



Octubre 2013

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



Foto de familia de la jornada sobre Gestión Clínica con la Dra. Carmen Amez y los Dres. Mauro Rodríguez, Eduardo García Prieto, Javier Salamanca, Antonio Otero, Salvador Escribano, Elpidio García y Alberto San Román.



En Uniteco Profesional nos adaptamos a tus circunstancias

Seguros para ti y para los tuyos

Vida
Salud
Baja Laboral
Decesos

Ahora es el momento. Tenemos a tu disposición toda una **gama de SOLUCIONES** a medida para ti.

Con Uniteco Profesional puedes gestionar **sus seguros de una manera más eficiente**, saldrás ganando en coberturas y en precio.

Llámanos al 983 49 99 95

 **UNITECO
PROFESIONAL**
CORREDURÍA DE SEGUROS

No son fáciles estos últimos años a los que nos han traído la mala e irresponsable actuación de políticos, agentes financieros y especuladores varios, acompañado de la decisión de disminuir las partidas económicas a sanidad, así como la disminución de retribuciones y aumento de jornada que sufrieron los empleados públicos, especialmente los médicos, con jubilaciones masivas forzosas y no reposición con médicos jóvenes; medidas que, como ya dijimos en su momento, no iban a mejorar las cosas sino a empeorarlas, como ya van comprobando los ciudadanos.

En esta situación lo más fácil para nosotros sería ponernos a la cabeza de la manifestación portando la pancarta por nuestras retribuciones y la calidad de nuestro trabajo, enervando aún más los ánimos de todos, ya suficientemente enfadados y desmotivados, pero creemos más eficaz y acorde con nuestra manera de entender nuestra responsabilidad llevar la reivindicación y la crítica a los despachos, donde hemos mostrado nuestro desacuerdo y nuestras propuestas y esperamos seguir haciéndolo, ¡ojalá que con más éxito!

Por todo lo anterior, desde la reflexión y la independencia de no pertenecer a ningún partido político ni representar a ningún sindicato o empresa, tan solo teniendo en cuenta la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, la salvaguarda y observancia de los principios éticos y deontológicos de la Profesión Médica, de su dignidad y su prestigio, así como la colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud y en la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria, es el momento de pedirnos, si cabe, un mayor compromiso, con gestiones clínicas o sin ellas, con directivos o sin ellos, para que la asistencia sanitaria que los pacientes reciben sea la más correcta, la más adecuada, conforme con las mejores prácticas, al menos por nuestra parte, denunciando donde corresponda aquellas situaciones que perjudiquen o impidan nuestra labor.

En definitiva, que el contrato que los médicos mantenemos con los ciudadanos no se rompa por nuestra culpa, que el prestigio que estos nos otorgan siga ligado al compromiso de mantener nuestra competencia para cuidar de su salud.

Nuestra fuerza es el trabajo bien hecho y el cumplimiento de nuestros compromisos con los pacientes.



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

El Colegio al Día 5

- ° Ofrenda floral a la Virgen de San Lorenzo
- ° Homenaje al Dr. Luis Sánchez Granjel
- ° 'La Gestión Clínica desde diferentes puntos de vista'
- ° 'Entrevista a la Dra. Mercedes Garrido Redondo, presidenta de la APAPCYL'
- ° Celebración del día de San Cosme y San Damián y homenaje a los médicos jubilados
- ° Entrevista al Dr. Francisco Javier León de la Riva, Alcalde de Valladolid
- ° Inauguración de la primera jornada del 'II Curso de Actualización del Dolor Crónico'

Un día en... 22

- ° Centro de Salud de Tudela de Duero
- ° Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Estudios 26

- ° ¿Conciliar el uso del Cannabis con salud deportiva?
Tarea complicada

Opinión 28

- ° La Gestión Clínica y los médicos
- ° Genética Clínica: una especialidad no tan nueva

Arte 33

- ° Salvador Dalí. Exposición del Museo Reina Sofía

La prensa del s.XVIII 36

- ° La hidroterapia

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez
Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu
Vicepresidente 2º: Félix Heras Gómez
Secretario General: José Luis Almodí Alegre
Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández
Tesorero: Luis Quintero González
Vocales: Félix del Campo Matías
Luis Miguel Olea de la Cruz
Roberto García Barbadillo
María Eugenia Fernández Rodríguez
Adela López Tabera
Rosa María Pérez Nava
Fernando Rescalvo Santiago
María Dolores Tremiño San Emeterio
Sofía Martín Pelayo
Marta Ocaña Martín-González
Rufino Muñoz Fernández

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: Gráficas Germinal
C/ Magnesio, nº 7-9. Polígono San Cristobal
983.217.444 / 983.205.939



PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS

CURSOS 2013/14

INGLÉS ADULTOS:

Clases y grupos dinámicos e interactivos, superando el miedo escénico que supone hablar y entender en inglés. Tendrán lugar dos días alternos, de lunes a jueves, en horario de tarde, donde se dará cabida a distintas opciones de horario y nivel. Precio: 50 €/mes.

INGLÉS INFANTIL:

Las clases son originales, divertidas y diferentes, con sesiones de Art Attack, Mini Kitchen, Painting, Theater, Movies para los más pequeños y 100% Conversation para los mayores, impartidas por profesora nativa. Consulta nuestros horarios. Precio: 35 €/mes.

MEMORIA:

Ejercicios de memoria vista y oído simples y con dificultad. Los miércoles, de 12:00 a 13:00 y de 13:00 a 14:00 h. Precio 5 €/mes.

YOGA:

Yoga es meditación en movimiento. Los martes, de 12 a 13 h o miércoles de 18:30 a 19:30 h. Precio 26 €/mes – 48 €/dos meses.

BIODANZA:

Biodanza es sentir la alegría de vivir. Los martes, de 10:00 a 11:30 h, miércoles de 20:00 a 21:30 h o viernes de 18:00 a 19:30 h. Precio 28 €/mes – 52 €/dos meses.

CATA DE CHOCOLATES DEL MUNDO:

El chocolate es mucho más que un alimento. Romperemos algún mito. Lunes 18 y 25 de noviembre, de 19:30 a 21:30 h. Precio: 28 €.

VIAJE ARÉVALO: LAS EDADES DEL HOMBRE “CREDO”.

Con motivo de la exposición de LAS EDADES DEL HOMBRE “CREDO”, hemos organizado para el domingo 27 de octubre un viaje a Madrigal de las Altas Torres y Arévalo. El precio del viaje es de 22 euros, incluyendo: autocar, guía acompañante para el recorrido y guía oficial de Las Edades del Hombre.

VALLADOLID: MUSICAL “LOS MISERABLES”.

Disponemos de entradas con descuento, para las fechas siguientes: domingo 27, martes 29 y miércoles 30 de abril de 2014 en el Teatro Calderón. Precio: 56 €. Se atenderán las reservas por orden de petición.

XVI CONCURSO INFANTIL DE DIBUJOS NAVIDEÑOS.

Dirigido a hijos y nietos de médicos colegiados y hasta 9 años de edad. El plazo de presentación de dibujos finalizará el lunes 25 de noviembre de 2013.

CONVOCATORIA AYUDAS ESTUDIOS SUPERIORES 2013-14.

Se convocan ocho ayudas con una dotación de 1.000 € cada una, para hijos y huérfanos de médicos colegiados. El plazo de admisión de documentación finalizará el 28 de noviembre 2013.

INFORMACIÓN e INSCRIPCIONES se realizarán en las oficinas colegiales. Teléfonos: 983 355488 – 983 351703 , página web: www.medicosva.es, e-mail: belen@medicosva.es o info@medicosva.es.

El Colegio de Médicos de Valladolid realiza la tradicional ofrenda floral a la Virgen de San Lorenzo

El Dr. Félix Heras, Vicepresidente Segundo del Colegio, participó en la misa dedicada a los enfermos en la que indicó que debemos buscar soluciones que nos permitan encontrar un futuro más esperanzador” al problema de la importante pérdida de capital humano excelentemente preparado debido a la precariedad laboral española

El pasado 1 de septiembre, el Dr. Félix Heras Gómez, Vicepresidente Segundo del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, participó en una emotiva misa dedicada a los enfermos en la Iglesia de San Lorenzo en la que se realizó una ofrenda floral a la Virgen, un acto que viene siendo tradición en el colegio en los últimos años.

En su discurso, recordó que hacía justo un año, en esa misa ceremonia, había comentado que “estábamos atravesando una importante crisis tanto económica como de valores”. El Vicepresidente del Colegio de Médicos aseguró que las últimas noticias indican que la crisis económica parece estar remitiendo, pero sus efectos, aún presentes, están provocando una serie de cambios que han modificado “y, sin duda, van a modificar aún más” algunos de los derechos y modelos asistenciales que siempre creíamos que serían intocables.

“La salud y la seguridad de la atención sanitaria en caso de enfermedad son unas de las mayores preocupaciones de la población”, apuntó, “y los ajustes económicos y laborales que se están realizando están incidiendo dramáticamente en unos sectores tan delicados y tan especialmente vulnerables a los recortes como son la sanidad y las prestaciones sociales”.

En su intervención, el Dr. Heras no quiso dejar de señalar que la precariedad laboral y la falta de puestos de trabajo están obligando a que muchos médicos jóvenes, tanto de la Comunidad como del resto de España, tengan que emigrar a otros países, “lo que supone una importante pérdida de un capital humano que se encuentra excelentemente prepara-

do”, se lamentó el Vicepresidente Segundo del Colegio de Médicos.

El Dr. Heras manifestó su creencia en que la población “contempla con incertidumbre estos cambios sintiéndose desprotegida y viviendo en una continua zozobra, lo que está provocando una situación de desánimo y desconcierto que incide negativamente en nuestras vidas”, pero recordó a los presentes que “no podemos dejarnos llevar por la desilusión y la desidia”. “Tenemos la obligación moral de intentar encontrar soluciones que nos permitan lograr un futuro más esperanzador”, les instó.

Apuntó, además, el hecho de que en los últimos sondeos sociológicos realizados en nuestro país, los médicos y las instituciones de carácter asistencial como la sani-

dad pública y las ONG’s, tanto religiosas como seculares, que ayudan a los necesitados, siguen siendo las instituciones que están mejor valoradas por la sociedad y cuentan con su apoyo y reconocimiento. “A pesar de todos los avatares hay algo que podemos estar seguros que no cambiará y es la dedicación, responsabilidad y capacidad de entrega y sacrificio de todos los profesionales sanitarios ante cualquier circunstancia en la que se les precise”, prometió, “por ello, ante los profundos cambios que se están produciendo en nuestro entorno sanitario, los profesionales de la salud necesitamos y pedimos el concurso y el compromiso de toda la población para afrontarlos y superarlos con éxito y poder así mantener y garantizar la calidad asistencial de nuestra sanidad”, solicitó.



El Dr. Heras durante su discurso a los asistentes a la misa, momentos antes de realizar la ofrenda floral

Compañeros y discípulos homenajean al Dr. Luis Sánchez Granjel, destacado historiador de la Medicina

El acto, organizado el pasado septiembre por los Colegios de Médicos de Salamanca, Valladolid y Guipúzcoa, fue un reconocimiento al catedrático por su 93 cumpleaños y sus 65 años dedicado a la docencia y a la investigación

El médico y destacado historiador de la Medicina Luis Sánchez Granjel, catedrático emérito de la Universidad de Salamanca y académico de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), fue homenajeado el pasado 7 de septiembre por los Colegios Oficiales de Médicos de Salamanca, Valladolid y Guipúzcoa con motivo de su 93 cumpleaños y 65 años de docencia e investigación en Historia de la Medicina (1948-2013).

Discípulos y compañeros procedentes de distintas universidades españolas, como el Dr. Juan del Río-Hortega, Vicepresidente del Colegio de Médicos de Valladolid, participaron en el encuentro, que pretendió ser un homenaje sencillo, respetuoso y familiar.

“El homenaje nació de la iniciativa de los presidentes de los Colegios de Médicos de Salamanca, Valladolid y el ya ex presidente de Guipúzcoa, para recordar a Don Luis como maestro de tantas generaciones de médicos que han disfrutado de su magisterio”, explicaron los organizadores.

Visiblemente emocionado, el Dr. Sánchez Granjel agradeció a todos los presentes su asistencia y su cariño y aseguró que “sin orgullo y sin vanidad, simplemente he hecho la Historia de la Medicina Española”.

En el acto se quiso destacar sus especiales vinculaciones con Valladolid, que continuó su escuela con la figura del profesor Riera y la especial relación con Ernesto Sánchez Villares; con Salamanca donde continúan sus discípulos en la Cátedra que fundó en 1955, con el profesor Antonio Carreras, a la cabeza; y en Gipúzcoa con su discípulo Urquía y las relaciones estrechas de



El Dr. Juan del Río-Hortega habla durante el homenaje

paisanaje, su condición de vasco, y su predilección por la capital donostiarra.

