



Febrero 2015

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

VPC Validación
Periódica
de la
Colegiación



Nuevo Audi Q3.

El SUV más compacto que hemos creado.

Un SUV compacto de clase premium. Un vehículo tan deportivo y eficiente como versátil y moderno. Un modelo capaz de adaptarse a cualquier tipo de carretera y camino.



Prueba en exclusiva el Nuevo Audi Q3 y aprovéchate de las ventajas del acuerdo del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS con VALLADOLID WAGEN.

Valladolid Wagen

Avenida de Burgos, Nº 54,
47009

983 360 990

www.valladolidwagen.es

Síguenos en:



Cuando uno se cree merecedor de algo puede tener varias opciones: una es esperar a que se le conceda porque sí, "porque me lo merezco", y otra demostrando con hechos y méritos que uno se merece algo por su compromiso, dedicación y competencia. Otros tipos de reivindicación con manifestación y pancarta, aunque legítimos, no nos suelen gustar.

Tenemos la mochila cargada de razones para ser tratados mucho mejor de lo que nos tratan, y más aún si nos comparamos con otros profesionales de otros sectores. Pero pretendemos presentar una razón más: la recertificación periódica que también llamamos Validación Periódica de la Colegiación. (VPC).

Una directiva de la Unión Europea obliga a todos los Estados miembros a tener, como muy tarde, en 2017 instaurado un procedimiento para certificar de manera obligatoria a todos los profesionales médicos para poder ejercer tanto de forma privada como pública en cualquier estado de la Unión.

La Organización Médica Colegial, (OMC), ha puesto en marcha un procedimiento que reúne todos los requerimientos para que el Gobierno Español lo pueda aceptar como válido para cumplir con la Directiva sin necesidad de diseñar otros.

Cumpliremos de esta forma uno de los fines de los Colegios, como es contribuir a la regulación y ordenamiento de la Profesión, hecha por los propios profesionales con la correspondiente delegación y tutela del Estado.

Páginas adelante presentamos más información sobre la VPC a que desde Valladolid hemos contribuido desde el principio y lo seguimos haciendo.



Dr. Antonio Otero Rodríguez
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

El Colegio al Día 6

- ° Conferencia del Dr. Manuel Espina
- ° Curso de cocina navideña
- ° Celebración de la fiesta de los Reyes Magos
- ° Entrevista con los Dres. Alverto Verrier y Félix del Campo acerca de la Atención Hospitalaria en Castilla y León
- ° Conferencia sobre enfermedades Autoinmunes
- ° Jornadas dedicadas a informar a los afectados por la Hepatitis C sobre los nuevos tratamientos existentes en la actualidad
- ° La Validación Periódica Colegial

Historia 28

- ° La muerte violenta de Enrique I: suceso vaticinado por los astrólogos, por el Dr. Carlos Bendito González
- ° La arquitectura hospitalaria en Valladolid. Épocas y significados. Primera parte

Opinión 34

- ° El profesionalismo, primera parte. Por el Dr. Miguel María Sánchez Martín

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez
Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu
Vicepresidente 2º: José Manuel Marugán de Miguelsanz
Secretario General: José Luis Almodí Alegre
Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández
Tesorero: Luis Quintero González
Vocales: Félix del Campo Matías
Miguel Ángel Díez García
Roberto García Barbadillo
María Eugenia Fernández Rodríguez
Rosa María Pérez Nava
Adela López Tabera
Fernando Rescalvo Santiago
Ramiro Cerdá Gómez
María Dolores Tremiño San Emeterio
Alicia Córdoba Romero
Raúl de la Cruz Marcos

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

Centro Sociosanitario,
Hogar Residencia y Centro de Día



VALLADOLID

PLAZA REAL

c/ Cañadón, 50
47610 Zaratán (Valladolid)

Tel. 983 074 074

ESTANCIAS TEMPORALES

Plaza Real ofrece este servicio para personas que tras recibir el alta hospitalaria, aún requieren cuidados profesionales. Esta alternativa en nuestra Residencia y Centro de Día permite una asistencia del cuadro médico propio hasta la recuperación total del paciente.



**ZONA
CARDIOPROTEGIDA**
Desfibrilador
Personal formado



CEDA
Centro Especializado en
Daño Cerebral Adquirido

TERAPIA ACUÁTICA
HALLIWICK®

Especializada en Daño
Cerebral



REHABILITACIÓN

Servicio de fisioterapia con la maquinaria más especializada.

2 Fisioterapeutas.

- ✓ Ictus (Accidente Cerebrovascular).
- ✓ Fractura de cadera, pelvis y rodilla.
- ✓ Artrosis, artritis, etc.



TERAPIA OCUPACIONAL

✓ Terapia ocupacional separada en 3 grupos por grados:

- Válidos.
- Asistidos moderados.
- Grandes asistidos.

✓ Terapias personalizadas.

✓ Servicio Logopedia.

✓ Programa Neuronup.

Es un programa digital para Neurorehabilitación y Estimulación Cognitiva.



SERVICIO MÉDICO PROPIO DE ESPECIALISTAS

- ✓ Médico Propio: Dr. Pedro Antona Del Val.
- ✓ Traumatólogo, Dr. Roberto Escudero.
- ✓ Neuróloga. Dra. Olga Fernandez Arconada.
- ✓ Psiquiatra, Dra. Elena De Paul.
- ✓ Psicólogo Sanitario (Apoyo Familiar), D. Jaime Gutiérrez.
- ✓ Logopeda, Dña. Eva Cabezudo.



ENFERMERÍA

- ✓ Enfermería 24 horas.
- ✓ Control de la medicación por el servicio de enfermería propio.
- ✓ Servicio de podología.
- ✓ Ecógrafo.
- ✓ Análisis clínicos propios.



ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO Y FEBRERO DE 2015

FECHA	ACTO	ASISTENTES
12/01	Reunión Comisión Permanente de la Junta Directiva	Miembros de la Comisión de la Junta Directiva
14/01	Entrevista en la Cadena Ser	Dr. José Antonio Otero. Presidente
15/01	Asamblea extraordinaria con el Consejo Autonómico, en Palencia	Dr. José Antonio Otero. Presidente
15/01	Reunión Pfizer y Norte de Castilla	Dres. Antonio Otero y José Luis Almudí. Presidente y Secretario General
15/01	Reunión con el Gerente Regional de la Consejería de Sanidad	Dres. Antonio Otero y José Luis Almudí. Presidente y Secretario General
16/01	Reunión Validación Periódica Colegial en Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
19/01	Reunión con Luis Tudanca, Secretario General del PSOE	Dr. José Antonio Otero. Presidente
20/01	Reunión Plataforma Afectados Hepatitis C	Dr. José Antonio Otero. Presidente
21/01	Reunión Zitec Asesores	Dr. José Antonio Otero. Presidente
22/01	Asamblea de Jubilados en Madrid	Dr. Ramiro Cerdá. Respresentante de la Junta Directiva

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO Y FEBRERO DE 2015

FECHA	ACTO	ASISTENTES
23/01	Premios Real Academia de Medicina	Dr. José Antonio Otero. Presidente
23/01	Presentación del libro del Dr. Emilio Zapatero	Dr. José Antonio Otero. Presidente
28/01	Entrevista en El Mundo con Esther Neila	Dr. José Antonio Otero. Presidente
29/01	Entrevista en Televisión Castilla y León	Dr. José Antonio Otero. Presidente
30 y 31/01	Asamblea General CGCOM, en Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
04/02	Reunión NSD	Dr. José Luis Almodí. Secretario General
05/02	Reunión Pleno de la Junta Directiva	Representantes de la Junta Directiva
06/02	Reunión avances Atención Paciente Crónico	Dr. José Antonio Otero. Presidente
09/02	Reunión Servicio Urología del HURH	Dr. José Antonio Otero. Presidente
09/02	Acto entrega Beca Investigación AECC	Dr. Juan del Río-Hortega. Vicepresidente I

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO Y FEBRERO DE 2015

FECHA	ACTO	ASISTENTES
10/02	Asamblea Consejo Autonómico, en León	Dr. José Antonio Otero. Presidente
10/02	Reunión Asesores Jurídicas Consejo Autonómico, en León	Dres. Otero y Raimundo Baamonde. Presidente y Asesor Jurídico
11/02	Reunión Representantes Formación Consejo Autonómico, en Segovia	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
12/02	Intervención en Onda Cero	Dr. José Antonio Otero. Presidente
12/02	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
16/02	Reunión Servicio de Neumología del Hospital Clínico	Dr. José Antonio Otero. Presidente
17/02	Reunión con Zitec	Dr. José Antonio Otero. Presidente
18/02	Reunión con Servicio de Cirugía del HURH	Dr. José Antonio Otero. Presidente
20 y 21/02	Asamblea General CGCOM, en Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

CURSO INTENSIVO DE CATA DE VINOS

Días: Miércoles 25 de febrero, 4 y 11 de marzo de 2015, de 17 a 20 horas. Lugar: C/ Santuario, 8- Entreplanta (frente al Club Social del Médico). Precio: 60 €.

CURSO DE PINCHOS

Día: Sábado 28 de febrero de 2015, de 9:30 a 14:00 horas. Lugar: Club Social del Médico. C/ Santuario, 3 – Bajo. Precio: 35 €.

CURSO DE INFORMÁTICA EXCEL

Días: Lunes 16, 23 de febrero, 2, 9, 16 y 23 de marzo de 2015, de 20 a 21:30 h. Lugar: Club Social del Médico. C/ Santuario, 3 – Bajo. Precio: 15 €. Imprescindible aportar el ordenador portátil personal.

CHARLA-COLOQUIO: “LAS NOVELAS DE ESPÍAS: JAMES BOND, AGENTE 007 Y ALGUNO MÁS”, por Safer Rodríguez Palomero (Vda. del Dr. Emilio Hdez. Velasco).

Día: Jueves 19 de febrero de 2015, a las 19:30 horas. Lugar: Colegio O. de Médicos (Aula “Ramón Velasco”), C/ Pasión, 13-3º Izda.

TALLER LITERARIO LENGUA SUELTA, a cargo del escritor y filólogo Ignacio Merino.

Días: - Martes, de 20:30 a 22 horas. Viernes, de 12 a 14 horas. Lugar: ARK Estudio. C/ Santiago, 14-3º. Precio: 15 € por sesión. Matrícula cuatrimestral: 25 €.

TALLER CULTURAL HISTORIARTE, coordinado por Ignacio Merino, escritor y filólogo.

Día: Martes, de 18 a 20 horas. Lugar: Club Social del Médico. C/ Santuario, 3 – Bajo. Precio: 15 € por sesión. Matrícula cuatrimestral: 25 €.

CLASES DE BRIDGE

Día: Miércoles, de 11 a 13 horas. Lugar: Club Social del Médico. C/ Santuario, 3 – Bajo. Precio: 40 € mensuales.

VIAJE A MADRID: CIRCO DEL SOL “AMALUNA”

Días: - Jueves, 4 de junio de 2015, saliendo a las 16 horas. Domingo, 7 de junio de 2015, saliendo a las 9 horas. Precio: 75 €. Incluye viaje y entrada. Niños: 67 €.

PRÓXIMOS VIAJES PREVISTOS: San Juan de Alicante y Las Edades del Hombre sobre Santa Teresa

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

El Dr. Manuel Espina presenta su visión del “Médico de las personas” a sus compañeros vallisoletanos



El Dr. Manuel Espina ofreció el 27 de noviembre, una charla titulada ‘El Médico de las personas’, en la que presentó su idea de esta figura.

“El médico nace con el hombre y con la palabra. Si bien Hipócrates (VI-V a de C.) en la Grecia antigua ya estableció los criterios éticos que deberían presidir la relación médico-paciente haciendo referencia a la palabra como mediación imprescindible, fue muchos siglos después que Sigmund Freud (XIX), introdujo al Sujeto en la medicina y en la relación médico-paciente como relación transferencial vehiculadora de contenidos emocionales, dejando también constancia de que la enfermedad no solo es un fallo orgánico, sino y sobre todo expresión de un malestar específico propio de cada paciente, de cada persona.

Más tarde será Jacques Lacan (XX), en su relectura de Freud a la luz de la lingüística y del estructuralismo, y con su tesis de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, quien sitúe con más nitidez el lugar que ocupan la palabra y el deseo, estableciendo un marco simbólico irrenunciable e insustituible por estructural, así como una aproximación teórica a tres cuestiones básicas de dicha relación, como son la angustia, la verdad y la muerte. Tres variantes de Lo Real, presentes en el enfermar.

Así mismo aporta Lacan como elemento esencial a esa escena algo que la define y la diferencia de cualquier otra, y que aporta luz a la dimensión humana de ese contrato implícito que es la relación médico paciente. Hablamos del deseo de curar por parte del médico, que junto al saber, lo diferencia de la mera pericia técnica o de la magia y el chamanismo. Una persona, un ser de palabra, atravesada por el lenguaje, que presenta un sufrimiento (angustia, verdad y muerte), que se dirige a otro semejante, también ser de palabra y también sufriente y mortal en petición de ayuda.

Este otro semejante, el médico, tiene en su posición dos características que le permiten acceder a dicha demanda, el deseo de curar y el conocimiento

para intentar hacerlo, en el marco ético-transferencial (hipocrático-freudiano) señalado, a lo que habría que añadir un inequívoco compromiso con la verdad tanto de los hechos como con la verdad estructural de un sujeto dividido.

El desarrollo tecnocientífico, la superespecialización, los criterios economicistas, las derivas del mercado por conseguir hacer de la salud un gadget consumible, etc.,...nunca podrán desplazar ni sustituir la relación médico-paciente como premisa asistencial, así como de la palabra, del deseo de curar, ambas condiciones sine qua non.

