, en qué cosas he de pensar primero al tratar a un paciente con determinados síntomas, revaluamos la exploración física, la anamnesis, etcétera.

El resto de mis días suele estar marcada por la asistencia y por la investigación, aunque eso suelo hacerlo en mis ratos libres. Hace poco escuché que los médicos asistenciales que también investigan han de hacerlo fuera de su horario laboral, y estoy muy de acuerdo con esa afirmación, porque las horas ya no nos dan para hacerla dentro de él.

¿Considera la investigación y la formación continuada como un aspecto fundamental de la Medicina?

Absolutamente. Para mí, la mejor formación continuada que existe es la docencia. Cuando tienes a alguien a tu cargo, que es responsabilidad tuya guiarlo a lo largo de todo su camino en la carrera y en su especialización, es una apuesta segura para alcanzar tu propia formación.

No hay nada que te mantenga más activo que tener que ponerte las pilas para enseñar a otra persona que además te está siempre confrontando y cuestionando lo que dices o planteándote dudas que te obligan a buscar nueva información para poder responderle.

También destacaría la facilidad que tenemos hoy en día para seguir formándonos los médicos gracias a la oferta online existente. Este tipo de cursos y de actualizaciones te permiten adaptar horarios a tu trabajo, que muchas veces es muy frenético, por lo que se pueden hacer programas de formación continuada fantásticos en cualquier momento y desde cualquier sitio.

Está claro que le da importancia a estar continuamente actualizándose como profesional. ¿Cómo ve la Validación Periódica de la Colegiación?

Me parece que es imprescindible. Tanto la Validación como la certificación y la recertificación. La Validación Profesional es un pivote importante pero además

tenemos que trabajar para certificar que nuestras competencias las seguimos manteniendo.

“Mi padre quería que fuese médico, pero yo quería ser docente, hasta que un día me preguntó quién creía que enseñaba a los médicos. Pues otros médicos, me dijo. Ellos también son docentes. Por ahí me ganó. Estudié Medicina y no me he arrepentido nunca”

En mi opinión, si un médico no hace formación continuada y se mantiene activo, a partir del quinto año pierde competencias. Por lo que tener un sistema que te apoye y te ayude a mantener tu propia capacidad y que después certifique que estás manteniendo las aptitudes que debes tener como médico de familia es algo que a mí me parece muy importante.

Habla de la Medicina con mucha pasión. ¿Supo desde siempre que esta sería su profesión?

Para nada. Elegí Medicina por cabezonería de mi padre. Durante toda mi vida lo que yo quise fue ser profesora.

Desde muy pequeña recuerdo colocar a mis muñecos en fila al llegar a casa y darles la lección. Lo que a mí me habían explicado por la mañana, yo se lo contaba a ellos por la tarde. Además, en mi familia siempre ha habido mucha tradición docente pero jamás médica, por lo que yo me reafirmaba más en mi decisión de ser profesora. Pero mi padre empezó a decirme que lo mío era la Medicina porque siempre que ocurría algo yo era la primera en ir corriendo a meter la nariz para ver si podía hacer algo o descubrir cómo podía ayudar. Él siempre me decía que tenía madera de médica y yo le respondía que no, que yo quería ser maestra; hasta que un día él me planteó una duda: ¿Y quién

crees que les enseña a los médicos? Pues otros médicos. Ellos también son docentes.

Por ahí me ganó. Decidí hacer Medicina y no me he arrepentido nunca.

Trata la Medicina desde un punto de vista muy humano, muy cercano. ¿Cree en la relación médico-paciente de tú a tú o suele adoptar una actitud más paternalista?

Yo llevo 30 años con mi cupo lo que me da un conocimiento de las personas a las que trato muy amplio. Sé qué les tengo que decir, cómo tengo que hacerlo, cuándo he de hacerlo, qué esperan de mí y lo que ellos pueden dar. Eso genera una relación de confianza muy importante. La relación médico-paciente a parte de ser clave, es curativa. Esta mañana he tenido a una paciente que me decía “es que tú me sonríes y yo me curo”. Puede ser exagerado, pero en parte, es verdad. El valor de la empatía, de la cercanía, de que te importe la persona que tienes delante es algo que te da muchas posibilidades de ofrecer una ayuda que resulte efectiva.