También estuvieron sus enseñanzas muy presentes en Cádiz, donde siguen su senda los discípulos de Antonio Orozco, de inolvidable recuerdo y granjeliiano hasta la médula, los profesores Francisco Herrera y Juan Cabrera. En Madrid, por su parte, y vinculado a la Academia Nacional de Medicina, el profesor Diego Gracia siempre se considerará uno de los sucesores de las enseñanzas de este maestro.

“La etapa en la que escribí los cinco tomos de la primera historia de la medicina ha sido lo más destacado de mi trayectoria”, recordó en su discurso el Dr. Sánchez Granjel, quien recibió un caluroso aplauso de manos de sus amigos y alguno de los alumnos que aún le procesan un especial cariño y admiración.



El Dr. Otero con el Dr. Sánchez Granjel

LA GESTIÓN CLÍNICA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA

‘La Gestión Clínica desde diferentes puntos de vista’ intenta aclarar aspectos de la futura implantación de este nuevo modelo

El Colegio de Médicos organizó una jornada en la que representantes de diferentes ámbitos sanitarios expusieron sus perspectivas acerca de este cambio en el Sistema Nacional de Salud



Los ponentes posan momentos antes de comenzar el debate

Hace ya varios meses que la sombra de la Gestión Clínica comenzó a sobrevolar los ámbitos médicos de la Región. Algunos puntos sobre la futura implantación de esta nueva Orden parecían estar poco claros para algunos profesionales. Es por ello que el Colegio de Médicos de Valladolid organizó el 25 de septiembre una jornada dedicada íntegramente a ofrecer los “Diferentes Puntos de Vista sobre la Gestión Clínica”, en la que participaron profesionales con experiencias previas en gestión descentralizada y explicaron cómo están viviendo ellos este proceso.

“Creemos que podemos aportar ideas y puntos de vista muy prácticos para ayudar a que este Decreto sobre las unidades de gestión clínica de la Consejería de Sanidad de Castilla y León prospere de la mejor manera”, apuntó el Dr. Antonio Otero Rodríguez, Presidente del Colegio de Médicos, quien aseguró que “debemos reconocer que este Decreto ha suscitado

cierta controversia, desconocimiento y confusión”, un hecho que estaba generando “muchas ‘intoxicaciones’ comunicativas en hospitales y centros de salud”.

Carmen Amez Revuelta, Secretaria Regional de la Federación de Servicios Públicos de UGT; Salvador Escribano García, Secretario de Comunicación de la Asociación de Sanidad de Castilla y León; Javier Salamanca Gutiérrez, Vicepresidente de USCAL; Mauro Rodríguez Rodríguez, Secretario General del CESM Castilla y León y Presidente de esta organización en Valladolid; Elpidio García Ramón, Coordinador del Equipo de Atención Primaria de Arturo Eyries; Alberto San Román, Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; y Eduardo García Prieto, Gerente Regional de SACYL, expusieron uno a uno las preguntas más frecuentes acerca de este tema, así como sus vivencias con experiencias piloto sobre Gestión Clínica en hospitales de la Comunidad y las perspectivas de los diferentes grupos a los que podría afectar este cambio en el sistema Sanitario.



El acto fue seguido por más de un centenar de personas

LA GESTIÓN CLÍNICA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA

Dra. Carmen Amez Revuelta

La Secretaria Regional de la Federación de Servicios Públicos de UGT quiso dejar claro que su sindicato tiene tres principios básicos: priorizamos la asistencia sanitaria, la calidad asistencial y el beneficio del paciente. Destacado este punto, explicó que UGT se enteró en febrero de la presentación de este nuevo Decreto “de una manera fortuita, lo que ya nos hizo ponernos un poco alerta ante la situación que podría venir, ya que si hay unas unidades de gestión clínica que se van a instaurar porque dan más protagonismo a los profesionales, porque sería la manera más eficaz de controlar el gasto sanitario y la manera más eficiente para asegurar la sostenibilidad del Sistema Sanitario, creemos que es lógico que se hubiese debatido internamente, ya que tenemos mucho que decir acerca de todo

lo que nos transmiten los trabajadores”, apuntó.

La Dra. Amez Revuelta aseguró que desde UGT se considera que el Decreto es “ambiguo y presenta una descentralización del Servicio de Salud, lo que para nosotros es un problema muy importante, porque hemos visto lo que ha pasado con este punto al hablar del SNS, en el que nos hemos convertido en 17 Comunidades con 17 formas diferentes de gestionar la Sanidad completamente diferentes”.

Además, hizo un llamamiento a la Administración en el que aseveró que “no vemos la diferencia con la manera de gestionar el Sistema que existe hoy por hoy; sinceramente, nos



parece lo mismo”, motivo por el cual su organización pidió a la Consejería de Sanidad, desde esta plataforma habilitada por el Colegio, “sentarse a hablar de cuáles son los beneficios de unas unidades de gestión distintas que para nosotros descentralizan y que dividen los hospitales en microespacios”.

Dr. Salvador Escribano García

El Secretario de Comunicación de la Asociación de Sanidad de Castilla y León de CC.OO comenzó su intervención apuntando a que los médicos han hecho siempre Gestión Clínica. “Cuando optamos por una prueba diagnóstica o por no hacerla, estamos haciendo Gestión Clínica. Cuando optamos por un tratamiento determinado, hacemos Gestión Clínica. Todo ello ya estaba incluido en los planes anuales de gestión y en la cartera de servicios. No es necesario para nosotros ningún dibujo nuevo para seguir haciendo lo que ya hacíamos”, añadió.

El Sistema Nacional de Salud, envidia de modelo Sanitario en todo el mundo, fue puesto en práctica, según el Dr. Escribano, por gente que creía firmemente en el

derecho universal a la Sanidad, “y ahora está cayendo en manos de quien cree que la salud no debe ser un derecho sino un negocio, que por supuesto debe ser rentable”.

La Gerencia Regional de Salud, “en un teórico propósito de mejora”, puso en marcha dos unidades de Gestión Clínica experimentales que se generalizarían si resultaban demostrablemente rentables. El problema para CC.OO es que no lo han demostrado. “Estas unidades de Gestión son, a ojos de este sindicato, la vía castellano y leonesa de la privatización de la Sanidad”, que nada tienen que ver con “la tan cacareada eficiencia”. “La diferencia es que mientras que en otros lugares se apuesta por la privatización de hospitales enteros, en Castillas y



León la apuesta es por la creación de pequeñas empresas bajo ese común denominador”, añadió el Dr. Escribano, quien terminó su ponencia asegurando que CC.OO calculó que si todos los servicios de atención especializada se convierten en unidades de Gestión Clínica, el gasto se incrementaría en 56 millones de euros.

LA GESTIÓN CLÍNICA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA



Dr. Javier Salamanca Gutiérrez

medicina y no gestión? “Puede que algo de eso hubiésemos tenido que dar en la Universidad”, apuntó, “porque los Sistemas de Salud Occidentales están en crisis por una cuestión muy clara: la financiación”.

“Un sistema tan bueno como era el nuestro ha conseguido casi todo lo que de él se pretendía, pero ahora se encuentra que no tienen cómo financiarlo y hay que conseguir crear nuevas fórmulas que permitan mantener la universalidad y la asistencia sanitaria actual a un menor coste”, explicó el Dr. Salamanca, quien apostilló que para esta organización, la Gestión Clínica “no es más que utilizar el sentido común en el acto médico y en la aplicación de nuestra actividad diaria”. “Lo que ahora nos encontramos es que estas controvertidas fórmulas de

gestión que a nosotros nos parecen tan novedosas, no lo son tanto en el conjunto nacional, porque en Asturias, en Cataluña, en Andalucía, etcétera, hace años que se utilizan estas herramientas de gestión”, comentó.

“Indudablemente tenemos que avanzar”, señaló el Dr. Salamanca, “y para ello es necesario implicar a los profesionales, que entiendan cómo funciona esta gestión, porque el primer punto donde se puede notar el ahorro es en la actividad diaria de los médicos”, añadió antes de terminar su ponencia con una cuestión que dejó en el aire: “Me pregunto si es realmente necesario cambiar el funcionamiento de nuestros servicios para realizar unos nuevos actos médicos que no sabemos si son más baratos ni más accesibles”.

El Vicepresidente de USCAL comenzó su intervención con una pregunta clara: ¿Sabemos todos bien lo que es la Gestión Clínica? ¿O es una de esas palabras que a algunos nos suenan sólo a eficacia, eficiencia y esas cosas que no nos son familiares porque estudiamos



Dr. Mauro Rodríguez Rodríguez

de esta organización en Valladolid. “El documento al que se hace referencia es muy claro en el punto acerca de la creación de estas unidades: las crea el Consejero, a propuesta del Director Gerente. A partir de ese momento comienzas las divergencias y las ambigüedades”, apuntó.

El Dr. Rodríguez planteó una serie de dudas a todos los asistentes que para el sindicato CESM no están resueltas en el proyecto que se ha presentado desde la Consejería de Sanidad: ¿Cuántos profesionales han tomado parte en la decisión de poner en marcha estas unidades? ¿Qué pasa con aquellos que no quieren participar en este proceso? ¿Cuál va a ser el papel de los médicos en esta gestión? ¿El régimen va ser realmente estatutario cuando lleguen las nuevas elecciones de marzo de

2015? ¿Se han hecho encuestas de satisfacción sobre las pruebas piloto que se realizaron de estas unidades en Castilla y León?

Muchas preguntas que para este sindicato no quedan resueltas en el documentado presentado por la Administración y que se deberían aclarar para no crear suspicacias entre los médicos, que “en este momento lo que tienen son dudas, muchas dudas”, aseguró el Secretario de CESM.

“Creo que sería muy bueno para tranquilizar a todos, que nos sentásemos más a menudo a hablar de este tipo de cosas”, añadió, “porque es importante que los médicos acepten una Gestión Clínica a su gusto, de manera voluntaria y con satisfacción”, finalizó el Dr. Rodríguez.

“Creemos que la Administración, con el documento que ha presentado, ha perdido una oportunidad de oro para que los médicos vayan con ilusión y con garantías a una Gestión Clínica”, comenzó el Secretario General del CESM Castilla y León y Presidente

LA GESTIÓN CLÍNICA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA

Dr. Elpidio García Ramón

“Cuando participé en las unidades piloto de Gestión Propia los resultados de la gestión económica fueron excelentes y en mi equipo el 80% de los que iniciamos esta experiencia seguíamos estando contentos con ella al finalizar la misma y aún no sabemos por qué nos la quitaron”

Para el Coordinador del Equipo de Atención Primaria de Arturo Eyries, la situación que viven aquellos que están trabajando actualmente es poco favorecedora para ellos al encontrarse con dos claros problemas: existe una separación clara entre las Gerencias y los Equipos de Atención Primaria y los profesionales sanitarios no saben cuál es su misión aparte de atender consulta con cualquier asunto que les llegue.

Por ello se encuentran frustrados y ello influye, “se quiera o no se quiera”, en la atención prestada a los usuarios, “que es más deficiente que hace cuatro o cinco años”, comentó con amargura.

El Dr. García Ramón aseguró que nos encontramos en la oligarquía de estos centros de salud con que la Administración pide y además restringe, y los pacientes demandan, pero al solicitar lo que precisan son ignorados en ocasiones porque no hay solvencia ni medios para atender sus solicitudes.

Con estas premisas en mente, el Coordinador planteó la duda de si ante un sistema que funciona y que cumple con sus fines es necesaria la implantación de la Gestión Clínica. “Es cierto que se cumplen los objetivos”, apuntó, “pero no de modo igualitario, porque no todas las unidades participan por igual y dentro de los equipos no todos los profesionales están implicados de la misma forma”.

La Gestión Clínica, según el Dr. García Ramón, podría ayudar a salvar muchos de estos obstáculos, haciendo que los profesionales se implicasen más, reconociendo sus esfuerzos, dándoles una misión dentro de sus labores cotidianas, aumentando sus aspiraciones o permitiendo

una continuidad al seguimiento del paciente fuera del equipo.

El ponente recordó que hace unos años se pusieron en marcha en España unas Unidades piloto de Gestión Propia, “en las que tuve la suerte de trabajar”, en las que la participación era voluntaria. “Los resultados de la gestión económica fueron excelentes y en mi equipo el 80% de los que iniciamos esta experiencia seguíamos estando contentos con ella al finalizar la misma y aún no sabemos por qué nos la quitaron”.

El Dr. García Ramón aseguró que buena parte de las dudas que actualmente suscita esta nueva forma de gestión vienen dadas por el miedo. “Creo que la Consejería aún tienen que cuadrar muchas cosas en esta propuesta, pero no lo veo como un parte de un plan estratégico ni lo veo claramente estructurado o presentado, lo que hace que la gente ande un poco perdida”, manifestó.