A los nuevos, al futuro, que no lo olviden, que nacen con el hombre, que siempre han (hemos) estado ahí como médicos para escuchar y tratar de aliviar el sufrimiento de quien se lo demande. Siempre con respeto, sin juicios ni ideologías, con la humildad de no tener la certeza del saber, con un lenguaje correcto y entendible, en el secreto más riguroso, siempre y como premisa con el deseo de curar, sin renunciar a la palabra, y ubicándose correctamente en la difícil posición que se le exige, como otro semejante, como otra singularidad nunca amenazadora para ese otro semejante del sufrimiento. Que nadie olvide nunca que no somos un cuerpo, y que somos lenguaje, seres de palabra”.

El Mercadillo Solidario recauda fondos para Mozambique

Como en años anteriores, los días 15,17,18 y 19 de diciembre del pasado año 2014, tuvo lugar el Mercadillo Solidario que organiza la ONGD GAM Tepeyac con el fin de recaudar fondos para sus proyectos en Mozambique. El club social del médico cedió su local para tal fin y fue un gran éxito de ventas, lo que permitirá ayudar a muchas personas que realmente lo necesitan.



Uno de los asistentes al mercadillo mira un pañuelo antes de comprarlo

El Restaurante El Trigo muestra estas Navidades recetas únicas y diferentes para llenar las mesas de los colegiados



Iván García, Henar Cuadrado y Víctor Martín (de izquierda a derecha), momentos antes de empezar el curso

El 10 de diciembre, el restaurante El Trigo trajo al Colegio de Médicos de Valladolid un menú navideño diferente y original para que las colegiadas que asistieron a este curso pudieran reproducirlo en sus casas los siguientes días de fiestas.

Así, Henar Cuadrado, Iván García y Víctor Martín prepararon ciruelas rellenas de hígado de pato, ensalada de anguila ahumada, cebollas de buey de mar y lima, coca de cigalas e hinojo, brandada de bacalao con caldo de pimientos asados, rabo de toro con zanahorias, apionabo y chiribia, y patata con baileys y café como postre.



BIOVITAL

ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL Y CORPORAL

Primera visita
diagnóstica
GRÁTUITA

NÚMERO **1** EN LIPOSUCCIÓN ASISTIDA POR LÁSER EN CASTILLA Y LEÓN

ELIMINA LA GRASA QUE TE SOBRA EN UNA HORA



- Lo último en tecnología para tu salud y belleza
- Especialistas en obesidad con cirugía bariátrica, eficaces en la pérdida de peso
- Implantes capilares 100% garantizados
- Consulta diagnóstica gratuita
- Financiación 1 Año sin intereses

Clinica BIOVITAL para que tu imagen gane belleza sin perder salud

APROVÉCHATE DE NUESTRAS MEJORES OFERTAS EN
www.cuponesebelleza.com



REGISTRO SANITARIO: 47-C21-0214

Un reconocimiento al Dr. Sancho Velázquez Cuéllar, creador del Hospital Psiquiátrico de Valladolid

La Dra. Teresa Gil ha escrito un libro en el que se muestra la obra de este médico y sus esfuerzos por sacar adelante el centro psiquiátrico de la capital castellanoleonesa, y que ha sido reseñado por el profesor de la Universidad vallisoletana, Mauricio Herrero Jiménez

“Los autores del libro que reseño han aunado dos formas de mirar, dos posiciones desde las que hacerlo, para acercarse a la biografía del oidor Sancho Velázquez de Cuéllar. No es tarea sencilla ni fácil esbozar semblanzas cuando escasean las fuentes, cuando los papeles del archivo volante (que hubo de tener) del fundador del hospital de los inocentes (“locos e personas que carezcan de seso e juicio natural por enfermedad o en otra manera”) de la villa del Pisuerga andan, como tantos otros papeles de tantos otros archivos, perdidos en el pasar lento de los siglos.

Esa parquedad de fuentes, la poquedad de información con que se cuenta la han solventado los autores de manera certera, presentando al personaje que estudian en un marco espacio-temporal muy bien trazado, que permite reconocer y penetrar los rasgos más destacados de una biografía cuajada de sombra.

De ahí la primera mirada dedicada no sólo a Castilla, sino a Valladolid y a Cuéllar, a Cuéllar y a Valladolid, para decir más ajustadamente al epígrafe del capítulo, que ahonda en los entresijos políticos, sociales, económicos o culturales que vive la corona y las dos villas; en los trances vividos en el señorío de Cuéllar, aunque no sólo en ellos, puesto que se nos ofrece en unos párrafos muy bien medidos unas notas vigorosas sobre la pujanza del comercio lanero, la potencialidad de las parroquias o la fortaleza cultural de Cuéllar merced a la fundación del Estudio de Gramática por el arcediano Gómez González. Otro tanto acontece con los párrafos que los autores dedican a la villa Valladolid, que vive unos momentos esplendorosos, en

palabras casi literales de Mata y Gil, merced a la presencia en ella de la Corte, la Chancillería y la Universidad, por citar tres de las instituciones que imprimieron carácter a la que Juan II se refirió como “la villa más notables de estos mis regnos e aun fuera de ellos”.

Si el capítulo al que nos hemos referido permite conocer los lugares de habitación, los siguientes nos acercarán a la familia de los Velázquez de Cuéllar, una de las “de más solera y más conocidas de la villa”, en palabras, que los autores repiten, del triste y recientemente fallecido P. Balbino Velasco Bayón, cronista que fuera de la misma; y a los orígenes del doctor Sancho Velázquez, que hay que rastrear en ralos testimonios documentales, por lo que el testamento que otorgó en Valladolid en 1489 se torna en trascendental.

Presentado el personaje en el entorno familiar y apuntados sus orígenes, los autores del libro nos le muestran en los espacios de la Chancillería de Valladolid, alto tribunal con jurisdicción en los territorios peninsulares situados al norte del río Tajo; en las Cortes de Toledo del año 1480, como bien testimonia un documento simanquino de 10 de febrero de 1479; en el Consejo Real. La pertenencia a esas altas instituciones permiten reconocer a Sancho Velázquez de Cuéllar, así lo hacen los autores del libro, como un reconocido doctor in utroque iuris, es decir, en derecho canónico y civil, que de una u otra manera vive de forma intensa la fase previa al descubrimiento de América y a la génesis y organización del Consejo de la Inquisición, por lo que hubo de personarse en Roma, al ser nombrado procurador por los reyes Isabel y Fernando.

Naturalmente, en capítulo nuclear de la obra es el dedicado a la fundación del Hospital de los Inocentes, cuyo origen hay que buscarlo y está en el testamento del fundador, otorgado en Valladolid, el 13 de febrero de 1489, ante el escribano Cristóbal de la Serna. En el documento se establecen las líneas cardinales relativas al funcionamiento, se fija el patrimonio que permitirá llevar a cabo la labor hospitalaria. El hospital creado por Sancho Velázquez de Cuéllar, junto con los de Santa María de los Inocentes de Valencia, fundado ochenta años antes a este que estudian M.^a Teresa Gil Rodríguez y Ricardo M.

Mata y Martín (y aquí se exige el cambio en el orden, por la especialidad de la autora), San Cosme y San Damián de Sevilla, erigido en 1436, y el Hospital o manicomio de Toledo, de 1483, destacan por ser instituciones en las que se atiende y asiste a los enfermos mentales en un ambiente de afecto e inclinación hacia estos enfermos y hacia la locura. Las páginas dedicadas por los autores a analizar la evolución del conocimiento de la enfermedad mental y su asistencia psiquiátrica son extraordinariamente habladoras de una realidad compleja que los autores hacen fácil. Acertados son los párrafos en los que se abordan las noticias que tocan a la finalidad del hospital, la curación de los enfermos, el gobierno del centro hospitalario y su siempre complejo y difícil régimen económico.

Concluye el trabajo con un capítulo en el que los autores apuntan el motivo, que no revelaré, que entienden llevó a Sancho Velázquez de Cuéllar, a fundar un hospital psiquiátrico de larga vida, como podrán conocer todos los lectores que se acerquen a un libro muy bien trabajado”.



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

También disponibles

Cursos en:

Alemania

Francia

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

Los Reyes Magos ilusionan, un año más, a los más pequeños de nuestro Colegio

Sus Majestades llegaron puntuales, el 5 de enero, a su cita con los más pequeños del Colegio de Médicos de Valladolid.

Entre juegos, cantos, bailes y meriendas, los niños recibieron a los Reyes con nervios y risas, y compararon los juguetes que les habían traído desde el lejano Oriente y que repartieron a todos los presentes.

Repartidos en grupos por edades, todos tuvieron la oportunidad de contar a Melchor, Gaspar y Baltasar lo buenos que habían sido todo el año antes de acudir a la Cabalgata de la noche más mágica de todo el año.



Todos bailaron y se divertieron durante horas



Jugando al corro de las patatas



En el salón principal, los grupos se reunían para jugar al corro de las patatas y al zapatito inglés



También hubo tiempo para el zapatito inglés



Los más pequeños bailaron juntos canciones tradicionales



Los niños posan junto a los monitores al final de la tarde de juegos



Los Reyes Magos hicieron las delicias de todos los niños



Los globos adornaban toda la sala



Todos los niños disfrutaron con los juegos



Según recibieron sus regalos, los abrían

Una charla acerca de nuestra Atención Hospitalaria

Entrevista con los Dres. Alberto Verrier Hernández y Félix del Campo Matías, Vicesecretario y Representante de la Sección de Médicos de Hospitales del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, respectivamente

Para completar la visión de nuestro Sistema Sanitario ofrecimos en la revista de octubre del pasado año, en la que dos representantes de esta entidad colegial debatían sobre la atención primaria, les ofrecemos la visión de dos profesionales que pasan sus días entre quirófanos

Pregunta.- ¿En qué destaca Castilla y León por encima de otras Comunidades al hablar de Atención Hospitalaria y en qué necesitamos mejorar?

Alberto Verrier.- No puedo ser muy categórico con este tema porque no conozco personalmente cómo funciona la Atención Hospitalaria en todas las comunidades. Creo que tenemos mejores cosas que unas y peores que otras. Está claro que una Comunidad como Madrid va a tener hospitales de referencia en una serie de patologías que quizás en Castilla y León nos falten, pero veo lógico



Los Dres. del Campo y Verrier charlan en una de las salas del Colegio de Médicos

“En épocas de crisis podemos prescindir de obras grandilocuentes que no son tan necesarias como dotar al hospital de un buen personal y unas buenas herramientas de trabajo”

que no todas las patologías se traten en todas las ciudades, especialmente cuando hablamos de patologías minoritarias. Hay que tener en cuenta que existen algunas que representan para los hospitales tan sólo dos o tres casos anuales, por lo que si se concentran todas las de España en un único centro de referencia podrá ser hasta más beneficioso para el paciente porque lo tratarán los especialistas más experimentados en ese campo.

Obviamente, eso no quita para que en todas las Comunidades Autónomas

exista un básico asistencial; y realmente creo que en nuestra región ese requisito se cumple, aunque no es ningún secreto que no es lo mismo hablar de Soria que de Valladolid, claro. En nuestra ciudad creo que cubrimos ampliamente la mayoría de las especialidades que los usuarios pueden demandar.

Félix del Campo.- Estoy completamente de acuerdo. Me parece que hoy en día es complicado que ocurra que para ser atendido de cualquier patología tengas que desplazarte



podías alcanzar si querías dedicarte a determinadas especialidades, ¿no? Representaba ese referente de alta tecnología y máxima especialización que en la actualidad ya no abanderara. Parece que los hospitales han dejado de ser el eje del Sistema Sanitario, en el que todo está mucho más enfocado al paciente y en el que la tecnología ha pasado a un segundo plano. En este sentido es obvio que las cosas han cambiado en poco tiempo y los hospitales han de adaptarse.

Creo que una deficiencia que presentamos es que Valladolid no tiene un hospital de procesos intermedios. Saltamos directamente a los agudos; pero sí quiero destacar la respuesta tan buena que se tiene en la Atención Hospitalaria en nuestra ciudad cuando se habla de las Urgencias. Si tienes un problema grave el hospital está perfectamente capacitado para resolvértelo, pero los tiempo de espera para procesos de consulta externa es altísimo.

fuera de Valladolid. Es cierto que en el campo de la neumología, donde yo me muevo, podemos tener una clara referencia de Santander o Madrid en relación con el trasplante pulmonar, pero la idea antigua de que uno tendría que ser trasladado para ser tratado de procesos comunes, en Valladolid se salva ampliamente

F.d.C.- A mí lo que sí me parece importante destacar es que el sistema está cambiando. Cuando nosotros terminamos la residencia, el hospital era un poco como el 'sumum' de lo que

También opino que hay que cambiar un poco la filosofía de formulación que teníamos hasta ahora. Los pacientes siempre andan preguntándote cuándo han de volver, y debemos ser conscientes que el modelo organizativo

A.V.- A los que tenemos pacientes con radioterapia no nos gusta cómo ha quedado. En mi área, la cirugía maxilofacial, esta técnica se daba antes en el Campo Grande y se hacía muy bien. Ahora se ha traspasado al Hospital Clínico, donde se daba en un principio, y estamos en un 'inpass', a la espera. Pero sí puedo decirte que mirando este tema con la óptica de Comunidad, las cosas no se están haciendo bien.

Tenemos muchos pacientes que se quejan, porque son personas que han de hacer muchos desplazamientos muy largos, desde Soria o Segovia, por ejemplo, y en ocasiones han de hacerlos a diario. Me parece que el tema de la radioterapia no se está llevando bien en Castilla y León y me parece, además, que es por un tema exclusivamente político, no médico.