El modelo que más me gusta a mí a la hora de tratar con mis pacientes es el del

consenso, es decir: yo te explico, tú tomas las decisiones y yo te acompaño, pero va a ser una decisión informada. Tú no vas a hacer simplemente lo que yo te diga.

Pero también es verdad que no todos los pacientes son iguales y que puede haber personas que, en un determinado momento de su vida, necesiten más un modelo paternalista, otros uno más sacerdotal... Los modelos los puedes ir adaptando a cada situación y a cada momento. La mayoría de las personas pueden querer consenso, pero en ocasiones puedes estar tan agobiado, tan bloqueado, tan perdido, que a lo mejor necesitas a alguien que te diga “mira, si fueras mi hija, si fueras mi marido, si fueras mi padre... yo haría esto, aunque tuya es la decisión”.

No hay modelos malos ni buenos. Hay modelos que deben adaptarse a personas y situaciones. Creo que, al final, lo más importante es que noten que tú estás ahí para ellos.

Imagino que después de 30 años con algunos de ellos la confianza ha de ser total. A fin de cuentas. Los médicos de familia son la puerta de entrada con





la que se encuentran los pacientes al acceder al Sistema de Salud y la que más veces traspasan.

Somos la puerta de entrada, el baño, la cocina, el comedor... (se ríe). Esa frase yo ya la he cambiado y no la digo así. Oí a un compañero, Ruíz Téllez, decir que "la Atención Primaria no es la puerta de entrada al sistema, es el Sistema". No puedo estar más de acuerdo.

La A.P es lo que más cerca está de las personas, y todo el resto del sistema tiene que estar en torno a ese eje que es tal y como está definido dentro de la ley. Los pacientes no entran por Atención Primaria y ya está. Ellos entran, pasan y se quedan porque el 90% de los problemas que tienen nuestros usuarios, los resolvemos nosotros. Y se puede consultar a un especialista un día para una cosa y a otro para otra diferente en un mes, pero a quien siempre vuelven las personas, es a su médico.

¿Y esa relevancia, cree usted que está reflejada en el trato que se da desde las Administraciones a los Médicos de Familia y a la Atención Primaria en nuestra Comunidad?

¿Por parte de los políticos? No. Absolutamente no.

¿Por qué por media España hay ahora mismo tambores de guerra? Pues porque estamos muy cansados. Estamos hartos de escuchar siempre que la Atención Primaria es el eje del Sistema, que es importantísima, que en el barómetro sanitario siempre estamos los primeros... Pero hechos son razones y no buenas intenciones.

Lo que está claro es que, si empezamos la reforma con un 18% del gasto y ahora estamos en un 14%, algo va mal.

Además, si nos enfrentamos a una población que cada vez es más crónica, más pluripatológica, más frágil... cada vez se va a necesitar más tiempo de atención. Cada día nos encontramos en una consulta a una persona diabética, hipertensa, con un cáncer y un marido en el paro, por ejemplo. Eso tú, como profesional, no lo puedes resolver en siete minutos. Necesitas tiempo para atender y, a veces, simplemente estás aliviando o consolando, que ya está bien. Y a eso no se le está dando la relevancia que tiene. No se nos están dando los espacios ni los tiempos para ello.

El problema al que nos enfrentamos muchas veces los Médicos de Familia es la visibilidad. Me explico. Si tú haces un trasplante y sale bien todo el mundo alaba lo bien que estamos trabajando en ese campo, porque hay una causa-efecto muy clara. Si, por otro lado, yo consigo que tú dejes de beber, a lo mejor estoy evitando un hepatocarcinoma. Si consigo que dejes de fumar o que tengas una vida sana, a lo mejor consigo que dejes de tener un EPOC o un cáncer de pulmón.