Por otro lado, también criticó el hecho de que la Administración “estuviese muda” en los aspectos que han atañido a este proyecto, por lo que la mayoría de la información que llegaba a los profesionales médicos era a través de las comisiones sindicales, lo que se ha traducido en muchas opiniones que coincidían en que “esto es una manera de ahorrar dinero y lo único que se va a conseguir es que nosotros estemos aún más fastidiados”.

Sin embargo, a la hora de hacer un balance general acerca de la Gestión Clínica, el ponente reiteró su opinión acerca de que no es necesario que reine



el miedo, ya que ésta no es ninguna forma de privatización y que sería una manera de que los profesionales asumieran nuevas responsabilidades que no se les han brindado hasta ahora. “Creo que es más una participación en la organización que una gestión”, apuntó, “y considero indispensable un consenso de todas las partes y explicarlo bien en los equipos de Atención Primaria para conseguir despejar todos los fantasmas que nos rondan hoy por hoy”.

También aseveró que es una forma de “permitir que los profesionales tomen más decisiones en sus labores”, pero insistió en las ventajas que podría suponer la instauración de unidades piloto en los tres niveles de gestión y la incentivación a los profesionales comprometidos con o sin gestión.

LA GESTIÓN CLÍNICA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA

Dr. Alberto San Román

“Los gestores y los profesionales sanitarios deberíamos de buscar la ruptura de la barrera que nos separa para conseguir una gestión integral en la que se persiguiese la eficiencia y la compensación a la motivación de los médicos, para lograr que éstos se comprometan con su labor”



El Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid quiso comenzar su intervención dejando claro que “la Sanidad en España es excelente, a pesar de que las cosas no estén yendo muy bien económicamente hablando”. A pesar de las alabanzas al SNS, el Dr. San Román reconoció que “hay grandes áreas de ineficiencia en la Sanidad”, como la variabilidad de la práctica clínica, la descentralización de las compras, la descoordinación entre Primaria y Especializada, los sistemas de información, la desmotivación de los profesionales o el desinterés por la investigación aplicada “y los profesionales hemos de asumir la parte de culpa que nos toca en estos fallos”.

Aseguró que le llama la atención la desconfianza entre los gestores y los clínicos, algo que él opinó que surgió en

los años 80 cuando se profesionalizó la gestión y las decisiones pasaron a ser responsabilidad de los gestores, consiguiendo que “los médicos se desentendieran de esta parte de la medicina”. Al estar separados, los gestores tienden a plantear su visión económica, “legítima”, y los médicos su visión clínica, “igualmente legítima”, pero parece que están contrapuestas “y no debería ser así”.

Las opciones para que la Sanidad salga a flote pasan por la privatización, “algo que en nuestra sociedad no es posible porque sería considerar la atención sanitaria un producto y no un derecho”. Lo que sí se hace en algunas Comunidades es optar por la privatización de actividades no sanitarias, como la lavandería, el restaurante y, en algunas regiones, la gestión, algo que “desde nuestro punto de vista, hay evidencias de que no es eficiente”, apuntó el Dr. San Román, “además de que en toda privatización se persigue el lucro y éste puede estar reñido con la mejor atención a los pacientes.

Otra de las posibilidades es el ahorro, con acciones progresivas (como el copago farmacéutico) o lineales (como reducción de presupuesto o reducciones de salario). Esta última opción es, al modo de ver del Dr. San Román, “una solución a corto plazo que resulta de lo más desincentivador para todos los profesionales sanitarios”. “Lo que se ha de buscar es la eficiencia y la Gestión Clínica es una opción para conseguirla”, apuntó, “ya que se capacita a los profesionales para que presten la mejor atención a nuestros pacientes al menor coste posible, siendo además una

participación directa de los médicos en el diseño y el funcionamiento de la unidad”, añadió.

“Este tipo de Gestión se centra en el paciente”, recordó el ponente, “es la gestión por procesos y es la gestión ponderada de todos los que participamos en el proceso; es decir, es un tipo de gestión en el que todos los integrantes de un equipo somos coordinados por un solo ente, algo que resulta de lo más eficaz”. Hablando de coordinación, el Dr. San Román apuntó a lo ridículo de que gestores y profesionales sanitarios “vayan cada uno por su lado” ya que “sin cooperar y sin sentir que pertenecemos a la misma institución no llegamos a ningún lado”. “Deberíamos perseguir la ruptura de la barrera que nos separa para conseguir una gestión integral”, propuso.

Otro de los puntos clave en este proceso de cambio, a la forma de entender del Dr. San Román, es la incentivación al profesional, “o como lo llamamos nosotros: la compensación a la motivación”. El ponente consideró que los profesionales sanitarios “están motivados por definición”, pero que no se debería fomentar tanto los factores extrínsecos (salario), como los intrínsecos (el interés por aprender) o las trascendentes (el interés por hacer el bien y ayudar a los demás). “Hemos de darnos cuenta de que cuando se compensa suficientemente la motivación, se llega al compromiso”, señaló, “y si ese compromiso es suficiente, llegamos a la dedicación; es decir, hacemos cosas a las que no estamos obligados por contrato, sino que las hacemos porque queremos, y la Gestión Clínica es una muy buena manera de conseguir este tipo de motivación”, finalizó.

LA GESTIÓN CLÍNICA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA

Dr. Eduardo García Prieto

“Tenemos personal muy cualificado y con una alta preparación, por eso este modelo persigue que los profesionales tengan una opción de decidir cómo conseguir sus objetivos. Si sólo buscásemos el ahorro este plan se extinguiría en dos o tres años”

El Gerente Regional de Salud de Castilla y León comenzó su intervención recordando a los presentes que “aún nos encontramos en una situación económica difícil”. Subrayó que esta crisis comenzó hace ya seis o siete años y que a pesar de ello el gasto en Sanidad ha continuado aumentando, hasta 2010, lo que llevó a la Administración “prácticamente a una falta de solvencia”. Por ello ha sido necesario llevar a efecto una serie de ajustes, gracias a los cuales y a los esfuerzos de todos los que trabajan en el ámbito sanitario, actualmente “podemos gozar de una mayor estabilidad y hablar de un mejor futuro para nuestro Sistema”.

Al referirse a las insinuaciones acerca de que la instauración de las Unidades de Gestión Clínica no se encontraban encuadradas dentro de una estrategia clara de la Administración, el Gerente de SACYL comentó que el Plan Estratégico de la Consejería es de dominio público y fácilmente accesible y que en la misma se explican, no solo las medidas que se debían de tomar acerca de la contención del gasto y “que son las que al final más repercusión mediática han tenido, sino que también estaban anunciadas medidas estructurales, de cambio en la organización y del sistema que deben asegurar la sostenibilidad y el futuro del Servicio Público de Salud, pero que no ofrecen un resultado a corto plazo, ya que incluso algunos de estos cambios no los podremos apreciar en esta legislatura”.

Entre esos objetivos a largo plazo se encuentran la creación de un número de identificación único de paciente que permitirá unificar la historia clínica de éste con independencia de dónde haya sido atendido o implantar la historia clínica

electrónica del paciente, que permita disponer de información común sobre él para Atención Primaria y Especializada de forma instantánea.

También se refirió a los recientemente aprobados Plan de Atención a la Cronicidad o el Plan de Calidad enfocado a la promoción de procesos de acreditación y a la instauración de estrategias de seguridad del paciente; “pero también era necesario buscar fórmulas que faciliten una mayor participación de los profesionales”, explicó el Dr. García Prieto. “Tenemos a personal muy cualificado, con una alta preparación, por lo que perseguimos una fórmula que permita más capacidad de decisión y organización por parte de estos trabajadores”, apuntó.

Además, el Gerente Regional de SACYL aclaró a los asistentes a este acto que este modelo no persigue el ahorro, “porque si fuese así, este es un plan que presentamos se extinguiría en dos o tres años”, si no que lo que realmente pretende es que “los profesionales tengan la opción de decidir cómo conseguir sus objetivos”.

Con esta idea en mente se comenzó a trabajar en el Decreto acerca de las Unidades de Gestión Clínica hace ya dos años. El ponente aseveró que “se ha intentado consensuar con agrupaciones profesionales, reflejar las opiniones de sindicatos, de entidades profesionales, etcétera”. De hecho, el Dr. García Prieto apuntó durante su intervención que “las modificaciones que nos han hecho llegar algunas agrupaciones sindicales, después de la Mesa Sectorial, ya se han incluido en el nuevo borrador que



presentaremos en unos días en Mesa de Función Pública”.

En este último documento la Administración ha querido destacar el hecho de que estas unidades están integradas en la Gerencia Regional de Salud, por lo que su planificación y su organización se rige con las mismas normas que ésta; así como el hecho de que están encuadradas dentro de un modelo de gestión pública y que el personal de las unidades sigue siendo estatutario o funcionario.

“No es un modelo de ruptura, es un Decreto de bases, que nos permitirá evolucionar de forma controlada y lenta, desde las unidades funcionales de las que disponemos. Con esta fórmula aquel profesional que no se quiera integrar en las nuevas unidades de gestión podrá seguir trabajando en un modelo de unidades tradicionales”, finalizó el ponente.

Dra. Mercedes Garrido Redondo

Presidenta de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León

“Consideramos prioritario resolver la situación discriminatoria que sufren los Pediatras de Área en nuestra Comunidad. Los retos son cada vez mayores y las exigencias apasionantes, pero en un contexto social y económico preocupante que nos tomamos como un acicate para seguir trabajando en la mejora de la salud infantil y juvenil”

Pregunta.- ¿Cuándo surge la idea de fundar esta Asociación?

Respuesta.- La Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León está federada en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), constituida por asociaciones regionales de pediatras de atención primaria de las 17 comunidades autónomas de España, en la que participamos en diferentes actividades, grupos de trabajo y proyectos encaminados a la mejora de la Pediatría en Atención Primaria.

La APAPCyL se creó en el año 2001 por un grupo de pediatras de Atención Primaria comprometidos con la asistencia integral al niño y al adolescente, en el ámbito del Sistema Sanitario público, motivados por mejorar la calidad de sus actividades laborales y sus condiciones de trabajo. Desde entonces el número de socios ha crecido de forma continua hasta superar en el año 2013 la cifra de 229 asociados.

En estos momentos contamos con varios grupos de trabajo de carácter regional y nacional como son: formación; trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); malnutrición y obesidad; temas profesionales; educación para la salud; vacunas y programa informático MEDORA. Todos ellos actualmente participan en actividades de investigación, formación y educación sanitaria.

Pregunta.- ¿Cómo surge esta organización?

Respuesta.- La Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (APAPCyL) es una entidad sin ánimo de lucro, de carácter científico y profesional, que agrupa a los pediatras de Atención Primaria de la Comunidad de Castilla y León y tiene como fines promover el desarrollo de la Pediatría en atención primaria y buscar el óptimo estado de salud del niño y del adolescente, incluyendo actividades para promocionar su salud, prevenir la enfermedad y facilitar su recuperación en caso de contraerla.

Asimismo, recogemos los problemas e inquietudes relacionados con el ejercicio de la Pediatría en los centros de Atención Primaria y representamos los intereses profesionales de nuestros socios ante las Administraciones Públicas Sanitarias y Docentes y otros órganos o entidades Nacionales o Internacionales, Públicos o Privados.

Preguntat.- ¿Qué objetivos persigue actualmente la APAPCyL?

Respuesta.- Una de nuestras prioridades es mejorar la situación profesional actual de los pediatras de Atención Primaria, estudiando sus mayores necesidades, proponiendo a las administraciones sanitarias cambios estructurales y organizativos para las consultas de Pediatría, reclamando para estos especialistas más recursos para el ejercicio profesional y haciendo participar a los pediatras de Atención Primaria en todas aquellas decisiones

que tienen repercusión en nuestras tareas habituales, intentando ilusionar, motivar y dinamizar el trabajo de los pediatras de Atención Primaria mediante la formación de un grupo profesional fuerte, que sea representativo y reconocido.

Pregunta.- ¿Cuál es su punto clave a la hora de fomentar la mejora en el servicio que ofrecen los profesionales sanitarios de Pediatría?

Respuesta.- Los pediatras de Atención Primaria tenemos un alto nivel de formación y somos los profesionales más cualificados para atender la salud del niño y adolescente en el nivel primario de salud, tal como demanda la sociedad, pero esto exige darle continuidad y hacerla posible desde la Administración.

Para nosotros es clave promover la formación continuada, ejercer la docencia sobre Pediatría de Atención Primaria del pregraduado y postgraduado, Médicos Residentes de Pediatría, Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y profesionales del ámbito de la Atención Primaria (AP) así como fomentar y ejercer la investigación.