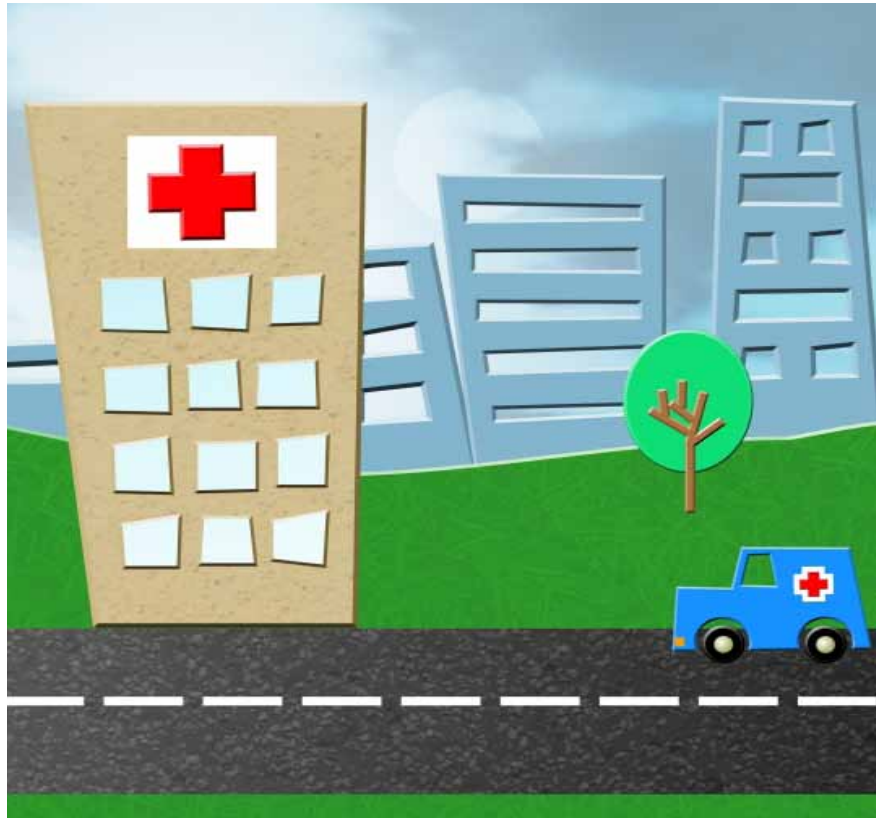


de los hospitales, en el que se debía hacer un seguimiento más intensivo a los pacientes, ha evolucionado.

Pregunta.- Habéis mencionado que en nuestro sistema sanitario las listas de espera pueden llegar a ser un problema, y es una opinión muy extendida y compartida por los usuarios...

A.V.- Sí, pero es que las listas de espera son otro problema político. La Seguridad social hace unos años tenía registrado un número de personas determinado, que debían atender a otro número determinado de pacientes; y ahora ese número de personas que han de atender ha disminuido y el de pacientes ha aumentado, por lo que aumentan los tiempos de espera. Y si ahora el Ministerio de Hacienda elimina todo el conflicto que se ha creado en torno a Muface y pasan todos a la Seguridad Social, las listas de espera será muchísimo mayor, y la culpa la tendrá el sistema porque en un cubo cabe el agua que cabe, y no puedes pretender meter en ese mismo cubo una piscina.

Es decir, hay que ser conscientes de que esto funciona igual que cualquier



otro negocio de oferta y demanda. Si en un gran estreno hay 3.000 personas que quieren ver una película y el

cine sólo tiene capacidad para 300, muchos se van a quedar fuera o van a tener que volver otro día. Me parece lógico cómo funciona el sistema de las listas de espera; otra cosa es que para solucionarlo se requieran unos recursos que la Administración no pueda financiar... Bueno, pues habrá que entenderlo, pero siempre tratando de ofrecer a todos la mejor medicina posible, que para algo es pública y universal.

Pregunta.- Y esa asistencia universal, ¿se ofrece en buenos hospitales o no se invierte lo suficiente en mejorar las infraestructuras ya existentes, pero sí en nuevos complejos hospitalarios?

F. d. C.- El problema es que no hay que invertir tanto en infraestructuras y sí en dotación. Date cuenta de que hoy en día todos los hospitales son universitarios y en una época en la que existe tanta gente en paro, esto no tendría que ser así. A mi entender, el dinero destinado a Sanidad debería invertirse más en personal y, especialmente, en tecnologías, porque la medicina ha avanzado



todo lo que lo ha hecho en los últimos 50 años gracias a la tecnologías. Otro aspecto llamativo, es la gran cantidad de Hospitales que reciben la denominación de “universitarios”, sin que realmente se haya habido un proceso previo.

A.V.- Coincido por completo. Tanto Félix como yo comenzamos a trabajar en el antiguo Hospital Río-Hortega, que era un edificio como de los años 50, y allí hacíamos prácticamente lo mismo que hacemos en el nuevo edificio. No es tanto el continente como el contenido. Creo que en lo que de verdad hay que invertir es en profesionales bien formados y apostar por la alta tecnología. Que no se me malinterprete. Me parece que el hospital nuevo está muy bien ideado, es muy bonito y cómodo para trabajar, pero en épocas de crisis podemos prescindir de estas obras tan grandilocuentes pero que no son tan necesarias como dotar al hospital de un buen personal y unas buenas herramientas de trabajo.

Pregunta.- Al hablar de hospitales vallisoletanos, ¿creéis que estos están preparados para todas las crisis que pueden presentarse? Es inevitable pensar aún en el Ébola y la desorganización inicial que hubo en los centros sanitarios.

“No hay que invertir tanto en infraestructuras y sí en dotación. Hoy en día todos los hospitales son universitarios y en una época en la que existe tanta gente en paro, esto no tendría que ser así”



F. d. C.- El problema con el Ébola fue que no estaba preparada España, desde un punto de vista organizativo, no sanitario. Creo que en ese tema hubo factores mucho más políticos que sanitarios, porque se creó una situación de alerta que no se correspondía con la realidad. Lo que primó al tratar esa ‘crisis’ fue una falta de organización, simplemente, y eso provocó que se hiciese un gasto mucho mayor del que en verdad era necesario.

A.V.- Ha existido una insensatez absoluta con este tema en este país. No veo normal que haya habido 17 comunidades separadas y en algunas se han tenido que poner varios hospitales para tratar los posibles casos que surgiesen, mientras que en países infinitamente más grandes que España se ha tenido un centro de referencia a los que se derivaban todos los pacientes infectados. Pero claro, si todos quieren salir en la foto, pues es lo que toca hacer.

Pregunta.- ¿Consideráis que la formación que el sistema español da a los estudiantes de Medicina es

correcta o cambiaríais algún aspecto de la misma?

F. d. C.- En los referente al GRADO, creemos que la oferta de alumnos que se está haciendo es muy excesiva de acuerdo a las necesidades que hay. En estos momentos existen muchos centros privados que están formando un exceso de futuros médicos. Otra cosas es el sistema MIR, que es muy válido, ha dado excelentes resultado y garantiza absolutamente la correcta formación de un graduado.

Si hablamos de troncalidad, he de confesar que, personalmente, no me gusta. Nos parece que se está perdiendo tiempo de especialización y además, hay que restringir el número de residentes que se forman, porque el Ministerio en estos momentos manda más chavales de los que solicitamos las comisiones patronales y eso provoca un paro muy alto entre los médicos especialistas.

A.V.- Yo formo parte de la Comisión Nacional de la Especialidad y parece que desde Europa nos quieren



imponer esto de la troncalidad y es algo que a mí tampoco me gusta. Creo que no hay que tocar lo que está bien. Pero como no parece que esté en nuestra mano... lo que sí que puedo decir es que me parece que se acabará modificando el tema de la troncalidad para ajustarlo a las exigencias europeas y que el cambio no va a ser para bien.

Sí que veo que ha habido un cambio importante en los últimos años en la formación de los residentes. Antes un residente, además de completar los estudios que tenía, debía realizar una serie de publicaciones o estudios para destacar al presentarse a una plaza. Ahora las revistas no tienen escritos suficientes porque a nadie le interesa ampliar currículum, ya que parece que esas plazas se dan por motivos diferentes. Eso va a acabar derivando en que en esta Comunidad tengamos los médicos que queremos, pero no necesariamente tendremos los mejores médicos.

Pregunta.- ¿En los hospitales también encontraréis problemas con los sistemas informáticos?

F. d. C.- Desde luego. Hace tiempo no existían, pero ahora puedo decirte que encontramos dificultades hasta para acceder a Internet. Yo estoy consultando un artículo médico por algún caso que esté llevando en ese momento, y no puedo conectarme correctamente para consultar un traductor online, por ejemplo. Eso es algo que dificulta mucho nuestro trabajo en ocasiones.

A.V.- Completamente. Pero es que es una especie de filtro que no entiendo. Para acceder a Internet nosotros tenemos un usuario y una clave, por lo que, desde el momento en que tú introduces esos datos para operar con Internet, el ordenador registra quién está abriendo qué enlace. Quiero decir, si alguien mira páginas que no debe, ¿no es necesario castigar a toda la clase sin recreo porque 'Fulanito' haya roto una ventana!

F. d. C.- Pero si hablamos de problemas relacionados con la informática en los hospitales, muchísimo más grave es la cuestión de la historia clínica informatizada. Me parece que es muy necesario hacer una apuesta

fuerte a este respecto para conseguir mejorar el servicio que se ofrece a los usuarios desde cualquier punto de España. No es normal que no puedas saber los antecedentes de un paciente porque éste llegue a las Urgencias de tu hospital pero sea de una Comunidad diferente.

A.V.- A mí es que no me parece de recibo que, habiendo sólo dos hospitales en Valladolid capital, sea imposible saber qué ocurre en uno si tú trabajas en el otro. Si desde Atención Primaria mandan hacer una biopsia a un paciente, pero resulta que luego ese paciente es derivado al área sanitaria contraria a la que le atendió en un principio, es casi imposible hacerte con esa biopsia.

Y es que me parece que no es algo tan complicado de solucionar como para que a nadie se le haya ocurrido hacerlo. Si han de preguntar para arreglarlo, que pregunten, porque me parece inaudito que dentro de la propia ciudad haya esta especie de muro de Berlín que impide la comunicación entre hospitales. Es que si es importante conocer la historia clínica de una paciente que viene de Burgos, ¡imagínate la de uno que viene desde la calle de al lado!

“Es inaudito que en Valladolid haya una especie de muro de Berlín que impide la comunicación entre hospitales. Si es importante conocer la historia clínica de un paciente que viene de Burgos, ¡imagína la de uno que viene desde la calle de al lado!”

¿Qué hacer cuando quien te ataca es tu propio cuerpo?

Con la intención de responder a esta pregunta, el Colegio de Médicos de Valladolid y Lapso Inacción de pacientes con enfermedades auto inmunes organizaron el 24 de enero, una mesa redonda en la que se abordaron cuestiones acerca de este tipo de dolencias



D^a. Pilar Carrera, la Dra. Julia Barbado, D^a. Ana Escuvedo y el Dr. Antonio Otero

El sistema inmunológico es un sofisticado complejo de células y señales moleculares que nos defienden y protegen de enfermedades e infecciones. Sin embargo, este sistema no es perfecto y en algunos individuos puede confundirse de enemigo y atacar a la propia persona. El término "enfermedad autoinmune" engloba las patologías que se originan por errores en el reconocimiento del agente patógeno, es decir, nuestro sistema inmunológico identifica erróneamente a nuestras propias células como patógenos externos infecciosos y las ataca.

Con el fin de aclarar algunas dudas acerca de este tipo de patologías, el Colegio de Médicos de Valladolid organizó, el 24 de enero, una mesa redonda en la que se trataron temas como 'Los avances en la investigación de las enfermedades autoinmunes', ofrecida por la Dra. Julia Barbado, especialista en enfermedades autoinmunes del departamento de Medicina Interna del Hospital Clínico de Valladolid; 'La visión de las enfermedades autoinmunes desde la Atención Primaria', que fue expuesta por el Dr. José Antonio Otero, médico de familia y Presidente del Colegio Oficial de Médicos de

Valladolid; 'El ejercicio en enfermedades autoinmunes', presentada por D^a. Ana Escuvedo, enfermera del servicio de Neumología del Hospital Clínico; o 'La prevención y tratamiento de las úlceras en enfermedades autoinmunes', que explicó D^a. Pilar Carrera, enfermera del servicio de Medicina Interna del mismo centro hospitalario.

La Dra. Barbado explicó que todos los años organiza unas Jornadas sobre estas patologías para Médicos y Enfermeras en Valladolid, pero que

nunca hasta ahora se había pensado en una actividad dedicada a los verdaderos protagonistas de estas dolencias: los pacientes. Surgió, por ello, la idea de una Mesa Redonda "donde los profesionales dedicados a estas patologías aportemos a los enfermos y familiares y toda persona con especial interés por el tema, puntos como el estado actual de la investigación en autoinmunidad, sobre todo en lo que se refiere a los tratamientos, o en qué punto está la ciencia para responder a ese esperanzado ¿podré curarme, doctor?", apuntó esta Especialista en Medicina Interna dedicada al manejo y estudio de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

"Además, es importante explicarles a estos pacientes cómo, como profesionales médicos y enfermeras, ayudamos a sus dolencias o qué pueden ellos hacer para mejorar su situación de salud", señaló la Dra. Barbado, quien añadió que "este interés por informarse y participar activamente en su propia enfermedad es uno de los pilares que hará posible el avance para esclarecer porqué se desarrollan estas patologías y qué tratamiento será el más adecuado en un futuro".



La mesa redonda fue un éxito de público

Dos jornadas para debatir la actual situación de los pacientes de Hepatitis C y tratar de dar respuesta a las dudas de los afectados por esta enfermedad

El Colegio de Médicos organizó una reunión y una mesa redonda, los días 27 de enero y 5 de febrero, respectivamente, para abordar uno de los debates sanitarios que más preocupa a los pacientes hoy en día

En la actualidad, se estima que la infección por el virus de la Hepatitis afecta a más de 800.000 personas en España. Las complicaciones derivadas de este virus pueden causar trastornos en los pacientes tales como cirrosis hepática o cáncer de hígado. A día de hoy no existen vacunas conocidas para erradicar esta enfermedad, pero la aparición de nuevos tratamientos muy efectivos da esperanzas a los pacientes afectados. Y por todo ello, quienes la sufren no saben, en ocasiones, qué hacer ni cómo intentar llevar su enfermedad.