Es decir, tenemos que mirar variables que no se relacionan directamente. Lo que hemos demostrado en los últimos 40 años es que todos los indicadores de morbimortalidad evitables e imputables a la Atención Primaria han disminuido de una manera espectacular y en gran parte, ese es el trabajo de los equipos de Atención Primaria. Pero como no se ve...

Además, se deben de pensar que somos extensibles, porque cada vez nos dan más competencias. Que me parece perfecto, porque tenemos que ser capaces de hacerlo todo, pero dame dinero, y dame herramientas, y dame tiempo.

Hay que apostar mucho por la Primaria, porque cuanto mejor sea esta, más potente será nuestra Atención Secundaria y Terciaria. Y con esta reclamación no pido que se de a Primaria y se quite a otras áreas, solo ruego que no nos ahoguen. Lo que no se puede es trabajar sin tiempo, sin cubrir bajas de compañeros, que no haya sustitutos... Eso no puede darse, porque la epidemiología y la demografía van en contra de esa situación.

“Los médicos de familia somos la puerta de entrada, el baño, la cocina y el comedor. La Atención Primaria no es la puerta de entrada al sistema. Es el Sistema”

La oficina de cooperación internacional, un puente para facilitar la actividad de los colegiados que participen en proyectos de ayuda humanitaria

El Colegio de Médicos de Valladolid, en colaboración con la Fundación Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI), quiere dar un paso más en el ámbito humanitario con la creación de un espacio que sirva de soporte y asesoramiento a los colegiados que participen o quieran participar en proyectos de ayuda humanitaria y de colaboración con las ONG's sanitarias que lo soliciten.

Este espacio se denominará OFICINA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL del ICOMVALLADOLID, tendrá su sede en la Calle la Pasión 13, 3º de la Ciudad de Valladolid, dependerá funcionalmente del área de trabajo social del Colegio y orgánicamente de la Junta Directiva del Colegio. Su responsable directo será el Presidente del ICOMVALLADOLID o la persona en quien delegue.

La oficina de cooperación estará dirigida al voluntario y cooperante médico colegiado en Valladolid y tendrá como objetivos principales el asesoramiento a los colegiados en términos legales, jurídicos y asistenciales; facilitar la formación en el contexto de la ayuda humanitaria; y facilitar el contacto e intercambio de los colegiados con las diversas asociaciones y ONG's sanitarias.

Algunas de las actividades y funciones más destacadas que se desarrollarán en este espacio serán:

- Elaboración de un listado de médicos cooperantes en orden a facilitar su inclusión en el registro de médicos cooperantes de la OMC
- Convocatoria de las ayudas a la Cooperación.
- Gestión de prestaciones a los médicos cooperantes que lo soliciten.
- Sede postal de las ONG's que lo soliciten, de acuerdo con las leyes de seguridad ciudadana y normativa fiscal vigentes.
- Establecimiento de Convenios de

colaboración con entidades dedicadas a promover la cooperación internacional, asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro.

- Apoyo institucional en campañas y proyectos.
- Asistencia técnica personal. Certificados de idoneidad, seguro para cooperantes y voluntarios.
- Publicación en los medios de comunicación colegiales (web, revista y mailing) de las campañas y proyectos de las organizaciones.
- Cesión de salas para organizar reuniones, asambleas, cursos o ruedas de prensa.
- Cesión de un espacio en las sedes colegiales en caso de campañas de recogida de material sanitario para proyectos concretos.
- Colaborar en programas de formación especializados dirigidos a médicos cooperantes.
- Elaboración y mantenimiento de un listado de asociaciones, ONG y

fundaciones socio-sanitarias en las que participen nuestros colegiados, con el fin de mantener una comunicación constante y poder conocer sus necesidades.

De esta manera, se seguirá con la línea de ayuda general que hasta ahora ha desarrollado la Fundación para la Cooperación Internacional, cuyos objetivos siempre han estado directamente relacionados con la sanidad y protección de la salud, la cooperación para el desarrollo, la promoción del voluntariado y la acción social; facilitando así la cooperación en el ámbito médico-sanitario, con especial énfasis en los ámbitos de formación, la transferencia de conocimientos, intercambio de profesionales médicos y asesoramiento técnico con los colegios o agrupaciones profesionales de los países en desarrollo, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de su población.