La formación continuada es garantía de calidad asistencial y se ha venido impulsando desde el nacimiento de nuestra Asociación mediante la organización de jornadas científicas a nivel local y autonómico, realizando cursos y talleres en 2-3 áreas centrales de la Comunidad y una Reunión anual, como estrategia para facilitar a todos los socios el acceso a la

formación. Desde APAPCyL se organiza así mismo la inscripción y financiación parcial de la revista de formación continuada de AEPap (FAPap).

Pregunta.- Además de la formación continuada, ¿qué otros pilares son los que constituyen la manera de actuar de esta organización?

Respuesta.- Nosotros consideramos imprescindible impulsar la rotación de los médicos residentes de Pediatría por Atención Primaria, ya que el 85% de la actividad pediátrica se realiza en ese ámbito y en él desarrollarán su actividad profesional la mayoría de los especialistas en Pediatría.

Nuestro compromiso con la formación de los MIR se ha materializado en nuestra colaboración para impulsar el cumplimiento del decreto de especialidades que regula las rotaciones que hacen los residentes de Pediatría por AP así como facilitar a los pediatras su labor docente. Por otro lado impulsamos la asistencia de los MIR de Pediatría a cursos de formación relacionados con las competencias propias de la Atención Primaria mediante becas al curso anual para MIR de Pediatría organizado por la asociación AEPap.

Creemos que los pediatras deben comprometerse en la organización y gestión de la asistencia sanitaria, como demuestra nuestra participación con la Administración en la coordinación y elaboración de los diferentes programas sanitarios, protocolos y guías clínicas relacionados con el niño sano y enfermo, que facilitan la toma de decisiones médicas, reducen la variabilidad de la práctica clínica, mejoran la asistencia ante situaciones de presión asistencial y pueden disminuir las limitaciones tecnológicas al mejorar la coordinación entre niveles asistenciales expresando de forma clara que papel debe jugar cada uno.

Pregunta.- ¿Cómo ve la situación de los Pediatras en nuestra Comunidad?

Respuesta.- Como actuación concreta en nuestro ámbito de trabajo, consideramos prioritario resolver la situación laboral discriminatoria que sufren los Pediatras de Área en nuestra Comunidad, conseguir un mejor dimensionamiento de los cupos en Pediatría (800 – 1.000 pacientes por profesional) y la mejora de la calidad asistencial en las consultas (disponer de tiempo y medios suficientes; tiempo dedicado a la actividad asistencial compatible con otras labores en el equipo, como formación e investigación; horarios y jornada laboral homogéneos; facilitar sustitutos/suplentes, etcétera).

Ya en el año 2008 presentamos un informe con el análisis de la situación de la Pediatría de Atención Primaria en Castilla y León ante la Administración, y actualmente estamos elaborando un nuevo documento con la problemática actual y posibles sugerencias de mejora.

Contamos con una página web y lista de correo como vehículo de información para nuestros asociados, con el proyecto a medio plazo de reformar la web y mejorar nuestra presencia en redes sociales para dar difusión de las actividades de nuestra Asociación y hacernos más visibles en los medios de comunicación.

Los retos de la Pediatría de Atención primaria para los próximos años son cada vez mayores y las exigencias de atención a la salud apasionantes, todo ello en un contexto social y económico preocupante, que no deja de ser un acicate para seguir trabajando en la mejora de la salud infanto-juvenil, siempre con la premisa de que el pediatra es el profesional idóneo y capacitado para la asistencia sanitaria del niño y debe ser la puerta de entrada al sistema.



La Dra. Garrido Redondo

Los médicos jubilados celebran una jornada llena de actividades para rendir un homenaje a sus Patrones, San Cosme y San Damián

Por el Dr. Julio Lorenzo Portero

El día 26 del mes pasado los médicos jubilados celebramos la fiesta de los Santos Cosme y Damián, al igual que venimos haciendo desde hace unos cuantos años desde que quedase aprobado e instituido el "Día del Médico Jubilado" y elegidos como patronos a los ya mencionados santos.

La celebración comenzó con la santa misa en la iglesia de San Lorenzo, en la que el sacerdote oficiante recordó en la homilía la mala situación en que se encuentra lo que fue iglesia del Rosarillo y las dos magníficas imágenes en ella ubicadas, ermita que fue sede de la cofradía que honraba a los santos mártires, formada por médicos y farmacéuticos y que asistían gratuitamente a quien lo necesitaba, se extinguió hacia 1944 y terminando el oficiante por lanzar la idea de recuperación de las imágenes y ver la forma de que volvieran a tener culto y, digo yo, ¿sería posible que de alguna manera los colegiados nos implicáramos en la idea expresada por D. Jesús?, en Alicante el Colegio colabora en el mantenimiento de una capilla dedicada a estos santos en una iglesia, la de Santa María, que es monumento nacional. También hay una calle distinguida con sus nombres, lo que sería de desear hubiese en Valladolid dada la gran importancia que su culto tuvo en esta ciudad.

Después de la misa, visitamos la exposición sobre El Hereje en el museo de las francesas y terminamos con una comida y sorteo de regalos.

Cuando se instituyó en el Colegio de Médicos esta fiesta no fue sólo para reunirse un vez al año los jubilados, que también, sino que, estos, recibiesen de

alguna manera el homenaje y el afecto de todos los colegiados, de los órganos representativos que siempre han estado con nosotros y de los médicos en activo, que no es posible nos acompañen a alguno de los actos, que nos tengan en cuenta siempre dentro de lo posible, esa es la mejor manera de vernos honrados cuando se ha llegado a la jubilación

a la que todos irán llegando si Dios quiere y como lo esperamos para cada compañero. Nuestro deseo es que al año que viene seamos muchos más los que no reunamos para celebrar el Día del Médico Jubilado acudiendo a los actos que tan excelentemente prepara el Colegio de Médicos y su vocalía correspondiente.



Los médicos jubilados escuchan emocionados la misa en honor a sus Santos



Pudieron visitar la exposición dedicada a Miguel Delibes y a su obra 'El Hereje'

Inglés

en Valladolid

Abierta la matrícula 2013-2014

- Programa completo
- Infantil, primaria, secundaria, bachillerato
- Cursos intensivos
- IELTS, CAMBRIDGE, TOEFL, TOEIC
- Cursos para preparación certificación oficial
- Cursos de verano en el extranjero
- Estancias académicas en el extranjero
- Master y universidad en el extranjero



**Queen's Gate
School**

Gamazo, 12 - 2º Izqda.
47004 Valladolid
983 39 80 66

admin@queensgateschool.com
www.queensgateschool.com

Dr. Francisco Javier León de La Riva

Alcalde de la ciudad de Valladolid

“Mi padre fue Secretario del Colegio de Médicos en una época en la que éstos se centran en la defensa de los médicos y su gestión fiscal. Hoy se tiene en cuenta una vertiente centrada en la formación, algo esencial para los profesionales de la salud”

Este amante de la lectura, de la música –especialmente sudamericana y los boleros-, de la vida familiar, de los paseos por su ciudad, del campo y del deporte, sobre todo el baloncesto, es también un gran aficionado a los toros.

Nacido en Valladolid, está casado y es padre de tres niños y abuelo de otros tres retoños. Es Doctor en Medicina, especialidad en Obstetricia y Ginecología. Durante años ejerció como Profesor y titular de Obstetricia y Ginecología de

la Universidad de Valladolid, después como Jefe clínico del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario y ostenta el título de Miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.



El Dr. de La Riva no ejerce la Medicina en la actualidad

Fue Procurador en las Cortes de Castilla y León, por la Provincia de Valladolid desde el año 1987 hasta el 1999; ejerció como Consejero de Cultura y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León en la legislatura de 1987-1991; también como Presidente de la Comisión Regional de Sanidad de Castilla y León del Partido Popular; Presidente del Grupo Municipal Popular en el Ayuntamiento de Valladolid desde 1991; Miembro del Comité Ejecutivo de la F.E.M.P., desde 1996 y Presidente de la Comisión de Relaciones Internacionales desde febrero de 2004.

Se convirtió en Alcalde de Valladolid en mayo 1995 y ha sido Vicepresidente primero Ejecutivo de la O.I.C.I. (Organización Iberoamericana de Cooperación Intermunicipal); Presidente Ejecutivo de la misma desde octubre de 2004; y Vocal del Comité de las Regiones y Municipios de Europa y Vicepresidente del Consejo de Municipios y Regiones de Europa, desde diciembre de 2004.

Pregunta.- Es usted doctor en medicina, especialista en Obstetricia y Ginecología, y ejerció la enseñanza en la Facultad de Medicina de Valladolid durante años. ¿Cómo acabó cambiando la consulta por la política?



Francisco Javier de La Riva durante una de sus intervenciones como Alcalde de Valladolid

Respuesta.- Desde la llegada del PSOE al poder, en 1982, el ambiente en los hospitales se había deteriorado de modo progresivo. Como formaba parte de la Comisión de Sanidad de la entonces Alianza Popular, Aznar me pidió que participara en el programa de Gobierno para la Comunidad Autónoma. Luego me invitó a tomar parte en las listas electorales y en el Gobierno de Castilla y León como consejero de Sanidad, un puesto en el que pensé que podía ser útil a los ciudadanos.

Pregunta.- ¿Echa usted de menos ejercer?

Respuesta.- Evidentemente, los primeros años eché de menos bastante la profesión, tanto en la práctica clínica como en la docencia universitaria.

Pregunta.- ¿Podría su futuro volver hacia los derroteros de la medicina?

Respuesta.- Ahora, con 67 años, plantearme volver a la práctica médica no parece razonable.

Pregunta.- Como médico y político, ¿qué opinión le merece la actual polémica

acerca de la posible privatización de la Sanidad?

Respuesta.- Lo que los poderes públicos deben garantizar a los ciudadanos son unos servicios médicos de calidad, algo que no implica necesariamente hacerlo con personal público. En España existe una larga tradición de conciertos médicos con buenos resultados. En todo caso, la Administración debe garantizar calidad en la atención y eficiencia en la gestión sanitaria.

Pregunta.- ¿Cree que las medidas tomadas por la Consejería de Sanidad en los últimos meses ayudarán a conseguir un mejor Sistema Sanitario?

Respuesta.- Organizar la Sanidad en esta región, una de las más extensas de Europa, con apenas 2,5 millones de habitantes, más de 2.200 municipios y otros muchos núcleos urbanos de menor entidad es tremendamente complejo. Juzgar las decisiones de la Consejería sin tener a mano los datos utilizados para la toma de decisiones

es un tanto arriesgado. Sí parece lógico evitar duplicidades de servicios en una misma provincia, sobre todo en aquellas especialidades en las que la demanda asistencial no es elevada. Además, esta concentración incrementa la eficacia y mejorará los rendimientos clínicos.

Pregunta.- Teniendo en cuenta que su padre ejerció como Secretario del Colegio de Médicos, ¿qué opinión le merece el papel que juegan los Colegios Profesionales en la formación de los jóvenes médicos y en la defensa de la Sanidad Pública?

Respuesta.- En efecto, mi padre fue secretario del Colegio en los mandatos del profesor Velasco, lo que me permitió conocer el día a día de su funcionamiento. En esa época, se centraba fundamentalmente en la defensa de los médicos y su gestión fiscal. Hoy los Colegios tienen una vertiente mucho más importante en formación y actualización de los conocimientos, algo esencial para que los profesionales de la salud se adapten a los avances de la medicina.

El “II curso de Actualización en Dolor Crónico” comienza abordando el tratamiento del dolor neuropático

Las dos ponencias restantes tendrán lugar el 15 de octubre y el 14 de noviembre y versarán sobre la cronificación del dolor y las dolencias más comunes entre los ancianos

El Colegio de Médicos de Valladolid acogió por segundo año consecutivo su “Curso de Actualización en Dolor Crónico”, con el objetivo de mantener al día a los profesionales médicos acerca de algunas de las dolencias más comunes entre sus usuarios y las mejores maneras de enfrentarse a ellas cuando son continuadas en el tiempo. La primera de estas intervenciones, que tuvo lugar el 26 de septiembre en la sede colegial, corrió a cargo del Dr. Enrique Ortega Ladrón de Cegama, de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Río-Hortega.

En su ponencia explicó que el dolor neuropático es uno de los mayores desafíos terapéuticos a los que se enfrenta la terapéutica del dolor. “Definimos como dolor neuropático aquel que aparece como lesión o enfermedad del sistema nervioso tanto periférico como central en ausencia de un estímulo nociceptivo periférico”, apuntó. El dolor neuropático se asocia a una serie de manifestaciones que es necesario conocer y diagnosticar, como son la alodinia, hiperalgesia, anestesia dolorosa, disestesias, parestesias, hiperpatía e hipoalgesia. Las causas del dolor neuropático se encuentran distribuidas a lo largo de todo el circuito neural encargado de procesar la nocicepción. Dentro de los distintos niveles podemos establecer: lesiones de codificación neuronal de los nociceptores periféricos o su hiperactivación; lesiones en la conducción neuronal a lo largo del axón de la primera neurona; lesiones en la alteración y procesamiento de los estímulos nociceptivos en la medula espinal (asta dorsal); activación de vías alternativas dentro y fuera de la medula espinal por la plasticidad neuronal; y finalmente alteraciones de los

mecanismos centrales encargados de integrar el impulso doloroso en la esfera consciente.