Ante la falta de respuestas concretas obtenida por parte de las instituciones, la Plataforma Afectados por la Hepatitis C de Valladolid se puso en contacto con el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid en busca de una fuente que solucionase algunas de sus dudas. Intentando calmar la preocupación de estos pacientes y con la intención de ayudarles en lo que nos sea posible, desde esta entidad colegial se organizó una mesa redonda en la que el Dr.



El Dr. García Pajares, la Dra. Abad Lecha y el Dr. Caro-Patón en la jornada de 5 de febrero

Agustín Caro-Patón, del Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología de la Facultad de Medicina de Valladolid, atendió las preguntas que cerca de 40 pacientes infectados con este virus les plantearon a lo largo de la tarde.

Entre las cuestiones más importantes, se planteó cómo clasificar la infección por VHC (Virus Hepatitis C), en qué estadio de la enfermedad es recomendable empezar con la medicación, o si son más efectivos los tratamientos de última generación que los que se estaban recomendando hasta el momento.

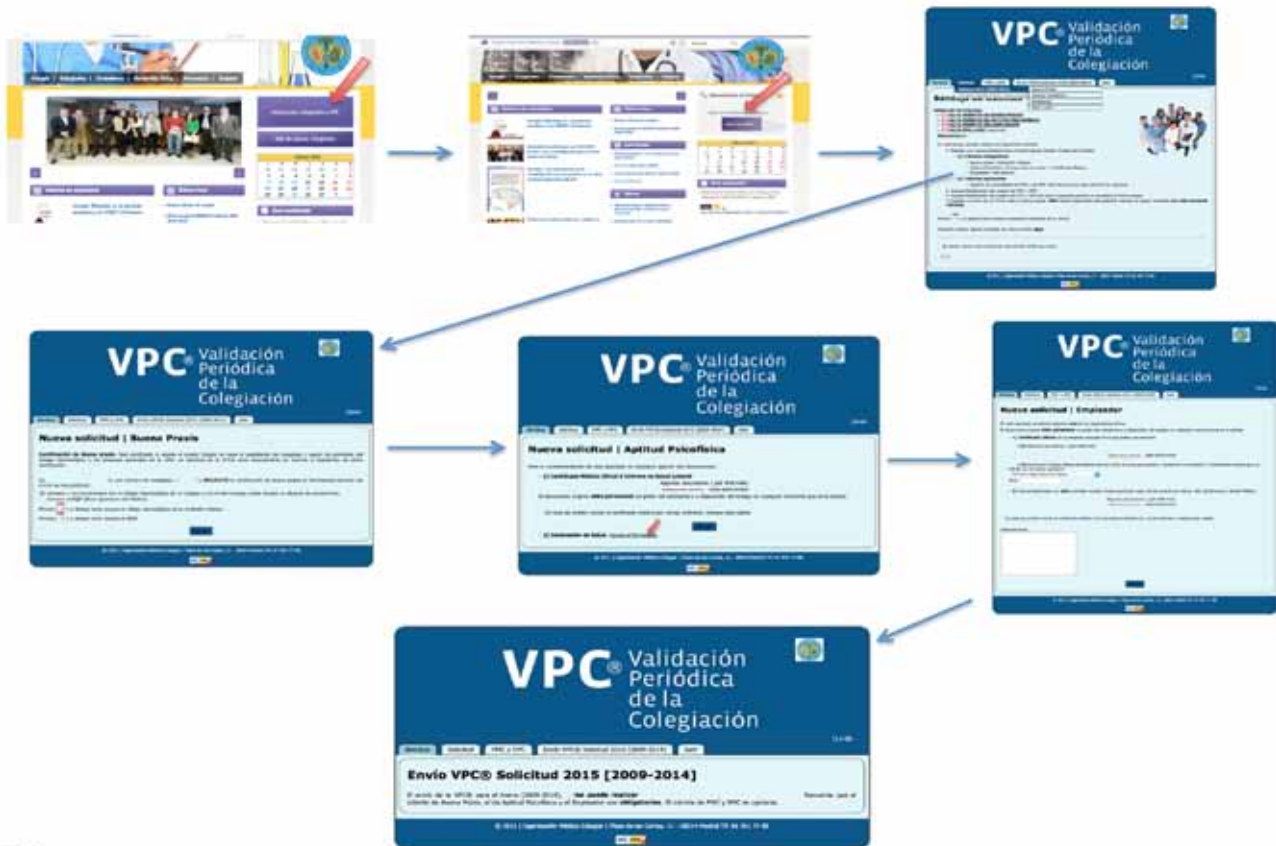


Los Dres. Otero y Caro-Patón hablan con los afectados por esta patología

Con el fin de profundizar en este tema que preocupa a tantos afectados, el Colegio de Médicos de Valladolid organizó, además, el día 5 de febrero, una jornada sobre la "Actualización en el tratamiento de la Hepatitis C", donde el Dr. Félix García Pajares, de la Sección de Hepatología del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Río-Hortega, y la Dra. Encarna Abad Lecha, del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, acompañaron al Dr. Caro-Patón en una jornada explicativa acerca de los tratamientos actuales a la hora de abordar esta enfermedad.

La Validación Periódica Colegial

¿Qué es y cómo llevarla a cabo?



Pasos a seguir para completar la VPC

¿Por qué la Validación Periódica de la Colegiación, VPC?

El principio de rendir cuentas a la sociedad es universal y en el área de la salud lo es de forma relevante. Este principio debe aplicarse en todo el mundo y en todas las instituciones y prestigio y fortalece a los que se comprometen con él.

Por tanto, el compromiso de los Médicos y de los Colegios con la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) les debe fortalecer frente a la sociedad, les debe permitir ejercer mejor sus responsabilidades y les debe situar en una mejor posición para identificar los retos y necesidades del ciudadano y del sistema sanitario. Este compromiso permite a los

médicos cerrar su parte del contrato social médico/paciente y por extensión profesión médica/ciudadanía, y de forma más inmediata permite garantizar su actuación bajo los principios de calidad, equidad, relevancia, innovación y uso adecuado de los recursos.

Es esencial que este principio universal sea adaptado a los contextos y particularidades locales compatibilizando lo deseable con lo posible. El principio posibilista ha presidido desde siempre el programa de la VPC que se inició en el 2010. La universalización del programa pretende ser un ejercicio de responsabilidad social de las instituciones colegiales que, además, tienen la pre-tensión de

ofrecer un instrumento amigo, fácil y factible para todos y cada uno de los médicos del país.

¿Quién participa en la VPC? ¿Cuál es su reto?

En el proceso de la VPC los principales participantes son los médicos pero no son los únicos, también hay copartícipes relevantes. El proceso requiere dirección, estructura y público. El reto no es poner la VPC en escena, lo cual podrían hacer las administraciones por ley. El reto es que tanto los médicos como las instituciones, colegios y administración/es, y la cada día más exigente sociedad civil sientan suyo el proceso. Es más, las administraciones,

central y autonómicas, y la propia ciudadanía no solo deben conocer el programa de la VPC sino que lo deben sentir como propio y defenderlo con energía.

El reto a alcanzar no es otro que conseguir que los tres participantes principales, médicos, instituciones y sociedad, se sientan orgullosos de la VPC entendiéndola como un programa paradigma del win to win para las tres partes implicadas.

¿Qué es la VPC?

Acreditar es el proceso mediante el cual un organismo comprueba el cumplimiento de los requisitos o estándares de calidad previamente definidos de un programa, una actividad, un proceso o una institución.

Por otro lado una certificación profesional es una credencial emitida por un ente certificador que, tras su comprobación, garantiza a dicho profesional su cualificación para realizar un trabajo o tarea; frecuentemente se la denomina "certificación".

La VPC no es más que un tipo de certificación en la que un ente certificador, los Colegios de Médicos, evalúan y reconocen la buena praxis profesional, el adecuado estado psicofísico y el Desarrollo Profesional Continuo de los médicos para el ejercicio de la profesión. Así pues, la VPC da fe de que el médico que la obtiene reúne y mantiene los estándares definidos para ejercer como médico.

¿Qué debe conseguir la VPC?

El proceso de la Validación Periódica colegial debe conseguir tres cosas y en este orden:

1. Garantizar a la sociedad en general y al paciente en particular que los médicos que disponen de la VPC reúnen los estándares para ejercer como médicos
2. Garantizar a los médicos que ejercen como médicos y que se comprometan con el proceso de la VPC que sus actos profesionales están avalados por las estructuras profesionales

3. Que los organismos coreguladores de la profesión médica -los organismos profesionales y las administraciones sanitarias puedan en todo momento rendir cuentas a la sociedad de la calidad de los actos médicos

¿Cómo es el proceso de la VPC?

La VPC es un proceso voluntario que los Colegios proponen y facilitan a sus colegiados. La VPC es una credencial que certifica por periodos de 6 años que la preparación y formación del colegiado supera los requisitos previamente definidos para ejercer como médico (* La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo (de 20 de noviembre de 2013), por la que se modifica la directiva 2005/36/CE, en relación al reconocimiento de cualificaciones profesionales y que entrará en vigor en los plazos señalados, introduce el requisito de la valoración periódica del Desarrollo Profesional y de la Formación Continuada de las profesiones reguladas, como la de médico, para el ejercicio profesional transfronterizo. Para cumplir con dicha Directiva de la Unión Europea, de obligado cumplimiento, la Administración sanitaria española está estudiando los procesos que podrían converger para normativizar dicha regulación).

El programa de la VPC está aprobado por la Asamblea de la OMC y está registrado tanto su nombre, como sus siglas y logo.

Toda la documentación se tramita desde la página WEB del Colegio de cada colegiado o desde la página WEB de la OMC mediante una aplicación informática. En el Anexo 1 se describe con detalle los cuatro apartados de la VPC y la estructura del programa informático. Básicamente la aplicación consta de cuatro bloques o entradas.

1. Certificación de Buena praxis. Este certificado lo expide el propio Colegio en base al expediente del colegiado y según los principios del Código Deontológico y los estatutos generales de la OMC. La solicitud de la VPC pone directamente en marcha la expedición de dicha certificación sin más aportación por parte del solicitante.

2. Aptitud psicofísica. Para este bloque se requiere aportar dos documentos.

2.1 Compromiso de salud. La propia aplicación informática facilitará un cuestionario que el solicitante deberá cumplimentar y enviar vía telemática. La información facilitada por el colegiado será confidencial y se considerará absolutamente vinculante.

2.2 Certificación médica oficial expedida por un médico, de familia u otro especialista cercano al solicitante, o por una unidad de salud laboral de una institución sanitaria. Esta certificación hará constar que el solicitante muestra la capacidad psico-física idónea para ejercer su especialidad médica.

3. Certificación de la empresa. La aplicación informática permite adjuntar el certificado de vida laboral de la empresa. La aplicación permite a los usuarios generar una autorización del solicitante para que el propio colegio solicite dicha certificación a la empresa. Se habilita, además, una alternativa para aquellos colegiados que no trabajen en ninguna institución o en una empresa sanitaria.

4. Formación Médica Continuada (FMC) y Desarrollo Profesional Continuo (DPC). La aplicación informática permite incluir las actividades realizadas de FMC y de DPC durante el correspondiente periodo de 6 años. El cuadro 1 esquematiza las actividades que pueden incluirse.

Estructura y proceso de solicitud de la Validación Periódica de la Colegiación (VPC).

La Validación Periódica de la Colegiación es una certificación colegial que se solicita mediante una aplicación informática desde la página web del colegio del solicitante o desde la página web del CGCOM.

El formulario consta de cuatro apartados de los cuales los tres primeros son necesarios para la obtención de la certificación de la VPC. El cuarto, aunque recomendable, es opcional para la solicitud de la VPC. Estos apartados son:

VPC® Validación Periódica de la Colegiación [16-02-2015]

Bandeja Solicitud FMC y DPC Envío VPC® Solicitud 2015 [2009-2014] Salir

Aptitud Psicofísica | Declaración de Salud
Cumplimente el siguiente formulario:

- ¿Se considera usted en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo? *
 Sí No
- ¿Ha interrumpido su trabajo de forma prolongada más de 6 meses en los últimos 5 años? *
 Sí No
- ¿Se encuentra en la actualidad en situación de baja laboral? *
 Sí No En caso afirmativo, ¿Por qué motivo?
y desde qué fecha? De MM-AA a MM-AA
- ¿Está en trámite de solicitar algún tipo de incapacidad permanente?
 Sí No
- ¿Ha sido reconocido como minusválido por algún organismo oficial? *
 Sí No
Si es así, indique:
- El grado de minusvalía
- El organismo que la concedió
- Dictamen facultativo que lo justifica

I) Buena Praxis. Validación colegial

II) Aptitud Psicofísica. Compromiso de salud + Certificado médico

III) Empleador. Vida laboral

IV) Registro de actividades de FMC y de DPC

A continuación se describe el contenido de cada uno de estos apartados y los documentos que es necesario aportar.

Apartado 1.

Validación Colegial de Buena Praxis

La validación de Buena Praxis es un documento "Colegial" a propuesta de la Junta de Gobierno, expedido por el Secretario del Colegio tras la consulta de los registros colegiales y, si procede, a su Comisión Deontológica.

La cumplimentación de la VPC lleva aparejado marcar en la solicitud el recuadro en que se indica que el

interesado:

I) Se compromete con el Código Deontológico, y

II) Conoce El Buen Quehacer del Médico (BQM)

Este documento puede recoger dos situaciones. Una que no exista proceso activo abierto al colegiado solicitante con lo que la certificación recogerá esta circunstancia indicando que:

"el expediente del colegiado no presenta proceso activo ni reclamación pendiente alguna".