Una obra para conocer y analizar el trabajo profesional llevado a cabo por el cirujano vallisoletano Luis Quemada Blanco

El Colegio Oficial de Médicos de Valladolid acogió el pasado 13 de diciembre la presentación del libro de María Antonia Salvador González, "Los espacios del dolor", una obra que trata de dar a conocer y analizar el trabajo profesional llevado a cabo por el cirujano vallisoletano Luis Quemada Blanco (1902-1974) durante la guerra civil española.

Tras la actividad realizada en la defensa de Madrid y en el Hospital Inglés de las Brigadas Internacionales situado en la villa conqense de Huete, su dedicación al Hospital Militar de Barcelona en la etapa más atroz de la guerra en Cataluña y en el frente del Ebro queda explícita en la información recopilada por el propio médico en las historias clínicas que dan cuenta fidedigna de la magnitud de la tragedia y de la impresionante labor realizada. Esa documentación, manuscrita, que el Dr. Quemada preservó con extremo cuidado para confiarla a su familia, sale ahora a la luz en todos sus detalles como fuente excepcional y de gran valor historiográfico.

De este modo se consigue evitar que tan relevante información, donada para su definitiva conservación al Archivo General

Militar de Ávila, quede desvanecida en la dispersión y la desmemoria.

Así reza el prólogo de la obra, elaborado por José María Quemada Velasco:

Durante muchos años, desde los tiempos de la obscuridad del régimen franquista, la documentación que ha sido la base este trabajo durmió, protegida por la consciencia de una familia sabedora de su valor, en diferentes espacios clandestinos de Valladolid, acompañando siempre a los sucesivos herederos de esta parte de la historia familiar. Sabían que la muerte que suponía el olvido de lo que pasó minimizaba todo el valor, el dolor y el esfuerzo de uno de ellos, Luis, referente moral y ético de un pasado no muy lejano.

Estos papeles tan valiosos reflejan una pequeña parte de la actividad profesional llevada a cabo por un cirujano libre durante la Guerra Civil española al servicio de la sanidad pública republicana en Barcelona, ya en su agonía. No son más que simples historias clínicas de

enfermos atendidos en diferentes frentes de la guerra, que suponen, sin embargo, un estudio sociológico de los peones en los que se apoyó el estado democrático para combatir a las fuerzas rebeldes. Y mientras estos papeles iban camino de Valladolid, amparados y ocultos en una furgoneta-ambulancia que trasladaba a su madre desde Barcelona, su autor iniciaba el camino de la diáspora, primero acompañando en tren a enfermos que estaban bajo su responsabilidad camino de Francia, para posteriormente continuar hacia el Reino Unido, donde trabajó en diversos hospitales próximos a Londres y en Glasgow. Se ganaría incluso la vida como médico a bordo de pesqueros de altura, haciendo largos recorridos, para recalcar al fin en Noruega, donde recogería a su familia e iniciaría desde allí su viaje definitivo hacia América, primero a México, país generoso con los exiliados políticos españoles, y ya después a Venezuela, donde en Caracas encontró el asiento definitivo para vivir con su familia y desarrollar su profesión como cirujano.

Este largo periplo viajero, que podría parecer una oferta feliz de una agencia de viajes, fue en realidad el triste camino de los exiliados políticos españoles, que, aunque abandonaron una España intolerante con los perdedores, siempre estuvo en sus corazones. No volvería más a su país, excepto a principios de los años sesenta y de forma muy discreta y corta, para despedirse de su hermano agonizante. Compensó esta obligada separación con Hedda, su mujer noruega, con la que pudo romper los límites geográficos y personales, haciéndose ciudadano del mundo, de un mundo además que padeció un periodo convulso de guerras. Y con esta perenne adaptación a todas las nuevas situaciones que este largo viaje le proponía, fueron capaces de convertir el sufrimiento en abono de una nueva vida, la lejanía de España en una mayor aproximación a su familia española y los espacios del dolor en vida nueva.