El dolor neuropático más frecuente en la clínica diaria son la radiculopatías de origen espinal. “Presenta un carácter mixto ya que muy frecuentemente se asocian dolor nociceptivo y neuropático y las siguientes causas de dolor neuropático de interés por su prevalencia son la neuropatía diabética y la neuralgia postherpética”, aseguró a los presentes el Dr. Ortega. “Un aspecto interesante de estas dos patologías es que generan cuadro de dolor neuropático puro que son muy útiles para la investigación de fármacos específicos”, indicó. La otra gran causa de dolor neuropático es el cáncer, circunstancia que ha sido de reconocimiento tardío y ha tenido una importante repercusión en el tratamiento analgésico de los pacientes oncológicos. Finalmente no debemos olvidar el dolor neuropático de origen traumático. Un factor epidemiológico especialmente importante es la asociación del dolor neuropático con la edad por sus repercusiones en el diagnóstico y el tratamiento.

“Para el diagnóstico primario del dolor neuropático no necesitamos grandes recursos, si no consideramos el tiempo como el más costoso de ellos”, comentó el ponente. Debemos comenzar con una cuidadosa anamnesis donde determinadas señales de alarma deben hacernos pensar en él: mala descripción del dolor, distribución radicular, descriptores asimilables a quemante, lancinante, o anestesia/hipoestesia. Para profundizar en el diagnóstico están las pruebas diagnósticas, tanto de imagen (radiología, TAC, RM) como neurofisiológicas (EMG, QST,



El Dr. Ortega durante su intervención

potenciales evocados convencionales y por láser).

El tratamiento actual del dolor neuropático se realiza mediante dos sistemas. El primero de ellos sería el tratamiento de la causa, inicio precoz del tratamiento analgésico independientemente del conocimiento de la causa, mejora de la alodinia, alivio del dolor continuo quemante, reducción de las descargas de dolor paroxístico, manejo de otros síntomas, restablecimiento del descanso nocturno y mejorar el afrontamiento del dolor. El segundo de los sistemas consistiría en un tratamiento secuencial, de forma tal que clasificamos los fármacos en varias líneas de tratamiento que vamos usando tras fracasar con la anterior.

MOVIMIENTO COLEGIAL / Marzo - Abril

ALTAS

D ^a . Alejandra Melero González	Traslado de Baleares
D ^a . M ^a . Victoria Busto Bea	Traslado de Madrid
D ^a . Cristina Ferrer Perales	Traslado de Palencia
D. Daniel Ramos Pollo	Traslado de Zamora
D ^a . M ^a . Sonsoles Paniagua Tejo	Traslado de Ávila
D ^a . Laila Al Chaal Marcos	Ingreso
D. Marcello Barbosa Barros	Traslado de Burgos
D. Edgar Josué Gutiérrez Disla	Traslado de Madrid
D ^a . Cristina Andreu Dalleres	Reingreso
D ^a . María Francisca de Castro Fernández	Reingreso
D ^a . María Jesús Alonso Ballesteros	Traslado de Segovia
D ^a . Clara Vázquez Alfageme	Ingreso
D. Nadim Garwan	Ingreso
D ^a . Paula A. Montenegro Lasprilla	Traslado de Madrid
D ^a . Luisa Gemma Sánchez García	Traslado de Palencia
D. Víctor Manuel de Castro Álvarez	Traslado de León
D ^a . María Galdeano Arenas	Reingreso
D. Juan Manuel Sánchez Fernández	Reingreso
D ^a . Marta Para Prieto	Ingreso
D. Mohamed Ziad Tarakji Hennau	Ingreso
D ^a . Jeaneth Indira Gonzáles Ayerbe	Ingreso
D ^a . María Bettina Ortiz Medina	Ingreso

BAJAS

D. Adolfo José Alcaide Pérez	Fallecimiento
D ^a . M ^a . Consolación Prieto Blanco	Traslado a Las Palmas
D. José Carreres Quevedo	Fallecimiento
D ^a . Patricia Blanco del Valle	Traslado a Soria
D ^a . Amanda Francisco Amador	Traslado a Zamora
D ^a . Helvia Benito Pastor	Traslado a Ávila
D ^a . María Martín Hernández	Traslado a Salamanca
D ^a . Merly Zelada Aliaga	Cese
D ^a . Yris Milagros Sánchez Rodríguez	Cese
D ^a . María García López	Cese
D. Juan Montoro López	Traslado a Madrid
D. Mariano Pérez Delgado	Fallecimiento
D. Salvador Pastor Idoate	Cese
D ^a . Raquel Martín Sanz	Traslado a Las Palmas
D. Amer Ibrahim Faour	Cese
D ^a . Amelia Wilhelmina Sing Briz	Cese
D ^a . Marta Gómez Llorente	Traslado a Logroño
D ^a . Mariela Carolina Figueroa Gómez	Traslado a Burgos
D. Francisco Magno Herrera Gómez	Traslado a Zamora
D ^a . Itziar González Mendia	Traslado a Zamora
D ^a . Patricia Martín Cachazo	Traslado a Zamora
D ^a . María del Mar Andreu Román	Cese
D. Martín Villanueva Oliver	Fallecimiento
D ^a . María Jesús Macías Alonso	Traslado a Palencia
D. Fernando Labarga Rodríguez	Traslado a Palencia
D ^a . Marta León Espinosa	Traslado a Burgos
D. David Peña Ruiz	Traslado a Palencia

CENTRO DE SALUD DE TUDELA DE DUERO

Por la Dra. Isabel Gómez Martín, Coordinadora del Centro

El Centro de Salud de Tudela de Duero comenzó su andadura en el año 1991 ofreciendo, además, asistencia sanitaria a varios municipios circundantes: Quintanilla de Onésimo, Sardón de Duero, Traspinedo, Santibáñez de Valcorba, La Parrilla, Villabáñez y Villavaquerín. Por aquel entonces, la Zona Básica de Salud tenía alrededor de 8.500 habitantes y contaba con dos médicos ubicados en el centro y otros cuatro más que cubrían la asistencia sanitaria del resto de municipios. Asimismo, contaba con tres ATS y una matrona.

El espacio físico del centro estaba ubicado en el centro del pueblo, en la Plaza Mayor anexa al Ayuntamiento y enfrente de la tradicional Iglesia de Ntra. Sra. de la Asunción, uno de los mas importantes tesoros monumentales del pueblo, que fue construida en el siglo XVI en estilo neogótico y alberga importantes obras de pintura y escultura atribuidas a Gregorio Fernández y a Juan de Juni, entre otros importantes artistas.

La famosa zona vitivinícola Ribera de Duero finaliza recorriendo algunos de nuestros municipios, lo cual ha favorecido su prosperidad económica y demográfica con un importante incremento de su población en estos últimos años, invirtiendo la tendencia a la despoblación que han sufrido la mayoría de las pueblos de Castilla y León. De esta forma, su población infantil ha ido creciendo paulatinamente, motivo por el cual la plantilla sanitaria se incrementó en 1999 con un pediatra inicialmente de área compartido con Peñafiel y posteriormente de equipo exclusivamente para nuestra Zona Básica de Salud desde el año 2000.

Si bien la cultura del vino está profundamente arraigada en esta zona



Consulta de Fisioterapia



Recepción del centro

a la cual pertenecen las famosas bodegas de Abadía Retuerta y Vega Sicilia, es su tradicional la huerta y el cultivo del espárrago lo que verdaderamente define al pueblo de Tudela de Duero y el motivo por el que es conocido mas allá de los límites de nuestra Comunidad. Cada año entre abril y junio decenas de trabajadores procedentes de distintos puntos del país se desplazan hasta esta zona para la recolección de este producto cuyo cultivo está documentado desde el siglo XV.

La popularidad de este producto, muy cotizado en toda la provincia, ha propiciado la celebración anual de la fiesta de Exaltación del Espárrago que por norma general se celebra el último domingo de mayo. Cientos de turistas acuden cada año para degustar los diferentes platos elaborados con este alimento, que se ofrecen en puestos a pie de calle y adquirir el producto autóctono. A lo largo del día se realiza un concurso en el que se premia al plato mejor preparado y al espárrago más hermoso, todo ello amenizado con pasacalles, grupos de danzas y música tradicional.

Como ya hemos comentado, la prosperidad económica de la zona y el desarrollo urbanístico en los años 90, favorecido por su proximidad a la capital (unos 15 kilómetros), ha provocado un incremento significativo de la población que ha pasado de los 8.500 habitantes iniciales a los 12.400 en el momento actual.

Con el paso de los años el espacio físico del centro fue insuficiente para albergar el incremento paulatino de la plantilla profesional y la afluencia de pacientes, motivo por el que en el año 2006 fue trasladado desde su antigua ubicación en el centro del pueblo a un nuevo edificio en una zona más periférica, cercana a la carretera de Valladolid y anexa al río Duero, ofreciendo magníficas vistas hacia el mismo tanto desde el amplio pasillo de la sala de espera de los pacientes como desde la magnífica sala de rehabilitación.

El nuevo Centro de Salud cuenta, además de con numerosas salas de consulta, con un área de Urgencias, sala de rehabilitación, consulta de odontología y de cirugía menor modernamente equipadas. Actualmente, la zona cuenta con 11 médicos de Medicina General, de



Panorámica de una de las salas de espera



Box de Urgencias del centro de salud

los cuales, cinco pasan consulta en el centro, dos comparten consulta entre Tudela y Herrera de Duero-La Parrilla y cuatro están repartidos entre el resto de los municipios. También hay dos Pediatras, uno de Equipo y otro de Área, nueve Dues, un Auxiliar de Enfermería, cuatro Administrativos, un Fisioterapeuta y a tiempo parcial, un día a la semana pasan consulta un Odontólogo y un

Asistente Social. Dentro del propio centro se encuentran también ubicados los dos Veterinarios de la zona.

Por ser un Centro de Salud rural también contamos con servicio de Urgencias de 24 horas ininterrumpido, el cual es atendido por tres médicos y dos ATs de Área, además de por algunos Médicos Titulares.

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario

Por el Dr. Mariano García Yuste, Jefe de la Unidad



El Dr. Mariano García Yuste, Jefe del Servicio

El Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid inició su labor en 1977 bajo la dirección del Prof. Guillermo Ramos, primer Jefe del Servicio, que hasta su jubilación imprimió en sus miembros un estilo de trabajo y de relación con el paciente. Desde entonces, su actividad se ha incrementado progresivamente incorporando a la misma los avances clínicos, tecnológicos y de gestión necesarios para el desarrollo y progreso en nuestro medio de la Cirugía Torácica. Como servicio de referencia en el ejercicio de la especialidad para múltiples centros de Castilla y León, ha refrendado también su actividad con la formación de un importante número de médicos residentes, tanto en su vertiente profesional como científica y

humana. Desde su creación, el Servicio de Cirugía Torácica ha compaginado siempre su tarea asistencial con la docencia de pregrado y postgrado y la investigación financiada por agencias oficiales y sociedades científicas nacionales e internacionales.

Sus normas de actuación, recursos humanos y técnicos, e infraestructuras, se diseñan, construyen y actualizan intentando dar la mejor atención a nuestros pacientes. Un equipo humano multidisciplinar trabaja diariamente para lograrlo. En el momento actual, la plantilla médica está formada por un jefe de servicio y cinco médicos especialistas. Acreditado oficialmente desde su inicio para la docencia MIR, en el servicio trabajan y se forman actualmente tres médicos residentes; esta actividad se

complementa con la admisión temporal en períodos de dos meses de residentes de otras especialidades (neumología, cirugía general, cirugía vascular, cirugía cardíaca) y centros. Además del personal facultativo, el servicio cuenta con un cualificado personal de enfermería, que integrado en el equipo sanitario y con identidad profesional propia, participa en la atención integral de nuestros pacientes en las áreas de hospitalización, consultas y quirófano. La secretaría adscrita al servicio aporta el soporte técnico-administrativo necesario para la realización de la labor clínica diaria.

Intentando asegurar un nivel de calidad en su actuación, el seguimiento de las normas aceptadas internacionalmente en nuestra especialidad para la determinación y estratificación del riesgo quirúrgico, la indicación, elección y realización de las intervenciones, y la recogida y análisis de los resultados, se hace absolutamente necesario. Tanto el "feed-back" interno de los resultados, como el de las auditorías externas y análisis comparativos (benchmarking) propuestos por la administración y las sociedades científicas, facilitan su medición objetiva y el diseño de estrategias para su mejora. A su logro, contribuye también la colaboración estructurada en la investigación clínica y en la educación médica.