La segunda circunstancia corresponde a que exista proceso activo o reclamación pendiente del colegiado. En este caso se valorará el informe de la Comisión Deontológica.

Si la Junta de Gobierno del Colegio sobresee el expediente o propone una amonestación privada o apercibimiento por oficio, nos encontraríamos en el primer caso. Si la Junta de Gobierno

propone una suspensión temporal del ejercicio profesional o una expulsión del colegio (Estatutos Generales de la OMC Art. 64, Art. 65 y Art. 66) llevará aparejada la suspensión de la VPC por el mismo tiempo de la sanción.

Se entiende que este documento más que validar la "buena praxis" lo que valida es la no constancia de "mal praxis". Por ello se prevé desde las estructuras colegiales facilitar actividades ad hoc que permitan mejorar la validación de la "buena praxis".

Apartado 2.

Aptitud Psicofísica

Compromiso de salud + Certificado médico.

En el apartado de la Aptitud Psicofísica de la solicitud de la VPC se requiere aportar dos documentos que han de considerarse como complementarios. El primero es un cuestionario "ad hoc" de compromiso de salud que el

interesado encontrará en la aplicación de la VPC. El cuestionario informatizado ya cumplimentado se remite desde la propia aplicación.

El segundo documento es un certificado médico oficial, expedido por un médico de familia u otro especialista que conozca al interesado, o bien por una unidad de salud laboral. Este certificado se remitirá debidamente escaneado en lugar adecuado de la aplicación informática.

Apartado 3.

Empleador. Vida laboral

El tercer componente que se debe aportar obligatoriamente en la solicitud de la VPC es el certificado de vida laboral. El colegiado tiene dos opciones; una es solicitar a la empresa/s en las que preste sus servicios una certificación de "Vida laboral" que, debidamente escaneada, adjuntará como tercer documento de la solicitud.

La aplicación informática permite que la solicitante autorice al propio colegio realizar dicha solicitud. Para ello tan solo debe marcar el recuadro que indica "Autorización de la Solicitud de Vida laboral".

Cuando se marca dicho recuadro se origina en la secretaría del colegio correspondiente un documento que el propio colegio remitirá a la institución donde el colegiado preste sus servicios. Este documento debe estar validado mediante la firma electrónica.

Los colegiados que tengan ejercicio privado exclusivamente podrán presentar o bien la autorización de apertura de su unidad asistencial por su Consejería de Salud (según la normativa de su Comunidad Autónoma) o en su caso certificación de cotización a la Seguridad Social. En caso de que surgiera alguna duda la oficina Colegial del DPC ayudará a solucionar esta cuestión.

Apartado 4.

Registro de las actividades de FMC y DPC.

Este último apartado de la VPC, el registro de las actividades de FMC y de DPC realizadas, es voluntario y no es un requisito para la VPC.

Mantener el registro ordenado y clasificado por apartados del Desarrollo Profesional Continuo (DPC) así como de las actividades de FMC de cada colegiado ha de ser un servicio paralelo a la VPC

que de forma sencilla oriente sobre qué actividades son "credenciables", esto es, que actividades son útiles para acreditar el mantenimiento y la actualización de la buena práctica profesional.

Este registro está diseñado en consonancia con las directrices elaborados por el MSSSI para la futura evaluación y registro del DP.

Tipo de Actividad		Registrar actividades	Actividades realizadas
A.1.	Actividades asistenciales	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
	Registros clínicos, Comisiones clínicas, Otras.	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
A.2.	Estancias clínicas	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
	Nacionales, Internacionales, etc.		
A.3.	Actividades de gestión clínica	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
	Dirección, Coordinación, Jefatura, Otras.	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
B.1.	Actividades de Formación	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
	Regladas sin créditos (Máster / Diplomas / Otras), con créditos del SNFC, con otros créditos, otras actividades.	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado <input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	
B.2.	Actividades	<input type="radio"/> Seleccionar archivo nada seleccionado	

MOVIMIENTO COLEGIAL/ Enero - Febrero

ALTAS

D. Carlos Miguel Salvador Ramírez	Traslado de Vizcaya
D. José María Pino Morales	Reingreso
D. David Pérez Torres	Ingreso
D ^a . Almudena Romero Rapado	Traslado de León
D ^a . Carmen María Martínez Caballero	Traslado de Baleares
D ^a . Blanca de Prada Martín	Traslado de León
D ^a . Teresa de Jesús Alonso Jiménez	Traslado de Madrid
D ^a . María del Pilar del Valle López	Traslado de Palencia
D. Pablo Emilio García Gutiérrez	Traslado de Burgos
D ^a . M ^a . Mercedes Morquecho Gil	Reingreso
D ^a . Laura Hernández Díaz	Traslado de Burgos

BAJAS

D ^a . M ^a . Ángeles Enguita Marco	Traslado a Madrid
D. Eduardo Antonio Mena Domínguez	Traslado a La Rioja
D ^a . Raquel Peña González	Cese
D ^a . Olga Varela Pelarda	Traslado a Segovia
D ^a . Erika Vásquez Cornieles	Cese
D. Mark Frederick Sánchez Añorga	Traslado a León
D ^a . Josefa Lorenzo	Traslado a León
D. Pablo García Bermejo	Cese
D ^a . Victoria Pons Abad	Cese
D. Rafael Gómez Fernández	Traslado a Guipúzcoa
D ^a . Raquel Lozano Gimón	Traslado a Segovia
D ^a . Susana Martín Batista	Traslado a Sta. Cruz de Tenerife

FALLECIMIENTOS

D. Manuel Benito Segurado	D. Manuel Franco Andrés
D ^a . Luisa M ^a . Martín Pedraza	D. José M. Bachiller Villamañán
D. Luis García Ortega	D ^a . Adela Julita Miguel Gutiérrez

La muerte violenta de Enrique I: suceso vaticinado por los astrólogos

Dr. Carlos Bendito González

El periodo de desconcierto que atravesó España en el medioevo, fue caldo de cultivo propicio para volver a poner en circulación las viejas teorías babilónicas y alejandrinas sobre el flujo del firmamento en el acontecer humano. La ciencia médica consideraba el horóscopo de los pacientes antes de emitir el diagnóstico. El no menos renombrado doctor Villalobos se permite atribuir la peste bubónica de 1465 a una conjunción nefasta de los astros. En pocas palabras, merecer y lucir el apodo de astrólogo suponía cierta consideración entre el vulgo y tolerancia por los gobernantes. La afición a dar o recibir horóscopos se extendía por igual a nobles que a plebeyos.

Alfonso X consideró la astrología “primer género de adivinanza”, incluyéndola entre las siete artes liberales, patrocinando una basta biblioteca de manuales sumergidos en astrología judiciaria. Una década más tarde, su sobrino D. Juan Manuel, admitía la virtud fatídica de las estrellas en su “Libro del caballero y el escudero”. (1)

La muerte de Enrique primero es una muerte anunciada. Dicen las Crónicas de España que: “Alfonso VIII, siendo mancebo era muy vicioso en cosas de mujeres”. Estando casado con Dª Leonor, “fue tan encendidamente cautivo de amores de una judía, que se encerró con ella en una cámara por siete meses”. La judía muere a manos de los caballeros de D. Alfonso y a este en un sueño se le aparece un ángel que le dice: por este pecado no quedará de ti hijo que reine en Castilla, más reinarán tus nietos, hijos de tus hijos”. Se anuncia la muerte de sus hijos varones: D. Sancho, murió joven, el segundo D. Fernando, murió en vida del padre, aunque llegó a hombre.

D. Enrique que heredó el reino, no llegó a reinar, pues cuando tenía 14 años, estando en Palencia, murió en la casa

del obispo D. Tello: que acaso jugando al texto con pajes cayó una teja y le dio en la cabeza, de que muy pronto murió. (2)

Existe otra versión de los hechos: En la Biblioteca Nacional, manuscrito 41, folio 93, puede leerse: jugando un día el rey con otros jóvenes de su edad, en el palacio episcopal de Palencia, recibió en la cabeza una pedrada que, casualmente, le proporciono el joven Yonego de Mendoza. (3)

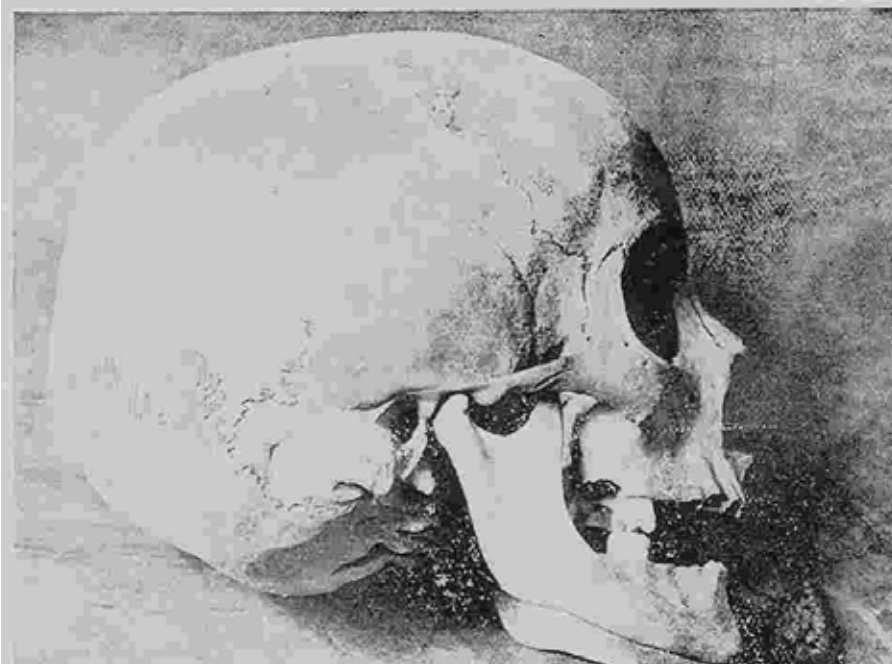
Las palabras del ángel se verificaron y reinó Fernando III, hijo de su hermana Dª Berengüela. Sobre la muerte del rey niño Enrique I “desastrada” dice el Arcediano del Alcor, muy sentida en Palencia, sabe más que nadie el ambicioso D. Álvaro Núñez de Lara, que había conseguido con no muy nobles artes que Dª Berengüela le cediese la tutela del rey. Condiciones que no llegó a cumplir. El soberbio D. Álvaro introdujo para su custodia (el 6 de junio de 1217) sigilosamente en el castillo de Tariego -uno de los baluartes con que mantuvo firme su poder- el féretro con los despojos del rey mancebo, su pupilo, fallecido como se ha dicho días antes en Palencia. Con el secreto de su muerte, mandando en su nombre, como si viviera, prolongó el tutor su tiranía.

MARCO HISTÓRICO. CRONOLOGÍA DE LOS HECHOS DESNUDOS

- 1180 Nace Berengüela, la primogénita de Alfonso VIII y Leonor Plantagenet.
- 1197. Matrimonio de Berengüela con Alfonso IX de León.
- 1201. Nace Fernando III, primer hijo de Berengüela y Alfonso IX.
- 1204. Nace Enrique I, décimo hijo de Alfonso VIII de castilla y Leonor Plantagenet.
- 1204. Disolución por imposición papal, del matrimonio de Berengüela y Alfonso IX de León. Pero los hijos no son declarados ilegítimos. Berengüela abandona la corte de León y regresa a Castilla.



- 1214. Muere don Diego López de Haro. Era el previsto tutor de Enrique I.
- 1214. Muere Leonor de Plantagenet. La tutela de Enrique I, pasa a su hermana Berengüela.
- 1215. Golpe de estado del conde Álvaro Núñez de Lara que se hace con la tutela del rey y con la regencia del reino.
- 1216. Berengüela debe abandonar la corte de Burgos y refugiarse en autillo de Campos (Palencia). Son muchos los nobles y plebeyos hartos ya de la tiranía de los Lara.
- 1217. Es el año crucial. 26 de mayo: Enrique sufre un accidente jugando en casa del Obispo de Palencia La noticia llega ese mismo día a autillo de Campos donde, con Berengüela, se encontraban: Lope Díaz de Haro, Gonzalo Ruiz Girón, Alfonso Tello de Meneses y otros nobles que deciden resolver a su favor el problema sucesorio. El plan de Dª Berengüela es unir legítimamente las coronas de Castilla y León en la persona de su hijo Fernando.



6 de junio: Fallece Enrique primero.

2 ó 3 de julio: en Valladolid, en el mismo acto: proclamación y abdicación de Berengüela y exaltación de Fernando III como nuevo rey de Castilla.

17 de agosto: entrada triunfal de Berengüela y Fernando III en Burgos.(4)

19 de septiembre: Captura de D. Álvaro Núñez de Lara, y encarcelamiento en Valladolid, muriendo un año después.

LA CALAVERA DE ENRIQUE I DE CASTILLA

En un sepulcro del Monasterio de la Huelgas, de Burgos, según reza la inscripción se encuentra la mortaja de Enrique I de Castilla envuelta en una rica túnica, con la calavera trepanada. (5)

¿Que impresiones se deducen del estudio de esta calavera?

La primera es la abertura cuadrilátera que ostenta en lo alto de la frente, zona bregmática. Es evidente que no es casual sino resultado de una trepanación amplia y quirúrgica, hecho que adquiere singular importancia por tratarse de la calavera de Enrique I de Castilla, cuya muerte -como ya se apuntaba con anterioridad- decide la unión de castellanos, leoneses y gallegos bajo el cetro de su sobrino Fernando III.

Sorprende, considerando que el joven monarca muere en verano ,según las crónicas, once días después de sufrir una descalabradora, cuando jugaba con sus donceles en el patio del palacio episcopal de Palencia, que los historiadores reseñen brevemente la desgracia, sin añadir algún comentario acerca de la asistencia facultativa, dejándonos en el más absoluto e inexplicable misterio, que oculta a la posteridad tanto las características de las lesiones como la atrevida y fracasada trepanación.