María Antonia Salvador González posa junto a su obra

El Colegio de Médicos de Valladolid y la ONG Amref Salud África firman un convenio de colaboración

El Colegio de Médicos de Valladolid y la fundación de cooperación al desarrollo Amref Salud África han firmado un convenio de colaboración que fue suscrito por el Presidente de la fundación Amref Salud África, Álvaro Rengifo, y por el Presidente de la entidad colegial vallisoletana, el Dr. José Luis Almudí, el pasado 10 de diciembre.

En el mismo, ambas instituciones se comprometen a desarrollar actividades de carácter académico y de difusión relativos a distintos ámbitos de la salud, referidas especialmente a mejorar la salud en África, a la sensibilización de la sociedad española respecto a los problemas sanitarios africanos y a la atención a emigrantes de África subsahariana, incluyendo los problemas derivados de enfermedades transmisibles.



Los presidentes de ambas instituciones firman el convenio en la sede de la entidad colegial

Cocinando por Navidad



El 11 de diciembre, el Colegio de Médicos de Valladolid adelantó la Navidad, que llegó a su sede de la mano del Restaurante El Claustro, que presentó un menú navideño que hizo las delicias de todas las asistentes a este tradicional curso de cocina.

El chef siguió paso a paso las recetas propuestas para enseñar cómo preparar un chupa-chups de codorniz sobre crema de boletus, unos rollitos de cecina con mousse de pato y membrillo con reducción de vino tinto, unos pimientos rellenos de morcilla de León en salsa de piquillo, una crema de calabaza y queso Valdeón con pulpo a la brasa, un ragout de ciervo con parmentier de patata y una tarta de queso con coulis de frutos secos.

Como cada año, los platos presentados se sortearon al final de esta entretenida jornada.

MOVIMIENTO COLEGIAL/ Noviembre

ALTAS

M ^a . Teresa Arroyo Romo	Traslado de Burgos
Fco. Carlos Ruiz Llano	Traslado de Cáceres
M ^a . Antonia González Bedia	Traslado de Palencia
Jorge Miguel Ingelmo González	Traslado de Soria
Francisco Muñiz González	Traslado de Madrid
M ^a . del Henar Santana Zapatero	Traslado de Zamora
Aitor Uribarri González	Traslado de Navarra
Isabel Lorenzo Romo	Traslado de Zamora
Miguel Ángel Alonso Martín	Traslado de Ávila
M ^a . del Carmen Martínez Lara	Traslado de Zamora
César Alberto Berrocal de la Fuente	Traslado de Palencia
Alfredo Cano Garcinuño	Traslado de Palencia
Isabel Pérez García	Traslado de Palencia
M ^a . Purificación Rodríguez Cernuda	Traslado de León
Luisa Fernanda Álvarez Cid	Traslado de Cáceres
Eva María Golvano Guerrero	Traslado de Palencia
Elisa Cuadrado Garzón	Traslado de Zamora
Irene Casares Alonso	Traslado de Palencia
Ana María Mencia Presa	Traslado de Palencia
M ^a . del Rosario Recio García	Traslado de Zamora
Fco. Javier Domínguez Belloso	Traslado de Palencia
José Luis Velasco Vallejo	Traslado de Burgos
Juan Manue Gatón Gómez	Traslado de Zamora
Jesús M ^a . Díez Rodríguez	Traslado de Madrid
M ^a . Milagros Cuervo Abarquero	Traslado de Santa Cruz
Jorge Darío Méndez Alcalde	Traslado de Palencia
José María Martínez Sánchez	Traslado de Zamora
Martín Lorenzo Vargas Aragón	Traslado de Zamora
María Maravillas Igea Menor	Traslado de Ávila
José Augenio Alonso Muñoz	Traslado de Ávila