El Informe de la Comisión Europea aconseja para la atención de los pacientes un número limitado de unidades de Cirugía Torácica estratégicamente distribuidas y con población óptima de referencia entre 1.250.000 y 1.500.000 habitantes. Esta proporción, permite garantizar un adecuado volumen de trabajo, la calidad científico-técnica y la eficiencia en la utilización de los recursos. En la actualidad existen en Castilla y León dos servicios de cirugía torácica, con atención en ambos a una población de referencia mayor de 1.250.000 habitantes. Ello sitúa a estos

servicios y concretamente al de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid dentro de la norma propuesta por el Informe de la Comisión Europea.

El servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, es el de referencia dentro de la Comunidad de Castilla y León para nueve centros hospitalarios ubicados en las provincias de Burgos, Palencia, Segovia, Soria y Valladolid. La promoción de nuevos sistemas de comunicación y, más recientemente, la puesta en práctica del sistema de videoconferencia, favorecen la necesaria transmisión y discusión de datos entre los centros.

El área de hospitalización del servicio, situada en la planta 2ª Norte de nuestro hospital, dispone de 15 camas. La actividad quirúrgica se desarrolla habitualmente en sesión operatoria diaria, permitiendo la realización de un número de intervenciones próximo a las 450 por año. Dispone para ello del espacio físico adecuado y de la dotación instrumental, tecnológica, audiovisual e informática necesaria para la realización de las técnicas quirúrgicas convencionales, videotoroscópicas, de exploración traqueobronquial y tratamiento quirúrgico por vía endoscópica.

Ofrece una cartera de servicios que cubre la totalidad de los que contempla a nivel nacional la de la especialidad, excepto el trasplante pulmonar. Las técnicas desarrolladas incluyen las necesarias para el tratamiento quirúrgico de la patología parietal torácica, pleural, pulmonar, mediastínica, traqueal, esofágica y de las fronteras torácicas.

En lo que al tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón y otros tumores torácicos se refiere, el servicio participa activamente en distintos y reconocidos grupos de investigación, estudios multicéntricos y comités de expertos nacionales e internacionales. El servicio complementa su actividad profesional y científica, con la aportación por sus distintos miembros del resultado de nuestro trabajo clínico e investigador en congresos, reuniones y publicaciones nacionales e internacionales.

Añadida a la actividad desarrollada en distintas sesiones clínicas diarias y periódicas, el servicio es responsable de

la puesta marcha del Comité de Tumores Torácicos de nuestro centro. Junto a especialistas de oncología, neumología, anatomía patológica y radiología, participa activamente en la discusión en sesiones programadas de la indicación terapéutica de casos complejos.

La Cirugía Torácica se caracteriza como especialidad por una oferta de actuaciones terapéuticas que en un significativo porcentaje asocian alta complejidad. Resulta necesario elegir y profundizar en estrategias dirigidas a mejorar su calidad, potenciando como fortalezas la calidad quirúrgica, docente,

e investigadora del servicio y su cultura de gestión.

En resumen y como objetivo general, en el ejercicio profesional diario el servicio debe hacer también suyas la misión y visión del Hospital en el que desarrolla su actividad. El aunar a la labor clínica actuaciones encaminadas a identificar objetivos, estrategias, planes de actuación e incorporación de los nuevos avances de la especialidad, debe permitir el mantenimiento y mejora de las fortalezas necesarias para incrementar la calidad de las prestaciones y atención que precisan nuestros pacientes.



El equipo del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico



Una de las consultas de esta Unidad

¿Conciliar el uso del Cannabis con salud deportiva? Tarea Complicada

Raquel Blasco

Hola a todos. El Comité ejecutivo de la WADA/AMA (Agencia Mundial Antidopaje) está llevando a cabo los definitivos ajustes antes de aprobar la última revisión del Código Internacional Antidopaje para el 2015. Muchas novedades, entre las que destacaríamos: Aumentar los períodos de inhabilitación para casos reales, flexibilizar penas en circunstancias específicas, tener en cuenta los principios de proporcionalidad y los derechos humanos, fomentar la investigación en materia de dopaje, etcétera. Sin embargo, (deformación de muchos años trabajando en el campo de las adicciones a drogas por vía parenteral y otras sustancias) un pequeño párrafo me llama la atención: La Agencia Mundial Antidopaje (AMA) ha aumentado el umbral de la cantidad permitida de marihuana en orina de los deportistas.

Esto es: Si antes un deportista no podía fumar cannabis antes de las competiciones internacionales, ya que el nivel máximo de marihuana en orina no debía superar 15 ng / ml, hoy sí lo puede hacer, dado que el umbral ha aumentado 10 veces, hasta 150 ng / ml. Así lo estipulan las modificaciones introducidas en el Documento Técnico de la AMA TD 2013DL durante la reunión del Comité Ejecutivo en Montreal. Sin embargo, la marihuana sigue siendo considerada una sustancia prohibida y continuará en 'La lista de sustancias y métodos prohibidos' elaborada por la AMA. En otras palabras, ¿un deportista puede ser descalificado seis meses por fumar cannabis el día de la competición, pero no hay ningún problema en que lo consuma un día antes? Esto no es exactamente así. Vamos a exponer los hechos:

Cierto es que en mayo de 2012 la AMA no descartaba excluir la marihuana de la lista de sustancias prohibidas, previa a la competición en aquellos deportes en los que se considerara que no ayuda a mejorar el rendimiento físico de los atletas, pero la elevación de este umbral de detección hace

que quede definitivamente fuera de toda monitorización de uso? Tiene todo el aspecto de que así va a ser.

¿Por qué decimos estos? Como siempre, vamos a definir conceptos. Para que una sustancia entre dentro de 'La lista de sustancias y métodos prohibidos'. Debe de cumplir dos de estos tres criterios:

- La presencia de cualquier prueba científica o médica, efecto o experimento farmacológico de que la sustancia o el método, solamente o conjuntamente con otras sustancias o métodos, tenga el potencial para realzar o incrementar el rendimiento deportivo.
- La presencia de cualquier prueba científica o médica, efecto o experimento farmacológico de que la sustancia o el método representa un riesgo real o potencial para la salud del atleta.
- El uso de la sustancia o del método viola el espíritu deportivo descrito en el Código.

¿Por qué estamos hablando de que se retira, si sólo se trata de elevar los umbrales de detección? Un rápido repaso a la farmacocinética del cannabis nos explica esta apreciación. Según la definición del Comité de Comunicación de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular en su documento INTERFERENCIAS EN LA MEDICIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA el Cannabis viene definido así:

- Es una droga alucinogena-depresiva, considerada droga de abuso / Uso Clínico: Evaluación como droga de abuso / Muestra Requerida: Orina ocasional en recipiente plástico / Condiciones: Orina ocasional en recipiente plástico / Valores de Referencia: Negativo (menor que el cut-off. Cut-off = 50 ng/ml) / Interpretación: El principal ingrediente activo de la marihuana es el tetrahidrocannabinol



(THC). Este es metabolizado por el THC-ácido carboxílico que se detecta en la orina / Una prueba de screening indica la presencia de metabolitos canabinoides en orina y debe ser confirmada por cromatografía de gases, espectrometría de masa o HPLC / Una muestra de orina puede contener THC carboxi de una semana a 10 días después de un uso moderado de droga, y de un mes a 6 semanas después de un uso frecuente, el almacenamiento rápido de metabolitos de THC en tejido graso ocurre después de su uso y es liberado lentamente con el tiempo.

La entrada del TetraHidroCannabinol (THC) en sangre y la posterior distribución en tejidos son muy rápidas y presentan una cinética similar a la obtenida tras su administración intravenosa. La máxima concentración de THC en sangre se alcanza antes de que finalice el consumo del cigarro. Luego el THC se une a diferentes componentes plasmáticos y penetra rápidamente en los tejidos, sobre todo en aquellos que están altamente vascularizados: pulmón, hígado, riñón, corazón, estómago, bazo, tejido adiposo marrón, placenta, corteza adrenal,

tiroides, pituitaria y glándula mamaria. Posteriormente pasa al tejido adiposo, que junto con el bazo son sus principales depósitos tres días después de su ingesta.

La droga puede tardar varias semanas en ser totalmente eliminada tras el cese de su administración. La paulatina liberación del THC, desde estos almacenes tisulares a la sangre, lentifica la caída de los niveles plasmáticos de este compuesto, tras el cese de su administración. Esto prolonga su presencia en sangre y su lentísima eliminación por orina. La eliminación del THC se produce principalmente mediante sus metabolitos en heces (un 68%) o en orina (12%), aunque también lo hace a través del pelo, la saliva y el sudor.

En orina se detecta la presencia de 11-OHTHC y hay una elevada concentración de ácido THC-11 oico, a 11 de la competición que era el que estaba (está aún en la actualidad) prohibido. Esto nos indica que el 3^{er} supuesto del Código de Dopaje el que nos indica "que El uso de la sustancia o del método viola el espíritu deportivo descrito en el Código" y hace que los individuos vayan a la competición en igualdad de competiciones parece subsanarse aumentando los límites de detección.

Pero hasta dónde los aumentamos? En las Unidades de detoxicación cuando se evalúan drogas de abuso el Cut-off de detección de 11-OH-THC se sitúa en 50 nanogramos/ml y la WADA ha situado el cut-off para deporte en 150 nanogramos/mlel triple que en la detección clínica de drogas de abuso. Cifras estas que por supuesto van a evitar la aparición de falsos positivos....pero que para alcanzarlas tenemos que consumir (entre 4-6 horas antes de la competición) al menos 4-8 unidades de resina concentrada de cannabis) de gran pureza que contenga entre 500-750 mgrs de cannabis por unidad... esto es... una buena "ropa vieja" que diría un castizo...

Dejemos ahí los datos. Pero, ¿qué hacemos con los otros dos criterios? Evaluamos el criterio de mejora del rendimiento deportivo. ¿Por qué se retira el Cannabis? En principio la AMA aumenta el nivel de detección del cannabis para evitar el derroche de recursos en aras, sobre todo, de una mayor eficiencia. Con esta medida descenderá espectacularmente el número

de positivos ligados fundamentalmente al uso recreativo de la sustancia, y no al deportivo, que en 2011, según las últimas estadísticas, fue de 445 en todo el mundo (un 8% de todos los positivos, el tercer grupo con más casos, después de los 3.325 positivos por anabolizantes y 718 por estimulantes. (es conveniente que recordemos que por EPO y factores de crecimiento solo hubo 125 casos). Según esto, el uso de cannabis no debería de mejorar el rendimiento deportivo....pues bien ¿cuáles son los efectos del cannabis sobre el rendimiento deportivo? Los efectos conductuales de estas drogas en el humano varían en función del estado previo del sujeto y de sus expectativas, y van desde la euforia y sensación de bienestar hasta el desarrollo de patologías psiquiátricas como el síndrome amotivacional.

A dosis bajas son de tipo los efectos suelen ser de tipo depresor (tranquilizan, cierto efecto bloqueante de la ansiedad), pero se convierten en excitantes tras estímulos mínimos, y sin embargo a dosis altas, los efectos predominantes son claramente de tipo depresor, comprobándose que se origina confusión y dificultad de la memorización de tareas sencillas. Según esto, no parece mejorar el rendimiento deportivo salvo en deportes de precisión y la dosis a partir de la cual estará prohibido es tan alta que es imposible que el individuo pueda ejecutar una tarea complicada bajo la acción de tal elavadoa dosis de THC.

Pasamos al último criterio. Proteger y servir. ¿Qué pasa con la salud del

deportista? Los cannabinoides presentes en el humo de la marihuana provocan un amplio rango de efectos somáticos: en el aparato cardiovascular: taquicardias supraventriculares, acortamiento del intervalo P-R, acortamiento del intervalo Q-T....(os suena el Síndrome de Brugada??), arritmias ventriculares en displasias miocárdicas (esas displasias subclínicas en los ultratrainers) y tendencia arritmogénica miocárdica que se agrava con algunos factores como la deshidratación; en el aparato respiratorio (efectos irritativos, a pesar de las propiedades broncodilatadoras de los cannabinoides, y en el ojo (efectos irritativos debidos al humo y disminución de la presión intraocular); la exposición crónica produce, además, alteraciones endocrinológicas.

Me preocupan sobremanera los efectos agudos sobre el sistema cardiovascular, ellos fueron los que hicieron saltar mis alarmas de encallecido internista. Pero el sentido común me hizo pensar cómo en un deporte, en donde la rapidez de reflejos en una situación límite puede salvar la vida del deportista... Automovilismo, ciclismo, motociclismo, carrera de montaña, bicicleta de montaña...se puede contemplar siquiera la posibilidad de que un participante compita con cantidades cercanas a 150 nanogramos/ml de 11-OH-THC en su orina.