Llama la atención de los que tuvieron ocasión de exhumar los restos del joven monarca, la integridad de ciertas partes anatómicas de extrema fragilidad como son las apófisis pterigoides, los alvéolos, las conchas nasales y el conjunto de la accidentada superficie basal del cráneo y cara donde nada falta, teniendo en cuenta la temprana edad de la muerte.

Respecto a la calavera ,hay que admitir que existen suficientes signos para pensar que es la de D. Enrique la que reposa en el sarcófago de las Huelgas.

En cuanto al estudio de los dientes, es decir, la cronología de la dentición, la existencia de alvéolos para los segundos molares, si aceptamos que se desarrollan los primeros entre los cinco y ocho años,

los segundos entre los doce y catorce, y los terceros o muelas del juicio, de los dieciséis a los cuarenta, concluyen los autores que la calavera de Enrique I por tener su dentición definitiva y completa, exceptuadas las muelas del juicio, poseía la fórmula dentaria normal en su edad (1204-1217).

Otros datos que confirman la edad de la calavera son: que la sutura eseno occipital se muestre muy clara en y ancha (debajo de los quince años ninguna sutura basilar se muestra osificada), y por otro lado, las suturas de la bóveda craneal se conservan entreabiertas y sin señales de la más mínima soldadura, dato que refuerza los anteriores.

¿Respecto a la Trepanación que se puede concluir?

El orificio es cuadrilátero, de unos tres y medio centímetros de lado, lo que deja una amplia superficie abierta de más de doce centímetros cuadrados. Los bordes son limpios y perpendiculares, sin escalones, biseles ni asperezas en sus láminas compacta y diploica, debidos a instrumentos cortantes de buen filo, guiados por mano hábil.

La tabla interna si exceptuamos la del borde superior derecho, sobresale varios milímetros del nivel de sus compañeras, formando una cintilla de borde irregular, no de corte sino de arrancamiento, quizá por efecto de una espátula o del mismo cincel manejados como palanquetas en el momento de la extracción del colgajo óseo. Diríase que el cirujano había iniciado su trabajo de penetración por la derecha del foco traumático, valiéndose de un raspador obtuso, trazando con él dos lados de un cuadrilátero muy amplio, y que, al advertir lo excesivo de la brecha o la lentitud de la operación, o cualquier otra circunstancia, cambió de plan substituyendo el raspador por escoplo cortante y martillo, para mayor rapidez.

Este supuesto cambio de procedimiento ¿fue decisión de momento que no interrumpió el acto operatorio, o por el contrario, quedó este suspendido para otra sesión, aprovechando el paréntesis de horas o días en nuevas consultas, o acaso cambiando de operador? El tiempo que media entre el traumatismo y

la muerte, once días, admite todo tipo de conjeturas.

Hay que tener en cuenta que el suceso ocurrió en verano, estación en la que trepanar las heridas graves de la cabeza, sin salir de la primera semana, era prescripción formal en la antigüedad, adoptada por los autores árabes más acreditados de la edad Media, Avicena y Abulcasis, en particular por este último, verdadero restaurador doctrinal y técnico de aquella operación que resultaba en dos tiempos, separados por unos días. Este procedimiento de trepanación urgente y en dos actos debió de ser, la practicada a D. Enrique.

Avicena describe la trepanación detalladamente en sus libros, que habían de permanecer muchos siglos de texto oficial de las universidades europeas. Según este autor, el procedimiento se iniciaba con el rasurado del cuero cabelludo. Incisión de las partes blandas, disecando los cuatro colgajos resultantes hasta descubrir toda la zona ósea lesionada. Hemostasia provisional mediante compresas empapadas, ya en vinagre, ya en clara de huevo, rellenando con ellas el hueco de los colgajos anteriormente invertidos.

Uno o dos días después continuaba la operación poniendo al enfermo sentado, tapando sus oídos con lana, retirando el apósito para manifestar bien la herida y haciendo que dos ayudantes forzudos inmovilizaran al herido fuertemente a la vez que mantenían apartados los colgajos. Si el estado del hueso lo consentía, extirpaban todo lo esquirroso y marcadamente traumatizado con pinzas, legras, escoplo y martillo, manejados suavemente.

Se puede concluir que en el cráneo de Enrique I se practicó una craneotomía cuadrilátera, con escoplo y martillo, con doble peligro para el 'paciente': por un lado, las íntimas adheridas y real compenetración entre duramadre y hueso; y, de otro, la hemorragia, inevitable por la proximidad del seno venoso longitudinal superior y sus afluentes, lo que implica una indicación de extrema urgencia y una temeraria acometividad, que resulta disculpable por la generosa intención de salvarle la vida. (6)

LA LEYENDA DE LOS MANCEBOS

En Madrid existe la calle de los Mancebos, situada muy próxima al palacio Real. Según la leyenda alguien ordeno "arreglar" la cornisa donde cayó la teja, allí se encontraban dos jóvenes realizando el trabajo, que salieron huyendo a Palencia. Cuando los jóvenes llegaron a Madrid fueron apresados, degollados en la torre del palacio de los Lasso de Castilla y enterrados en la iglesia de San Andrés(7).

Las malas lenguas decían que habían sido ejecutados muy deprisa para que no rebelaran al verdadero culpable. En este palacio, l que después sería del Duque del Infantado, situado en la plaza de la paja con vueltas a las calles de Rondilla y Mancebos, antiguo barrio de la Morería, vivió D^a María Manrique de Lara y Mendoza. Por sus venas fluía sangre de los linajes más importantes de la época. Ella, sin duda, hubiera podido aportar más detalles de lo acontecido a Enrique I el tiempo que media del 27 de mayo a el 6 de junio de 1217 entre el palacio de D. Tello Téllez de Meneses y el castillo de D. Álvaro Núñez de Lara.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Boletín Oficial de Médicos de la Provincia de Palencia. Diciembre de 1995.

2. Alonso Fernández de Madrid, Silva Palentina. Palencia, Edición 1988, Pág. 150

3. B.N., ms. 431, Fol. 93. Véase GONZALEZ, J. El Reino de Castilla.

4. Cuando murió don Enrique I en Palencia en 1215 (1217), el conde don Álvaro Núñez de Lara, en cuya guardia estaba el rey, queriendo encubrir su muerte, hizo llevar su cuerpo ocultamente a la fortaleza de esta villa (Tariego de Cerrato), y al alzarse rey en Palencia don Fernando III, doña Berengüela envió a los obispos de Palencia y Burgos, don Tello y don Mauricio, a dicha fortaleza, para que le trajesen el cuerpo del rey su hermano, y ella con mucha solemnidad llevó los restos a enterrar al Monasterio de las Huelgas de Burgos ("Silva Palentina", pág. 235 y 236)

5.FERNANDEZ VALVERDE, J. Historia de los hechos de España de Rodrigo Jiménez de Rada. Madris,Alianza,1989

6. Discurso de Apertura de curso de doctorado de Historia de la Medicina, Universidad de Granada, 1945-1946. Víctor Escribano García.

7. Los nombres de las calles de Madrid. M^a Isabel Gea Ortigas. Ediciones La Librería, 1993

8. Neurología quirúrgica, Volumen II, J. Vaquero Crespo, Madrid, 1988.

9. Diccionario Geográfico, Estadístico e Histórico de España, Pascual Madoz, Madrid, 1845.

10. Lázaro de Castro y Restituto Blanco. Publicaciones Tello Téllez de Meneses, N^o 35.

11. Alfonso X. Primera Crónica General, ed. c., tomo II



La arquitectura hospitalaria en Valladolid.

Épocas y significados. Primera parte

José Luis Vaquero Puerta, Doctor en Medicina y ExDirector de Hospitales

María Teresa Vaquero de la Hoz, Doctora en Arquitectura

En el recorrido de la historia de las construcciones y los monumentos del mundo occidental los hospitales se cuentan entre los más numerosos, siendo de una traza singular; y, sin embargo, no se les ha prestado una atención equivalente a la de otros edificios civiles o religiosos. Posiblemente se haya debido a una fijación preferente hacia lo que era habitado por las jerarquías sociales superiores. Cuando se han ido afianzando valores democráticos se ha visto que estas instituciones, que sirven a la parte más desvalida de la sociedad, merecían una mayor atención, a la par que se han valorado como elementos del buen orden de las ciudades las dotaciones de ellos disponibles. En tanto, los que ya existieron se iban quedando relegados a una memoria un tanto borrosa o eran solo objeto de estudio de un reducido grupo de especialistas o curiosos. Valladolid, villa con rango de ciudad desde 1596 que alcanzó por momentos gran relieve, hasta el punto de ser capital de un Imperio, ha dispuesto y dispone de una serie de hospitales cuya tipología es muestrario de la evolución que tuvieron estos edificios a lo largo de los tiempos. No pretendemos aquí exponer exhaustivamente lo que a cada uno corresponde de historia o de arte, sino de apuntar su significado originario, en el encuentro de esferas aparentemente tan distantes como son la de los valores sociales, el arte arquitectónico y el avance científico-técnico. Para ello vamos a pautar etapas.

Arquitectura hospitalaria palaciega. Antecedentes remotos aparte, los hospitales aparecen, tal como hoy día los concebimos, en los comienzos de la Edad Media, cuando el cristianismo se hace visible y se expande, pudiendo llevar a la práctica la aplicación de la caridad cristiana para con enfermos

y pobres, dándoles cobijo. De ahí se deriva que a lo largo de toda la Alta Edad Media en el Occidente Europeo los tipos de hospitales más extendidos sean las enfermerías anexas a los grandes monasterios y los hospitales tutelados por obispos configurados como una gran nave al modo de la planta de una Iglesia (hospitales basilicales). Además, sin mayores pretensiones, fueron apareciendo un gran número de hospitales en pequeñas villas, de acuerdo con la dispersión poblacional del momento. Y de otro modo, apartados de todo asentamiento urbano, los lazaretos para leprosos. Los hospitales promovidos y acogidos por la realeza y otros poderes civiles no van a cobrar importancia hasta el Renacimiento, a veces como magníficas realizaciones que, trazados según el modelo cruciforme, adquieren la prestancia de los palacios (hospitales palaciegos). Valladolid adquiere alguna entidad urbana cuando se la prestan el conde Pedro Ansúrez y su esposa

Doña Eylo a finales del siglo XI, por lo que no existe noticia de las realizaciones previas estrictamente regidas por la Iglesia. Los mismos condes a finales del siglo se anticipan al despliegue de la acción fundacional civil renacentista, promoviendo nada menos que tres hospitales: el de Todos los Santos, para sacerdotes, el de San Miguel, para caballeros, y el más significativo, **el Hospital de Santa María de Esgueva**, ya que acabaron por agruparse con él los otros dos. Creado entre 1073 y 1109, estaba destinado a enfermos pobres, con preferencia los vallisoletanos. No se conoce su inicial localización, en la que cedió el conde un palacio, siendo la fábrica conocida del siglo XV, la cual sufrió consistentes reformas posteriores. Al cabo se dispuso en torno a un patio mayor y posiblemente otro menor según se entraba. A ambos lados de su puerta



Hospital de Ntra. Sra. del Esgueva

principal asentaban sobre columnas las imágenes de San Gabriel y de la Virgen María, dispuestas escenificando la Anunciación. Situado en pleno centro de Valladolid, la angosta y antigua calle del Esgueva no favorecía el reconocer su prestancia. En 1932 dejó de tener una función hospitalaria y hasta el momento de su cierre definitivo se habían tenido que hacer cargo de él las Hermanas de la Caridad. Tras un periodo de deterioro se derriba en 1970, después de mantenerse en pie casi durante nueve siglos, con lo que se perdió el más simbólico edificio hospitalario vallisoletano y un representativo precedente de esta arquitectura europea. De posterior creación y más arcaico en su concepción, era el **Hospital de la Cofradía de San Cosme y San Damián o "Del Rosarillo"**, así llamado por estar ubicado en la plaza de igual nombre, que se remontaba al siglo XV, con mejoras al filo del siglo XVI. También formando cuerpo alrededor de un patio renacentista, estaba relacionado y físicamente adosado a la

Iglesia del Rosario. Siendo dedicado a la asistencia de enfermos convalecientes, en 1737 sufrió el pleito del Hospital de la Resurrección que reclamaba también esa función, y al cabo, en 1786 el edificio deja de tener una función hospitalaria. El Convento y **Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados**, de la Orden de San Juan de Dios, de tres plantas, fue fundado en 1590 para enfermos incurables, estando en la actual esquina de la calles María de Molina y Doctrinos. El **Hospital de la Caridad** estaba en la actual calle de San Ignacio. El **Hospital de San Lázaro**, cerca del Puente Mayor, acogía a los leprosos. El **Hospital de los Inocentes** (o “casa de los locos”) que dio nombre a la plaza de Orates, lo hacía con los dementes y otros enfermos mentales, cuyo edificio inicial se hundió en 1636 con motivo de una inundación. El **Hospital de la Misericordia** estaba ubicado en San Blas. El **Hospital de San Juan de Letrán** atendía a ancianos.

El más famoso de todos ha sido el **Hospital de la Resurrección**. Parte de el de la Consolación o de la Concepción que databa de la segunda mitad del siglo XV, cuando se trasladan a él el de Todos los Santos y el de Canseco y que hasta 1533 se mantuvo con las rentas de una casa de manebía. El de la Resurrección se erige a entre 1563 y 1565 en la manzana que hace esquina con las vías actuales del Paseo de Recoletos y la Calle de Miguel Iscar, en un recinto de 6465 metros cuadrados; llegó a tener 50 camas en el siglo XVII y más de 90 en el XVIII, así como dotaciones para la enseñanza de la medicina y hasta calabozo. Cobró celebridad por situar en él, algunos años después, el vecino Miguel de Cervantes su novela el “Coloquio de Perros entre Cipión y Berganza”. Fue derribado en 1890, pasando sus escasos restos arqueológicos con la estatua del Cristo que le dio nombre a los jardines de la próxima Casa de Cervantes en 1917.