M ^a . Antonia Miguel Gómez	Traslado de Santa Cruz
Ana María Sacristán Martín	Traslado de Palencia
M ^a . del Carmen Urueña Leal	Traslado de Palencia
Henar Jiménez Lozano, Henar	Traslado de Zamora
M ^a . Ángeles Mostaza Fernández	Traslado de León
M ^a . del Carmen Gutiérrez Rodríguez	Traslado de Burgos
Abel Ganso Pérez	Traslado de Cáceres
Jesús Saiz García	Traslado de Burgos
M ^a . Isabel del Blanco Alonso	Traslado de León
Ángel Cristo Barco Berzosa	Traslado de Cáceres
Yolanda Usin Suárez	Traslado de Burgos
Rosa María Nieto Sánchez	Traslado de Burgos
Fco. Javier Lomo Montero	Traslado de Zamora
M ^a . Jesús Macías Alonso	Traslado de Palencia
María Zazo Espinosa	Traslado de Cáceres
Iván Cusacovich Torres	Traslado de Burgos
Rafael Gómez Fernández	Traslado de Guipuzcoa
Houssein Bouchotrouch	Traslado de Las Palmas
M ^a . del Pilar García Gutiérrez	Traslado de Burgos
Alina Guerrero Pérez	Alta
Melissa Aileen Sulbarán Cerezo	Alta
Cristina Barinaga Martín	Traslado de Madrid

BAJAS

M ^a . del Carmen Gil Muñoz	Traslado a Segovia
Beatriz Vielba Dueñas	Traslado a Zaragoza
Sandra Casado de Andrés	Traslado a Segovia
Sandra Cepedello Pérez	Traslado a Barcelona
Lianny Lorena Colina Fuenmayor	Traslado a Cádiz

“El ciclismo no solo es deporte, es aventura, vértigo, naturaleza, sonrisas, lagrimas... Es una filosofía de vida”

A finales de este año se celebró en Málaga el X Campeonato Nacional de Ciclismo para Médicos. En representación del Colegio de Médicos de Valladolid, participó nuestro compañero, el Dr. José María Pino Morales, al que le hemos pedido que nos cuente sus experiencias en el mundo del ciclismo

Soy médico de familia, aunque mis cerca de 40 años de vida laboral los he distribuido a partes iguales, entre la clínica y la gestión sanitaria. Pero desde siempre, mi otra gran pasión ha sido el deporte; donde he practicado casi de todo. No he destacado en ninguno, pero he disfrutado de todos, y en todos he intentado dar lo mejor de mí mismo.

El deporte, cuando como yo se vive con pasión, es una filosofía de vida, y de él, he aprendido una serie de valores que tengo grabados a fuego y que me han acompañado a lo largo de mi vida: Esfuerzo, disciplina, perseverancia, respeto, capacidad de sufrimiento, trabajo en equipo...

Con el paso de los años he tenido que ir adaptándome al tipo de deporte que mejor le iba a mis condiciones físicas de cada momento. De esta forma, el último que se ha incorporado a mi vida, desde hace tan solo cuatro años, ha sido el ciclismo. Me lo encontré por casualidad. Pero ha sido una bendición porque se adapta a la perfección, en todos los sentidos, a mi actual momento de vida.

En estos cuatro años de jugar a “ciclista profesional”, he tenido que aprender todo lo relacionado con el mundo del ciclismo. Y lo he hecho con pasión. Cuando comencé, no sabía, ni arreglar un pinchazo o cambiar una rueda.

La bicicleta con la que me inicié era una que había comprado a mi hijo de 11 años en 1994. Y con ella estuve algún tiempo, hasta que, en un cumpleaños, mi esposa me regaló una un poco decente. Y así empecé a dar pedales y a aprender.

Mi primera experiencia competitiva la tuve al poco de empezar. Fue en el año 2015,

en Ciudad Real cuando participé en VII Campeonato de España de Ciclismo para Médicos.