Lo dejo a vuestra consideración. A mí como siempre sólo el preparar el tema ya me ha enriquecido. Hasta la siguiente entrada, como siempre ¡Buena guardia!



La Gestión clínica y los médicos

Dr. José Luis Almudí Alegre

El ambiente sanitario está convulsionado por un concepto que aunque puede parecer novedoso, denominado Unidades de Gestión Clínica (UGC), no es más que una adaptación tardía y forzada por las circunstancias económicas, de lo que muchos médicos ya veníamos haciendo desde hace tiempo: decidir cómo, cuándo y que recursos utilizamos en cada momento en la relación asistencial con nuestros pacientes, siendo conscientes de la repercusión económica de estos actos, ya que el desperdicio de recursos en este momento financiero pondría en riesgo la salud de otros pacientes.

Los médicos de forma mayoritaria siempre hemos tomado decisiones guiándonos por nuestro criterio clínico, basado en guías de buena praxis y en nuestra experiencia, mientras que en los tiempos de bonanza económica, existió una burbuja política en la que muchos

dirigentes querían destacar entre sus electores como implantadores de recursos sanitarios sin criterio, con la justificación de mejorar la salud de sus paisanos, lo que nos ha llevado a una situación de desajuste entre financiación y oferta de servicios, no por un problema estrictamente económico, sino de mal gobierno.

Sin embargo, la crisis financiera que dio al traste con todos estos desatinos obligó a cambiar bruscamente las claves en la política sanitaria, recortando primero a los médicos, como al resto de funcionarios, sus retribuciones, modificando las condiciones laborales y continuó afectando también a los usuarios con recortes en algunos servicios, incluido el copago en la prestación farmacéutica y obligando a un control exhaustivo de los gastos y una drástica disminución de las inversiones, lo que ha llevado entre

otros a un aumento de las listas de espera y a la insatisfacción tanto de los usuarios como de los médicos.

En este momento crítico en el que lo verdaderamente importante es salvaguardar el núcleo principal de nuestro SNS, la universalidad, la gratuidad en el acceso, la financiación y la provisión pública, nos encontramos que en la mayoría de los países desarrollados, desde hace varios años ya se estaba trabajando en cambios estructurales en los sistemas sanitarios, utilizando elementos tan conocidos e ignorados en muchos casos en nuestro entorno, como la medicina basada en la evidencia, la gestión del conocimiento, la gestión clínica, la agrupación funcional entre hospitales, la gestión por procesos, la estrategia de crónicos o la coordinación socio-sanitaria.

Por esta razón nos vemos abocados a ponernos al día a marchas forzadas, lo que está provocando en todos los agentes que intervienen (políticos, gestores, sindicatos, colegios profesionales, ciudadanos y sobre todo a los profesionales) un cierto desasosiego, inquietud, recelo y desconfianza que pueden dar al traste con el objetivo único que no es otro que hacer sostenible nuestro sistema sanitario.

Pero en esta estrategia es necesario seguir unos pasos que parecen lógicos, cualquier modelo de Gestión Clínica debe contar con una información clara y transparente en sus intenciones por parte de la administración, debe mantener las condiciones laborales de los trabajadores, contar con unos objetivos claros basados en mejorar la salud de los ciudadanos de la forma más eficiente, pero con indicadores de salud y no solo de consumo de recursos, resultados objetivables, estímulos por trabajar más y mejor, una dirección participativa y por supuesto el consenso de la mayoría de los trabajadores, ya que el sistema debe basarse en la confianza y el compromiso no solo entre



los profesionales y la administración, sino también con la sociedad civil.

Nuestro Sistema Sanitario necesita adelgazar la estructura y la rigidez de los equipos directivos, trasladar la decisión y la responsabilidad a los profesionales mediante nuevas fórmulas de gestión que favorezca la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles, agilizando los procedimientos en busca de una mayor eficiencia.

Pero todo esto no se puede conseguir sin un nuevo diseño de los Servicios Públicos de Salud, que posibilite la actuación integrada entre los niveles asistenciales; que permita encauzar la excesiva atomización asistencial y permita el enfoque integral y longitudinal a la persona enferma potenciando decididamente la Atención Primaria y su papel de gestor clínico; que ordene el territorio para racionalizar tanto los servicios próximos como los de alta especialización; que ponga en marcha estrategias para pacientes crónicos, pluripatológicos y terminales; y que vaya aportando instrumentos de gestión a los centros y servicios, para que puedan promoverse modelos efectivos de gestión clínica.

Y por último añadir que los profesionales no debemos acomodarnos en un estatus que a la larga nos va a perjudicar, es un error utilizar como excusa la desconfianza hacia todo, para no avanzar hacia nada, ya que el espacio que dejemos libre será ocupado por otras alternativas con otros intereses.



El día 10 de este mes de octubre falleció Gloria Casado Crespo, amiga y antigua trabajadora del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid.

Aquellos que llevan aquí desde siempre la recordarán siempre por su amabilidad y simpatía, además de por su gran generosidad, un rasgo que concluye con un acto de generosidad: la donación de su cuerpo a la ciencia para la formación de nuevos médicos.

Desde aquí queremos dar el pésame a su familia y sumarnos a la tristeza de esta pérdida.

Descansa en paz.



Genética Clínica: una especialidad no tan nueva

Dr. Juna José Tellería Orriols



El objetivo es informar, a partir de estudios personalizados, a los pacientes que, por sus antecedentes familiares, estén predispuestos a padecer ciertas enfermedades.

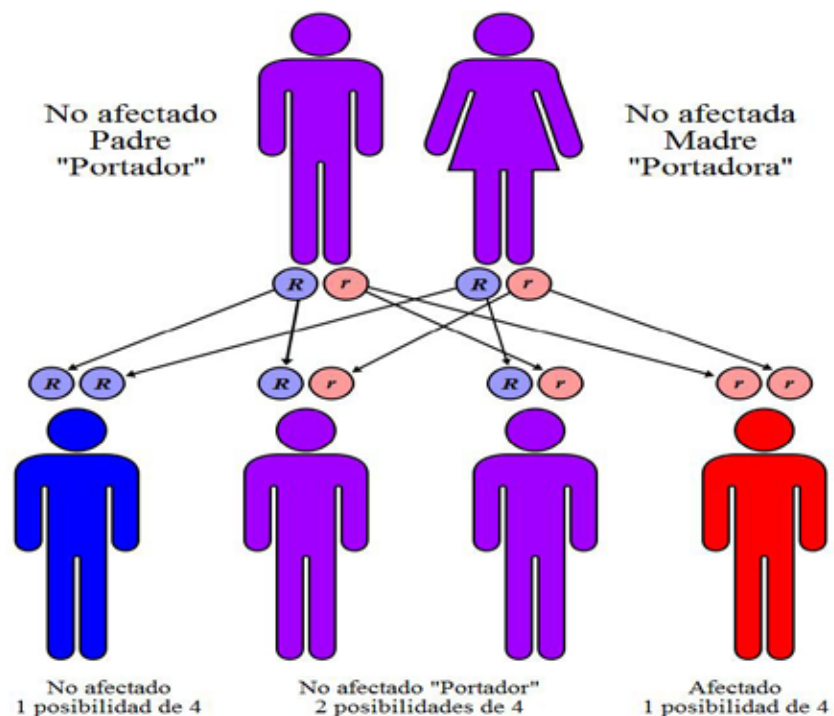
Para ello, la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias está diseñando un Mapa de Análisis genéticos, que determinará las líneas de actuación para incorporarlo a la Cartera de Servicios”.

Se trata de dos buenas noticias que sugieren que (¡por fin!) existe una mínima sensibilidad en la Administración ante un problema que arrastra nuestro país desde hace muchos años. De todos los países de la Unión Europea, sólo España y Grecia carecen de especialistas en Genética y en la muchos de ellos existe desde hace más de 20 años.

En diciembre del año pasado vio la luz en proyecto de Real Decreto por el que se crea la especialidad pluridisciplinar de “Genética Clínica” entre otros aspectos relacionados con el Sistema de Formación Sanitaria en Ciencias de la Salud. Esta especialidad quedaría integrada en el tronco de Laboratorio y Diagnóstico Clínico.

El pasado día 9 de octubre el Ministerio de Sanidad remitió dicho proyecto al Consejo de Estado cumpliendo los plazos estipulados para que la norma se publique en el BOE a lo largo del primer trimestre del 2014

Por otra parte, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud reunido el pasado Julio acordó “incorporar otra prestación de manera definitiva en la Cartera de Servicios: el consejo o asesoramiento genético.





La directiva 2005/36/CE de la Unión Europea sobre la formación médica especializada fue modificada en 2011 para incluir la Genética Médica. Esta denominación es la más comúnmente utilizada en los países donde existe la especialidad, aunque en algunos se denomina Genética Clínica y Genética Humana en otros. La situación en otros países desarrollados como Canadá, Australia, Estados Unidos o Japón es similar a la europea.

Lo cierto es que la Genética se ha convertido en una disciplina imprescindible en cualquier sistema de salud y en cualquier programa de docencia del grado de Medicina de un país avanzado.

La Genética como especialidad presenta además la peculiaridad de desarrollarse en diferentes contextos: por un lado están los laboratorios de genética cuyo cometido es la realización e interpretación de pruebas específicas para identificar la presencia de componentes genéticos con valor diagnóstico y/o pronóstico y por otro la atención directa tanto de los

pacientes con enfermedades genéticas o hereditarias, así como de sus familias. Es evidente que para el área de laboratorio la formación de origen

puede ser múltiple (farmacia, biología, etc.) mientras que para la atención del paciente, se requiere, tanto científica como legalmente la titulación en medicina. Por este motivo. Ya hace unos años la Asociación Española de Genética Humana (AEGH) propuso el desarrollo de dos subprogramas diferentes; uno exclusivamente para médicos y otro para todos los titulados.

La integración al tronco de Laboratorio y Diagnóstico Clínico de la nueva especialidad parece haber contemplado única, o al menos preferentemente, esta parte de la actividad profesional. En el sentido contrario, el acuerdo del Consejo Interterritorial ya comentado consagra la inclusión en la Cartera de Servicios de una actividad de atención directa a pacientes y familias como es el asesoramiento genético que deberá ser realizada por los especialistas en Genética Clínica.

Así pues, habrá que esperar al documento definitivo para saber cómo se desarrolla el programa formativo de la especialidad y conocer el papel que



se asigna a la actividad de diagnóstico clínico y asesoramiento genético de los médicos especialistas en Genética Clínica.

A pesar de no existir la especialidad en nuestro país, las actividades asistenciales relacionadas con la genética han ido alcanzando un grado de complejidad tal que hace difícil, si no imposible, que un especialista sea capaz de dominarlas todas, sea cual sea su titulación. Por este motivo, la 'European Society of Human Genetics' ha constituido recientemente un grupo de trabajo para estudiar, y en su caso impulsar, la creación en Europa de una especialidad diferenciada de Genética de Laboratorio.

En todo caso, es indudable que proporcionar una atención eficiente requerirá de la integración de los diferentes perfiles (citogenética, molecular, asesoramiento y diagnóstico clínico) en los Servicios o Unidades de Genética. Al mismo tiempo, la

naturaleza transversal de la genética exigirá la colaboración y coordinación de estas Unidades con otras especialidades sanitarias demandantes del diagnóstico y del asesoramiento genético.

En las últimas dos décadas se ha producido en España un desarrollo muy importante de la Genética, en particular del área de laboratorio y mucho menor en el área más estrictamente médica, cuyo objetivo es el diagnóstico y manejo (preventivo o terapéutico) de las enfermedades genéticas o hereditarias.

En este campo se observa una grave deficiencia en el número de médicos con este perfil, casi todos autodidactas y procedentes de otras especialidades, sobre todo Pediatras.

Sin embargo este crecimiento se ha producido sin la existencia del marco normativo de una especialidad, produciéndose consecuencias negativas. Por un lado nos topamos con la inexistencia de formación reglada que ha

conducido a la carencia en nuestro país de genetistas citada.

Por otro, se ha generalizado la precariedad laboral de los genetistas de laboratorio. Pero sobre todo, la ausencia de especialidad ha provocado que, ante la ausencia de Servicios o Unidades de Genética, otras especialidades hayan ido asumiendo parcelas específicas provocando la fragmentación de la atención médica genética lo que redundará en una menor calidad asistencial y seguramente en un incremento de los costes.

En resumen, aunque se apuntan algunas dudas en su planteamiento, el reconocimiento de la especialidad, de su utilidad en el manejo diagnóstico y pronóstico de los pacientes, así como la obligatoriedad de incluir el asesoramiento en la Cartera de Servicios es, finalmente, una buena noticia que debería ser el punto y final de una singularidad histórica de nuestro actual Sistema Público de Salud español.