Una primera reforma hospitalaria. Los principales hospitales de la época renacentista en Europa fueron construcciones que tenían traza y fábrica palaciegas, pero, en muchos casos, dentro los menesterosos y enfermos de todo tipo vivían en el hacinamiento y en unas penosas condiciones higiénicas, contrastando lo que cualquiera se encontraba dentro de las salas interiores

con la factura e importancia arquitectónica del conjunto. Posiblemente esta no fuera la tónica general de todos los hospitales vallisoletanos. Lo cierto es que la ciudad llegó a tenerlos en abundancia, como ya venía ocurriendo en otras ciudades en los siglos XV y XVI. Para mejor controlar su funcionamiento la monarquía se propuso lo que se llamó la “**reducción de hospitales**”, o sea, la concentración en los más importantes para sacar mayor rendimiento las rentas de todos, habitualmente obtenidas a través de las obras caritativas. Esta operación se consumó en la ciudad en 1618, quedando como principal el de la Resurrección, con el del Esgueva como adscrito, y como independientes únicamente los especiales, como el de Orates.

Otra reforma hospitalaria, de discutiblesefectosdossiglosdespués. Hasta entrado el siglo XIX los hospitales seguían dependiendo de la propiedad o, al menos, del mantenimiento de diversas organizaciones, generalmente piadosas, como las diversas Cofradías. Después de la desamortización de Mendizábal se condujo su secularización poniéndoles **bajo el gobierno de la administración civil** por obra de los gobiernos liberales, lo cual no dejaba de ser paradójico. El concepto de caridad que los inspiraba es reemplazado por el de beneficencia, como deber de la autoridad pública. El patronazgo del Hospital del Esgueva fue traspasado a la Beneficencia pública entre 1848 y 1864, que enseguida decidió incorporarle como entidad al Hospital de la Resurrección, el cual, a

su vez, había pasado al dominio de la Junta Provincial de Beneficencia en 1849. Pero como ya había sucedido en los países protestantes en la época de la reforma, esta misma autoridad se mostrará incapaz para proveer con suficiencia la economía de los hospitales, y, privados además de la asistencia personal caritativa, se cierne una mayor penuria en su desenvolvimiento.

El periodo se cierra, ya en el momento histórico en que se había instituido la Beneficencia pública, con el caso singular de la ocupación del **Monasterio de Nuestra Señora del Prado** para internar enfermos mentales. Con lo cual, a pesar del cierre de la Casa de Orates, Valladolid dispuso desde 1489 de un típico manicomio, un tipo de institución llamada tiempos atrás hospital de “inocentes”. El Monasterio del Prado era un edificio de gran empaque, con sus tres magníficos patios que, y que, sin serlo, precisamente asemejaba a las mejores hospitales renacentistas, siendo levantado a mediados del siglo XV por la Orden de los Jerónimos. Tras alguna vicisitud después de la invasión napoleónica y después de retornar a su misión monástica y de emplearle luego como prisión militar, fue entre 1899 y 1977 cuando se destinó a enfermos psiquiátricos. Este monumento, en cuanto a su conservación, corrió mejor suerte que todas las construcciones puramente hospitalarias de la misma época, al rehabilitarse como sede de las Consejerías de Educación y Cultura de la Junta de Castilla y León.



Monasterio de Ntra. Sra. del Prado. Estado actual (antiguo manicomio)



Hospital Provincial de Valladolid

Pabellones al aire. Hasta avanzado el siglo XIX la mayoría de los edificios hospitalarios eran compactos y básicamente abiertos hacia sus patios interiores. En sus salas se mezclaban todo tipo de enfermos, infecciosos y no infecciosos, en un caótico estado de insalubridad en el que era común la propagación de infecciones. Estos contagios en la época ilustrada, cuando aún no se habían descubierto los microbios patógenos, se atribuían al aire pútrido acumulado en el interior, cargado de miasmas. Para expulsarle los arquitectos idearon el disponer en las estancias de grandes ventanales y techos elevados y, en ocasiones, de algunos artificios para hacer circular el aire. Como mejora definitiva se propugnó dispersar las salas de ingresados en pabellones separados o conectados entre sí, dejando amplios espacios entre ellos, siendo un modelo de hospital difundido en la segunda mitad del siglo. Obedeciendo en alguna medida a este estilo se levantaron hospitales en Valladolid, los más antiguos que, con ser bien recientes, se conservan aunque hayan sido transformados y desposeídos de su noble fin.

A finales del siglo XIX se encarga a Teodosio Torres el proyecto del **Hospital Provincial** del que se hará cargo la Diputación para reemplazar a los antiguos hospitales de la Resurrección y de Santa María del Esgueva, y que servirá, además, para la enseñanza práctica de la Facultad de Medicina que se ubica adyacente. Todo el cuerpo constructivo se idea como

pabellones que irradian desde un núcleo de comunicación, o sea, se trata de un edificio de pabellones unidos. El hospital permanece activo como tal hasta los años 70 del siglo XX, salvándose una parte del conjunto al ser destinada a dependencias administrativas y quedando otra amputada e invadida por la nueva Facultad de Medicina colindante. La necesidad de prestar atención bajo aislamiento a los enfermos más contagiosos condujo a que durante décadas contase con un pabellón totalmente separado para ellos, situado en el llamado Prado de la Magdalena cuando esta extensión de terreno aún no había sido invadida por bloques residenciales.

Otro hospital pabellonario, de mayor entidad como obra arquitectónica, fue el **Hospital Militar**. De hecho los hospitales de pabellones habían nacido en Europa



Hospital Militar

de la mano de la sanidad militar, incluso en ocasiones sobre experimentos de rápida ejecución en los frentes de batalla decimonónicos (guerras de Crimea, de Secesión de los Estados Unidos, etc.). El vallisoletano, siguiendo los planos del Comandante de Ingenieros Adolfo Pierrad, fue concluido en 1933, levantado sobre un amplio solar al inicio del actual Paseo de Zorrilla que se consiguió a expensas de demoler el antiguo convento y la Iglesia del Carmen Descalzo, orden religiosa que fue exclaustrada en 1835, pasando las instalaciones a ser usadas como hospital militar y almacén. El nuevo hospital se componía de grandes pabellones en una composición mixta de separaciones dentro de un recinto acotado de gran suficiencia. En 1997 también pierde su función al ser vendido a la Junta de Castilla y León para adaptarle a usos administrativos de la Consejería de Sanidad.

El **Hospital “Doctor Villacián”** fue levantado para asumir la asistencia psiquiátrica que antes se atendía en el Monasterio del Prado. Se realizó ya avanzado el siglo XX como edificación horizontal abierta a una amplia parcela. Emulaba el hospital de pabellones que también se llevó a los psiquiátricos a inicios de siglo para descongestionar y evitar la sensación de reclusión completa. El de Valladolid aparece en una época en que ya se ponía en cuestión el internamiento prolongado de los enfermos mentales cronicados y acabó al cabo de pocos años por perder su misión. **(Continúa en el siguiente AXIS...)**

El profesionalismo

Dr. Miguel María Sánchez Martín

El profesionalismo en un mundo cambiante

Antecedentes

Uno tiene que estar viviendo en la Luna para no darse cuenta de que la profesión médica en todo el mundo está sufriendo una crisis de confianza. A simple vista puede parecer paradójico. Al fin y al cabo la medicina está ofreciendo lo que los pacientes quieren hasta el punto de poder sobrepasar los sueños más salvajes que se tenían incluso hace unas pocas décadas. La marcha titubeante y el rápido incremento de la vida y mejoras en la calidad de vida son testigos de la eficacia de la asistencia médica moderna.

La experiencia del paciente ha sido el centro del problema. Pero a pesar de todo esto se publican opiniones de insatisfacción sobre lo que son los médicos y lo que hacen o dejan de hacer. Pero realmente es difícil conocer todo lo amplia que es esta insatisfacción. Sin embargo, muchas de estas críticas en diferentes

aspectos, muestran que el público confía y aprecia a la profesión médica más que a los periodistas, los abogados, los políticos y otros que a veces ponen en candelero las negligencias o estropicios médicos.

Sin embargo, parece claro que la relación tradicional entre médicos y sociedad se está poniendo en cuestión. La tergiversación, a veces, grotesca de la profesión médica en los medios, de manera que los errores y la mala conducta están dando una profusa cobertura que incluso la buena práctica nunca seducirá; las interminables y a menudo mal juzgadas, siempre costosas y frecuentes iniciativas políticas, carentes de evidencia por sucesivos gobiernos; y el creciente intrusismo de la ley y los juristas sobre la práctica médica; todo ello, sugiere una actitud más crítica hacia los médicos (1).

Algunas razones de éstos se encuentran dentro de la profesión y ciertamente pueden conectarse más con sus virtudes que con sus negligencias. Por ejemplo, a medida que la práctica clínica se hace

más efectiva, el hábito de autocritica ha llegado a estar más institucionalizado: las ideas y actitudes morales de la medicina basada en la evidencia han expuesto los fallos de evidencia.

El reconocimiento de los médicos ciertamente ha sido como nunca. Y hay otras tendencias internas hacia la medicina. En comparación con una anterior generación, los médicos tienen actualmente diferentes expectativas sobre la evolución de su carrera: la frase "equilibrio entre vida y trabajo", apenas escuchada hasta hace poco, el aspecto de cada momento, como resultado en parte de la bienvenida mayor ampliación de contratados en medicina.

Otras razones se encuentran fuera de la profesión. Los avances tecnológicos han permitido mayor información sobre medicina –antes únicamente en manos del médico- hoy disponibles para cualquier miembro del público que tenga acceso al ordenador.

Lo que se describe con frecuencia como "el declinar de la diferencia" ha incitado a los pacientes a retar la experiencia de los médicos y también de cualquier otra profesión. Ha aumentado mucho el consumismo del paciente con expectación para la asistencia que no es completamente competente, sino también proporcionada de manera no conveniente; y por la explicación de las enfermedades y su tratamiento, que es amplia y comprensible.

Es una sanidad dirigida por imperativos políticos que insisten en hacer cada vez más trabajo, exigencia que no siempre puede llevarse a cabo. Este desajuste entre expectativas mayores y lo que puede ofrecerse cada día en la práctica ha dado lugar a mucha insatisfacción y a políticas cada vez más forzadas en la realidad de la práctica médica, incluso más ajustadamente, sin adaptarse a la aparente diferencia que existe entre lo que quieren los pacientes y lo que se les da.



Los médicos no han sabido a veces mantenerse firmes ante las expectativas del cambio social. Esto se ha puesto de relieve en respuestas exageradas en caso de mala práctica e incluso de práctica delictiva. Existe percepción de que la profesión no se ha tomado bastante en serio la reforma de los procedimientos reguladores (1).

El Working Party on Medical Professionalism del Reino Unido intenta definir el profesionalismo como se ha entendido tradicionalmente y determinar qué aspectos del mismo ya no son relevantes e incluso ni deseables, así como identificar aquellos aspectos que deberían apoyarse y robustecerse (2).

Conclusiones y recomendaciones

La primera es que el profesionalismo importa en la actualidad. El profesionalismo codifica la idea de que las responsabilidades de un médico son algo más que un mero contrato de trabajo. Esto funciona como continuación y contrapeso de los cambios en políticas que afectan a proporcionar cuidados de salud que, a veces, constriñen los servicios e introducen nueva incertidumbre en la asistencia a los pacientes.

El profesionalismo también refleja algo que es fundamental para la práctica de la medicina, como es la necesidad de tener criterio y hacer frente a situaciones de inseguridad. El término significa un grupo de valores, comportamientos y relaciones que apoyan la confianza que el público tiene en los médicos. Los conocimientos, las habilidades clínicas y el juicio clínico tienen que combinarse con valores como la integridad y el compromiso para realizar una mejor asistencia. También fundamental para el nuevo profesionalismo, antes era la noción de consorcio o entendimiento entre médico y paciente basado en mutuo respeto, responsabilidad individual y estima apropiada.

La nueva igualdad médico-paciente no sólo de la profesión médica sino también de los pacientes a través de sus cuerpos representativos que tienen la obligación de trabajar para potenciar el modelo sanitario. Indica, también, que hay que mirar por la manera más inteligente para que los médicos se encuentren a



favor de sus acciones, la cual no está simplemente informada por una cultura de sospecha, extrapolación de mala fe desde mal comportamiento a pobre práctica de la minoría, y no llevar a una documentación interminable e inútil.

Algunos de nuestros testimonios eran sospechosos de parecer altruismo, si las quejas implícitas de superioridad moral podían conducir a complacencia o algo peor. Estamos impresionados, sin embargo, por los más jóvenes que argumentan que mientras la práctica médica “no precise de humildad ni altruismo..., la buena práctica médica... necesita de ambos”.

Continuando con estas opiniones, el Working Party sobre Profesionalismo, a través de algunos de sus miembros (3), estima que se parece a una cesta de valores y comportamientos que permiten al público confiar en sus médicos. Todo lo probado y confirmado establecía que los pacientes valoran el profesionalismo médico. El reto estaba en superar la actual cultura de sospecha para asegurar que la tal confianza no sea socabada.

Se hizo mucho debate sobre los valores que deberían permanecer en la cesta,

y cuáles otros no se mantenían como expectativas para el siglo XXI y otros nuevos debieran añadirse. Los valores originales en la cesta eran tomados de una versión adaptada de la definición que del profesionalismo hace el diccionario Oxford de inglés: maestría, autonomía, privilegio y autorregulación fueron descartados.

El criterio sobre arte y contrato moral fue sustituido por moralidad y contrato social. Se añadió excelencia, en reconocimiento unánime de que el profesionalismo es mucho más que solamente competencia. El altruismo fue el único valor sobre el que hubo un marcado desacuerdo entre las personas consultadas, pero siguió dentro de la cesta.