Me llevó a la rastra mi buen amigo, el Dr. Jesús García Cruces; a la sazón responsable directo de mi acercamiento al mundo del ciclismo. Iba asustado. Mi único objetivo era no caerme y conseguir terminar la prueba. Cuando entré en meta, no levanté los brazos porque, como no sé hacerlo, hubiera dado con mis huesos en tierra, pero con ganas me quedé. Había terminado, no me había caído y además

no entré el último. En definitiva, subidón. Acababa de darme cuenta de que podía competir y que disfrutaba con ello.

Desde ese momento todo empezó a fluir en mi cabeza. Tenía que aprender muchas cosas y rápido. La edad no me permitía muchas divagaciones, ni tiempos muertos.

Comencé a estudiar todo lo que caía en mis manos relacionado con el ciclismo. Quería preparar un Plan de Entrenamiento para el año 2016 que me permitiera



poder participar en alguna de las muchas marchas ciclistas de renombre que hay a nivel nacional. Y junto con mi amigo Jesús, lo hicimos a lo grande. Elegimos la Quebrantahuesos, que ya solo el nombre asusta. Una prueba de 200 kilómetros, con recorrido en plenos Pirineos entre España y Francia, y con cuatro puertos de montaña cuyo desnivel acumulado supera los 3.500 metros.

Recuerdo que por aquel entonces yo jamás había subido un puerto de montaña. Lo más que había subido, y a duras penas, era la cuesta de Robladillo.

Y comenzó la preparación. Dura no, lo siguiente. Una planificación a seis meses con cuatro o cinco días de entrenamiento a la semana, compaginándolo además con el trabajo, la familia, la vida social. Entrenaba a la hora que podía. Las salidas más largas las reservaba para los fines de semana, y entre semana, si no se podía salir a rodar al exterior, echaba mano del rodillo y al garaje castigado.

Y así llegó el día 18 de junio de 2016, y allí estaba yo, en Sabiñanigo, en la salida de la Quebrantahuesos acompañado de más de 8.000 ciclistas en línea de salida. Sin embargo, todo mi gozo en un pozo, el día estaba gélido, en Somport estaba nevando y el peligro de caída e hipotermia eran evidentes. No podía arriesgar tanto y no tomé la salida.

Pero el reto seguía vivo. Al año siguiente, con el mismo objetivo, vuelta a empezar. Y esta vez sí pudo ser. Cuando finalicé la prueba había pasado ocho horas y media encima de la bicicleta, estaba molido pero feliz. Había conseguido superar un reto impensable para mí, tan solo dos años atrás.

Desde ese momento he participado en innumerables marchas ciclistas a lo largo de todo el territorio nacional. Increíblemente, en este tiempo he podido pedalear al lado de los más grandes de este deporte; Miguel Indurain, Perico Delgado, Alberto Contador, Abraham Olano y otros muchos. Gente sencilla, como son los grandes campeones.

He participado también en los últimos cuatro Campeonatos de España de Ciclismo para Médicos, representando



con orgullo a nuestro Ilustre Colegio de Médicos de Valladolid. No he ganado ninguno, pero los he disfrutado todos. Hay mucho nivel, pero sobre todo hay mucha juventud, y contra eso...

Para el próximo año, que será en Asturias, estamos tratando de crear un equipo en representación del Colegio de Médicos de Valladolid; así es que si alguno se anima...

En estos cuatro años han sido muchos los kilómetros realizados; más de 70.000; muchos los puertos ascendidos; algunos tan largos como el Portalet (Cerca de 30 Km.); otros tan duros como el Marie Blanque; y otros tan bonitos como Los Lagos de Covadonga. Muchas las horas de pedaleo en solitario, con el único acompañamiento del sonido de la naturaleza o el jadeo de la respiración.

Pero, sobre todo, son muchos los momentos y las anécdotas grabadas en

mi memoria. Porque el ciclismo no solo es deporte, es otras muchas cosas. Es aventura, vértigo, naturaleza, sonrisas, lagrimas... Es una filosofía de vida, con miles de filósofos pedaleando a tu alrededor. Es ciencia, la ciencia que te enseña los valores de la vida en libertad, pero también las garras de la muerte en carretera. Es un arte, el arte del sufrimiento por el que tu cuerpo aprende a olvidar el dolor. Es el no parar, la locura absoluta.

Y si lo piensas bien, la vida es como andar en bicicleta. Si dejas de dar pedales, te paras y te caes. Así es que, en tu vida, no dejes de pedalear mientras puedas. Si hoy puedes hacer algo que te apasiona, asume el riesgo y hazlo. No esperes a lamentarte, porque antes de que te des cuenta, se habrá pasado el momento y la oportunidad.

Mi buen amigo y compañero, permíteme un consejo final: encuentra algo que te apasione, y vivirás una vida llena de fuertes emociones.

El surrealismo pop de Jesús Aguado

Jesús Aguado es un artista vallisoletano nacido en 1976. Licenciado en BBAA por la universidad de Salamanca en la especialidad de diseño gráfico, actualmente está representado por la agencia Pencil ilustradores. Ha trabajado para multitud de editoriales como Santillana, Oxford, Anaya o National Geographic; y ha desarrollado proyectos de cartelería, como la campaña de la feria de Sevilla de Cruzcampo 2016 o la de la feria del libro de Valladolid, entre otras.

También ha trabajado en libros infantiles, juveniles y recientemente ha ilustrado el último libro de Jorge Bucay "cuentos clásicos para conocerte mejor". Toda esta obra en formato digital.





Hace cuatro años comenzó a pintar con acrílicos. Ha sido este 2018 cuando ha empezado a mostrarlos en las redes sociales. Gracias a ello, galerías de arte

como la Haven Gallery (NY) se ha interesado en su trabajo y exhibirá cuatro de sus pinturas en una exhibición colectiva a partir del 15 de diciembre. El estilo de sus

pinturas podría enmarcarse dentro del movimiento lowbrow o surrealismo pop. Actualmente puedes ver su trabajo en [instagram \(jm.aguado\)](#) y [behance](#).

INFORMACIÓN RELATIVA AL

SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Estimado colegiado:

Le presentamos las condiciones y novedades de la renovación del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional que tendrán efecto desde el día 01-01-2019.

Puntos destacados que señala la compañía aseguradora Agrupación Mutual Aseguradora para el año 2019:

- Ampliada la garantía de RC de protección de datos de carácter personal hasta 60.000 €.
- Mantenimiento de las primas en relación al año anterior y con aplicación de un 20% de descuento en la especialidad de Anestesiología y Reanimación.
- Para los profesionales jóvenes que tienen suscrita una póliza de Responsabilidad Civil Profesional de M.I.R. en el caso de que hubieran finalizado el periodo de formación y estuvieran en posesión del título de especialista, deberán solicitar el cambio de especialidad en su póliza.
- Los médicos especialistas en Medicina General o de Medicina Familiar y Comunitaria y que realizan principalmente Medicina de Urgencia hospitalaria, deberán solicitar la actualización para estar debidamente cubiertos en caso de reclamación.

IMPORTANTE:

- **De cara a una adecuada protección es importante que el Colegiado mantenga actualizados los datos de la actividad y especialidad que desarrolla (grupo y prima correctos).** Mediante un mail o llamada telefónica a las oficinas colegiales se lo podemos consultar rápidamente y en caso contrario indicarle cómo actualizarlo.
- Si ya forma parte de esta póliza colectiva y no tiene ningún cambio, la renovación se realizará automáticamente el día 01-01-2019.
- Rogamos nos comuniquen su alta, modificación o baja por escrito **antes del 21 de diciembre.**



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

Hasta un

60%* bonificación
en su seguro de Automóvil

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV , GESTORÍA Y "MANITAS AUTO"
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com

902 30 30 10 / 983 35 78 99

Síguenos en



y en nuestra APP

A.M.A. VALLADOLID

Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 99 valladolid@amaseguros.com

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación.
No acumulable a otras ofertas. Consulte fechas de la promoción y condiciones en su oficina provincial A.M.A.