Oportunidades y obligaciones del profesionalismo médico

Con la globalización ha llegado una sensación de que trabajo, comunidad o sitio de trabajo pueden cambiarse en cualquier momento por fuerzas económicas y tecnológicas anónimas que son cualquier cosa pero estables; la medicina no ha escapado a este fenómeno. En países desarrollados,

esto ha cambiado en una o dos generaciones, desde la industria en el campo a otra de consumir una parte marcada del producto interior bruto de cada país.

La práctica médica en solitario es cada vez más rara, han aparecido nuevas formas de pago, la medicina de familia y especializada se han hecho más complejas y han cambiado las expectativas del público de manera importante. En cualquier parte del mundo desarrollado, los médicos han tenido que adaptarse al nuevo y, a veces, poco familiar ambiente del trabajo en el mundo. La mayoría tiene tres problemas, según Cruess y Cols (4):

- Capacidad para ofrecer asistencia de calidad.
- Amenazas a su autonomía clínica.
- Pervivencia de los valores a los que se ha comprometido mismamente con relación al Juramento Hipocrático o su equivalente moderno (5 y 6).

El médico tiene que llevar a cabo dos funciones, como sanador y como profesional. En el mundo occidental, la tradición sanadora procedente del Juramento Hipocrático, en la antigua Grecia, ha sido una parte importante de la imagen misma del médico. Las profesiones han nacido en los gremios y universidades de la Europa Medieval y, en este tiempo los médicos sólo servían a lo selecto, es decir, a una élite, hasta que la Revolución Industrial aportó riqueza suficiente para que la asistencia médica pudiera conseguirse y la ciencia hacía que valiera esta adquisición. Los dos papeles de los médicos están conectados por códigos éticos que gobiernan su comportamiento en ambos casos así como la ciencia que los faculta.

Obligaciones

Remarcando las características de una profesión, ¿cuáles son las obligaciones que adquiere la profesión?; tienen que ver con las siguientes peculiaridades:

- Complejidad de la base de conocimiento, que cada profesión controla y que, a pesar de la moderna información tecnológica,



no es fácilmente comprendida por el público y, por consiguiente, aquélla debe tener un sustancial control de su uso en responsabilidad, integridad, correcta aplicación y expansión, que para la medicina representa el apoyo de la ciencia. Además, las profesiones tienen la obligación de transmitir sus conocimientos para enseñar a las generaciones futuras de médicos, al público en general y a sus pacientes.

- Servicio a los demás, con el conocimiento de que siempre se ha aplicado en beneficio de los pacientes. Sin embargo, la complejidad y el coste de la sanidad durante los últimos treinta años ha consistido también en la obligación de servir también a una sociedad amplia que accede con una limitación en la distribución de recursos.

- Altruismo. Hay acuerdo en que la confianza de las profesiones y su posición privilegiada sólo se justifican con la esperanza de que sean altruistas, lo que en medicina significa, en interés de los pacientes y la sociedad por encima de su propio interés.

- Autonomía. Al médico se le garantiza suficientemente autonomía para que actúe en el mejor interés para el paciente. Hasta finales del siglo XX la

autonomía se expresaba de manera paternalista, pero la sociedad moderna, al reconocer la autonomía del paciente, considera la relación médico-paciente como un consorcio o interés social.

La profesión es también garante de la autonomía colectiva mediante propia regulación, con el privilegio y obligación de establecer, mantener y poner en práctica modelos de formación y entrenamiento, y de actuación de práctica médica. Debe garantizar la competencia de sus médicos y la absoluta obligación de aplicar disciplina a conductas no profesionales, incompetencia y falta de ética.

Asociaciones profesionales

Las asociaciones profesionales, a través de la colegiación, ayudan a establecer los fines comunes y estimulan a conseguirlos. Su papel de autorregulación es fundamental. Además, juegan un papel principal en garantizar la calidad de los servicios sanitarios. También están obligadas a proteger los intereses de sus miembros.

Los dos papeles pueden entrar en conflicto y las asociaciones profesionales no siempre atienden este conflicto sabiamente, siendo vistos como que

ignoran los intereses del público en favor del suyo propio⁶. Esto ha contribuido a la pérdida de confianza de todas las profesiones, incluyendo la medicina.

Debido a su función, las asociaciones profesionales requieren ser apoyadas por sus miembros, y cada médico es responsable de las acciones de sus asociaciones.

- Responsabilidad. Desde hace siglos, los médicos son responsables de sus pacientes (5). La importancia de la sanidad moderna en la sociedad del bienestar con relación a su coste ha creado una nueva responsabilidad a nivel económico y político (7), por lo cual los médicos continúan siendo responsables de la asistencia al paciente, de su propia regulación mientras adquieren responsabilidad en el aspecto económico de sus decisiones, así como en la salud y bienestar de la población.

- Moralidad e integridad. De las profesiones se espera que sean morales, éticas y lleven a cabo sus actividades con integridad. Ciertamente, el profesionalismo se ha definido como “un ideal a perseguir”, reconociendo que los

médicos no siempre reúnen todas estas prerrogativas requeridas, pero deben esforzarse en hacerlo así. Y esto no sólo afecta al médico individualmente sino también a las instituciones que les representan (8).

De ahí que las asociaciones profesionales y cuerpos facultativos no tienen que entretenerse en actividades que hagan desmerecer la moralidad e integridad de la profesión. Finalmente, la moralidad y la virtud tienen que adaptarse a las reglas, procesos y procedimientos por los que la media se gobierna y regula a sí misma.

- Códigos de ética. El comportamiento de los miembros de cualquier profesión se ajusta a códigos de ética que ésta ha desarrollado, y representa la moralidad aplicada a la profesión. Sirve de norma para dirigir el comportamiento de sus miembros y es parte importante de las expectativas que el público espera de la profesión.

Retos para el futuro

Si todo lo anterior define una profesión, en el caso de los médicos los cambios de

la sanidad en el mundo desarrollado han sido enormes. Especialmente, la mayor complejidad de la medicina moderna y su coste hacen, sin duda, inevitable la reducción del dinero gastado por el Estado y el sector corporativo (compañías aseguradoras), pero las consecuencias para la profesión han sido sustanciales. La aplicación de contabilidad lógica a la práctica de la medicina se ha entrometido en la autonomía de los médicos (9).

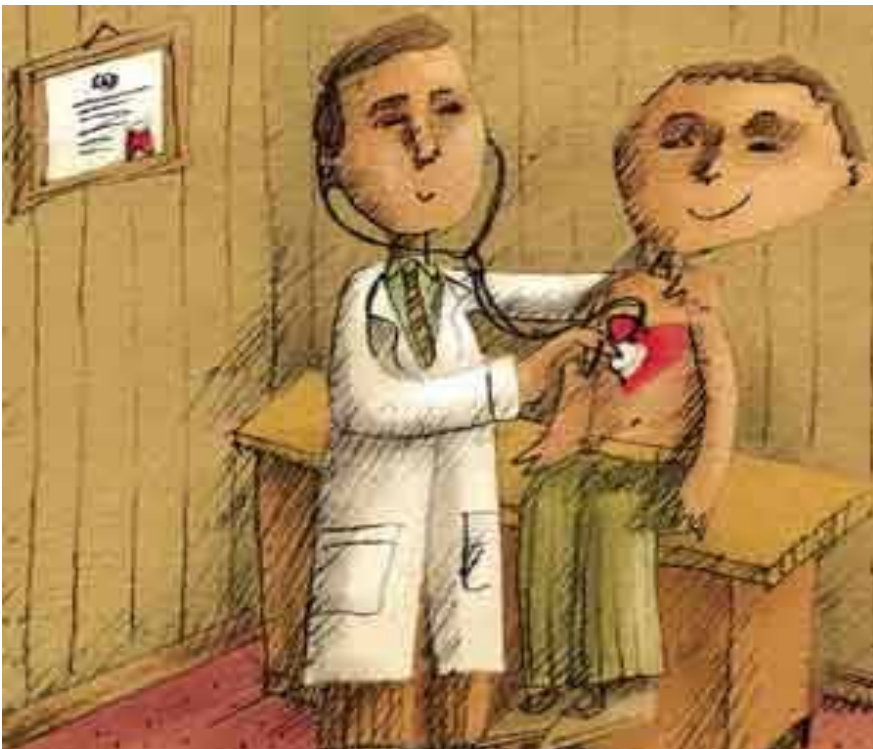
Es comprensible que los médicos estén tan preocupados por los valores de su profesión y su situación económica.

Las principales amenazas a la situación profesional de la medicina proceden de la desconfianza del público en la profesión en su conjunto; a ello contribuyen dos factores: la percepción por parte del público de que la medicina falla en su propia regulación en la manera que puede garantizar la competencia, y en que sitúa su propio interés por encima del de sus pacientes y del público.

Diferentes publicaciones sobre errores médicos han contribuido a creer que la medicina ha protegido a colegas incompetentes y faltos de ética en nombre de la colegiación y esta creencia persiste a pesar de que los procedimientos de regulación se han hecho más rigurosos y abiertos.

La reputación de la medicina por el altruismo era más fácil de mantener antes de que aparecieran los servicios sanitarios nacionales (en USA). La tradición de atender a los que no podían pagarse su asistencia médica era fuerte. La virtual desaparición de los pacientes auténticamente necesitados en la mayoría de los países desarrollados y la necesidad de negociar la remuneración y detalles en la práctica han acentuado este problema.

Hay razones para esperar que el ideal representado por el profesionalismo sea observado en el sentido de aportar un significado continuado a la práctica de la medicina. Como el control de la sanidad ha pasado de las manos de la medicina a las del Estado y sectores corporativos, la culpa de los defectos recae en el sistema sanitario. Los pacientes siguen unidos a sus médicos y no necesitan a las demás



instituciones para tomar decisiones sobre su asistencia.

El público y los médicos comparten la idea de los cambios necesarios en los sistemas sanitarios. Por ello, hay una oportunidad para que la medicina vuelva a crear confianza. La sociedad y la profesión deberían anhelar el mismo tipo de médico, esto es: moral, idealista y altruista.

Profesionalismo en Cirugía

Acuerdo internacional

Existe tendencia a creer a primera vista que los cirujanos se sienten en su trabajo como simples técnicos y ya no, por más tiempo, como médicos que además operan; están siendo desprofesionalizados (10).

Según Canter (10), se puede resumir en pocas palabras algo que se ha escrito de manera atinada sobre el profesionalismo, poniendo énfasis en la diferencia sobre cómo entienden los médicos el profesionalismo y cómo ven otros grupos (políticos, enfermeras y gerentes hospitalarios) el profesionalismo de los médicos.

En parte, esto explica por qué los cirujanos se encuentran cada vez más dirigidos –yo diría manipulados– y el por qué de su pérdida de autonomía desde los pasados años setenta. Canter medita sobre lo que puede ser la lógica conclusión del proceso de que la profesión quirúrgica parece situarse entre el atrincheramiento, es decir, resistiendo los retos de las nociones tradicionales del profesionalismo, o la reforma, o sea, desarrollando nuevos modelos viables que sirvan mejor a la sociedad y a la profesión. Algunas de estas cosas puede que no resulten agradables del todo cuando lo lean los médicos, pero para eso es.

En este análisis se retratan las diferentes perspectivas sobre el profesionalismo como un conflicto entre cirujanos y gerentes. Existen indudablemente muchos ejemplos de buen trabajo entre ambos, pero los argumentos que a continuación se exponen se pueden escenificar en tres apartados:

1. Los mayores cambios organizativos que se han producido en los últimos veinte años y lo que se ha publicado sobre cómo se presenta este conflicto entre la profesión médica y los demás.

2. Los fenómenos y lecciones que se discuten en el mundo entero son muy bien universales y están ocurriendo especialmente en los modelos médicos de Occidente.

3. Como cirujano y educador, el autor está interesado, no sin riesgo, de pasar a las nuevas generaciones de cirujanos un modelo de profesionalismo practicable.

¿Qué es una profesión? Como profesión se puede entender, lo que cada uno quiera saber. Los mismos profesionales dirigen la atención al cuerpo de conocimientos y capacitación, escogiendo el desarrollo de modelos basados en la naturaleza altruista y vocacional de su trabajo, desarrollando una serie de compromisos en competencia, honestidad, confidencialidad, relaciones adecuadas, calidad asistencial, fácil accesibilidad, justa distribución de los recursos, adquisición de conocimientos, mantenimiento de confianza y responsabilidad profesional (11).

Este concepto tradicional ya instalado en los años setenta ha cambiado. Los médicos situaban los intereses de los

pacientes por encima de los suyos estableciendo y manteniendo modelos de competencia e integridad y promoviendo el consejo experto a la sociedad en materia de salud (12).

Referencias bibliográficas

1. Tallis RC. Working Party on Medical Professionalism. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clin Med* 2006, 6(1) January/February: 7-12.
2. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clin Med* 2005; 5: Suppl
3. Wase V. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clinical Medicine* 2006, 6(1) January/February: 109-115.
4. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *The Medical Journal of Australia (MJA)* 2002; 177: 208-211.
5. Dunning AJ. Status of the doctor-present and future. *Lancet* 1999; 354 (Suppl IV): 18.
6. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835-8.
7. Emanuel EJ, Emanuel LL. What is accountability in health care? *Ann Intern Med* 1996; 124: 229-39.
8. Pellegrino ED, Realman A. Professional medical associations: ethical and practical guidelines. *JAMA* 1999; 282: 1954-6.
9. Ham C, Alberti KG. The medical profession, the public and the government. *BMJ* 2002; 324: 838-42.
10. Canter RJ. The importance of international consensus statements in surgery. *ANZ J Surg* 2009; 79: 100-3.
11. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
12. Carr-Saunders AM, Wilson PA. *The professions*. London, F. Cass, 1933.



Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. VALLADOLID Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 33 valladolid@amaseguros.com



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