Salvador Dalí. Exposición del Museo Reina Sofía

Dr. Ciriaco Casquete Román

Dalí, genial pintor y escritor. Ha sido junto a PICASSO el pintor más relevante del S. XX, y no es exageración si observamos su inmenso trabajo pictórico y sus obras literarias. Su aportación a la sociedad fue enorme por el número de óleos, de estudios, grabados, heliogramas, de estereoscopias, diseños de moda y de objetos, escaparatismo, de decoración y vestuario, guiones en óperas, obras de teatro y cine; novelista, poeta, grafista y crítico.

Colaboró con Walt Disney, Alfred Hitchcock, Jean Gaven, Luchino Visconti y tantos otros. Fue un creador global recordando al Renacimiento, pero aportando imaginación, provocación y subversión. Fue oportunista, avaro del dólar y sensacionalista con prensa y público, pero los que le trataron de cerca lo vieron muy inteligente, de vivacidad incansable y con distinción personal exquisita hacia Reyes, grandes galeristas, millonarios, aristócratas y hombres de negocios; aunque también se reunía de forma habitual en Por Lligat con gente muy variada y con sus vecinos pescadores y del personal de oficio que le adoraban. Iba contra las normas culturales y morales, aunque en su última época se acercó a los progresos de la ciencia y de la religión Católica. Podemos decir que fue siempre lúcido, pero loco. Dijo en una ocasión: "La diferencia entre un loco y yo, es que yo no estoy loco".

Sus pinturas aúnan diversos significados y un virtuosismo en el color y en la miniatura (muchos de sus cuadros son pequeños pero de gran trabajo y contenido, sin olvidar, por otro lado, sus obras de gran tamaño). En toda su obra hay poesía, deliciosa luz y color, angustias, sueños, playas lisas y muy amplias como espejos de arena, rocas cortantes y tenebrosas de su cabo de Creus, mucha imaginación y sexualidad. Sus obras son realistas y arrealistas y llegan a mostrar lo invisible.

A. Breton, presidente del surrealismo dijo de él: "Ha logrado equilibrar en sí y fuera

de sí, el estado lírico de la intuición pura". Gala controló sus negocios, su onanismo y la repulsa por el sexo femenino, y así vivieron juntos casi 50 años. El propio Dalí aseguró que "mis pinturas son imágenes extrapictóricas de la irracionalidad concreta", basándose en la teoría que inventó y que llamó "paranoico-crítica".

EL GRAN MASTURBADOR. 1929. 110 por 150 cm. Centro Reina Sofía. Madrid. Legado de Dalí al Estado Español. VER FIGURA 1. Es la obra surrealista más destacada de esta primera época. Dalí pintó este cuadro en el verano de 1929, en Cadaques, donde recibe la visita de Gala, su hija Cecilia, Paul Eluard, Magritte y su esposa, además de la del galerista Gemais, regresando todos a París tras unas cortas vacaciones. Trascurrido un mes Gala, abandona a Eluard y vuelve con Dalí para

vivir con él definitivamente, consiguiendo recuperarlo psíquicamente y haciéndole alcanzar la heterosexualidad. Dalí vio una roca en el cabo de Creus que asemejaba una cabeza humana y la trasladó al cuadro: como un rostro de cera, de rojas mejillas, largas pestañas de parpados cerrado y otras, próximas a ellas, coloreadas. No hay boca y sí una langosta grande descompuesta y llena de hormigas.

El rostro de la mujer, basado en una escultura clásica, simbolizaría a Gala, implicada en una acción sexual rodeada de símbolos fálicos, como el león africano de lengua roja, que repite en muchos cuadros, o una azucena con pistilo fálico, a pesar de ser una flor que simboliza la inocencia, podría también simbolizar la masturbación como sexo



Figura 1

limpio. El rostro obsesivo en forma de roca se representa con iconos complejos a su alrededor: la langosta, piedras, conchas, plumas de colores, suelo rocoso, hormigas y la pareja abrazada donde se observa que la mujer está petrificada. También aparece una figura solitaria que significaría la soledad para el autor.

Vamos a seguir explorando el cuadro y sus significados: el anzuelo es la atadura a la familia, a su padre que buscaba una educación tradicional y autoritaria. Las piedras sobre su nuca serían su pasado y su infancia en la playa de Cadaques. Las pestañas, es algo arriesgado decirlo, la esperanza de Dalí en conseguir sus sueños y sus ideas geniales. Nos recuerda esta idea el cuadro de De Chirico, "El cerebro del niño". La langosta sería un falo, cerca de la boca, pero a la vez sería una fobia hacia estos animales, así como

las hormigas, amontonadas en el vientre y que ascienden por el rostro.

"El gran masturbador" está inspirado en una cromolitografía de finales del siglo XIX, donde una mujer clásica, escultórica, aspira el aroma de una azucena. También se ha señalado a J. Bosch como uno de los autores que más pudo influir en el rostro-piedra-autoretrato de Dalí.

El rostro de Dalí se observa en varias obras desde 1929 hasta 1936, como busto duro y después, hasta 1981 como rostro blando, a los que se bautizaron como 'monstruos'.

Hay un estudio de 1929 en la Colección Petit acerca de ellos, también aparecen en "El rostro perdido" de 1930, y "El Enigma del deseo" de 1929, digno de hacer un comentario algo más elaborado: el rostro es una piedra llena de hoyos con

el texto "Mi madre, mi madre", (señalar que a pesar de las numerosas obras de Dalí, su madre no vuelve aparecer). Dalí consideró ésta una de sus mejores obras. Citaremos la relación de ella con una litografía también de 1929 donde aparece una silueta del Sagrado Corazón con un texto que reza "A veces escupo con gusto sobre el retrato de mi madre", que le supuso la expulsión definitiva de su casa sin un sólo céntimo.

En "El juego lúgubre" de 1929 también aparece el rostro con variantes. En "El retrato de P. Eluart" de 1929 se plantea la posibilidad de que ambos cuadros sean en verdad una lucha entre sus autores por conseguir a Gala.

En "La persistencia de los recuerdos" (Los relojes blandos) de 1931, surge de nuevo la teoría de lo duro y lo blando. Según el, se durmió en la siesta y un trozo de queso de Camembert que dejó sobre el borde de la mesa, al despertar se había resbalado quedando colgado en parte sobre la mesa, y así surgió la idea de los relojes blandos. El rostro de largas pestañas está abrazado en silla de montar por un reloj que parece marcar las seis. En "Los placeres iluminados" de 1931, el autorretrato está sangrando por la nariz. En "La alegoría de la noche... esperanza" de 1940 difunde la idea de la buena suerte por la presencia de la araña sobre el rostro.

Entre 1976 y 1981 pinta cuatro cuadros del "rostro" pero con algunas modificaciones, como la aparición de boca transversal irónica, el rostro blando al que llama monstruo planetario y que está rodeado de ángeles, un caballo y que duerme plácidamente, incluso aparece flotando en el aire detrás de una arquitectura con arcos o duermen varios juntos, casi amontonados en una playa.

GUILLERMO TELL. 1930. Óleo y collage sobre lienzo. 113 por 87 cm. Centro POMPIDOU. París. VER FIGURA 2. Ha llevado a la pintura el inconsciente con una iconografía singular. Cuadro minucioso y detallista influido por Freud, sus obsesiones eróticas y sus problemas personales con la sexualidad y con la autoridad de su padre. Cuando a Guillermo Tell le obligaron a disparar sobre la manzana, Dalí se lo apropió como mito del padre caníbal y amenazador. Guillermo Tell sería Saturno, que devoró a sus hijos, o la relación de Abraham con

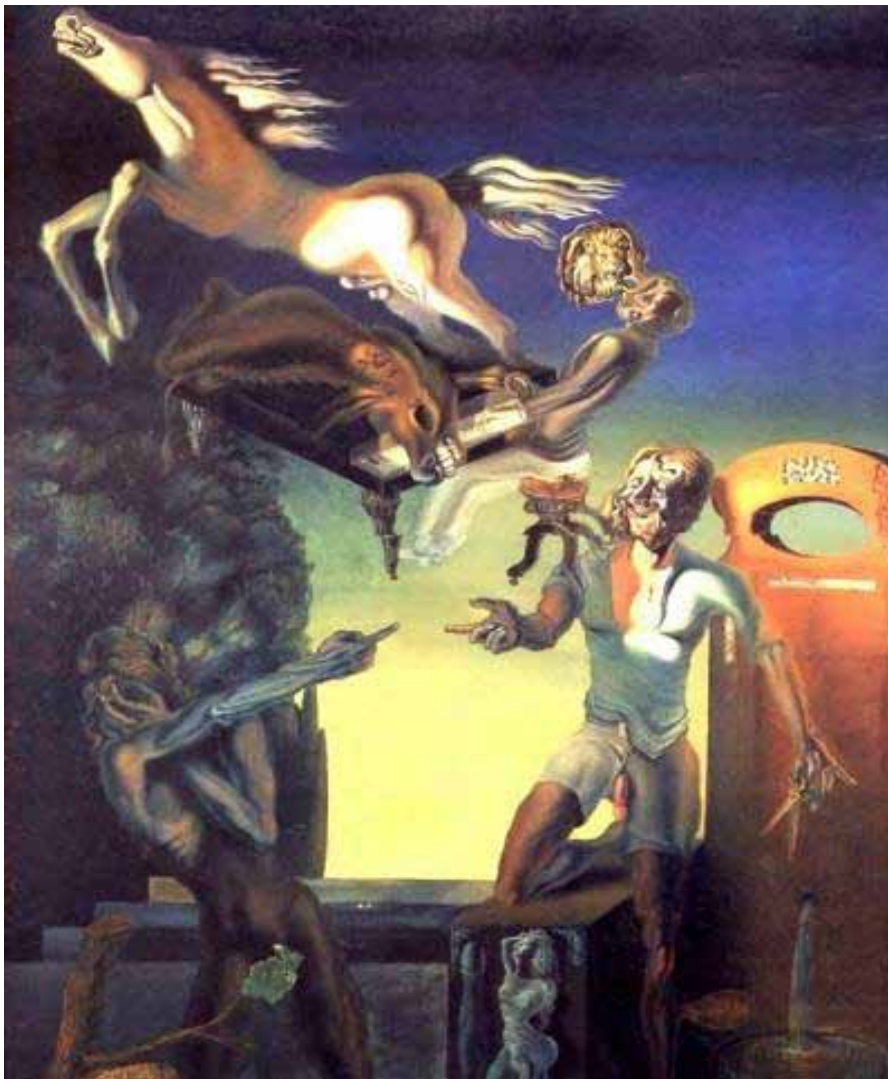


Figura 2.

el Dios Padre. Hay que buscar analogía en la Capilla Sixtina, de Miguel Ángel, con el dedo de Dios señalando la creación de Adán.

Hay que ver aquí, pues, los gestos del padre y el hijo que indican mutua acusación y culpabilidad. La violencia de la castración está en primer plano en la pintura, el padre sostiene unas tijeras junto a una fuente, mientras que los genitales del hijo están ocultos en unas hojas; el padre sonríe irónicamente, desprotegido y medio desnudo.

El padre defiende la familia frente al surrealismo y contra Gala que había pervertido a su hijo, al cual expulsa, pero Dalí hace lo contrario y termina comprando casa en Port Lligat, cerca de su padre. El caballo que vuela, el asno que se pudre en el piano y el amanerado pianista (para Dalí es un símbolo "putrefacto", el odiado burgués).

La figura femenina atrapada en una caja, pero inmaculada, representaría a Gala, amenazada, pero apartada del conflicto. La relación "dura" entre padre e hijo ya se aprecia en el "Retrato de mi padre", una de sus primeras obras. En el cuadro, padre e hijo, están separados, como señala la pata del piano, justo en el medio. Esta pintura perteneció a André Bretón que la conservó toda su vida, hoy en el Museo G. Pompidou.

Hay otras tres obras relacionadas con el tema. Vamos a hacer un breve comentario:

EL ENIGMA DE GUILLERMO TELL. 1933. Se trata de un cuadro desagradable. Guillermo Tell presenta sus nalgas descaradas; la derecha se prolonga en muñón alargado, sujeto por una muleta, y la gorra con el rostro de Lenin se prolonga tanto que necesita otra muleta. Con la pierna izquierda en flexión va a aplastar un bebé (Gala), cuya cuna está debajo de su zapato. Con el brazo derecho aprieta a otro bebé, junto a su pecho, para aplastarlo (es Dalí) o devorarlo. Hay también un reloj blando que representa a Cronos, Dios del tiempo, el devorador. El miedo llega desde su padre y desde Lenin, dos fuentes de temor.

LA VEJEZ DE GUILLERMO TELL. 1931. Varios desnudos femeninos sujetan una sábana amarillo-luminosa con la silueta de un león como si fuera una pantalla

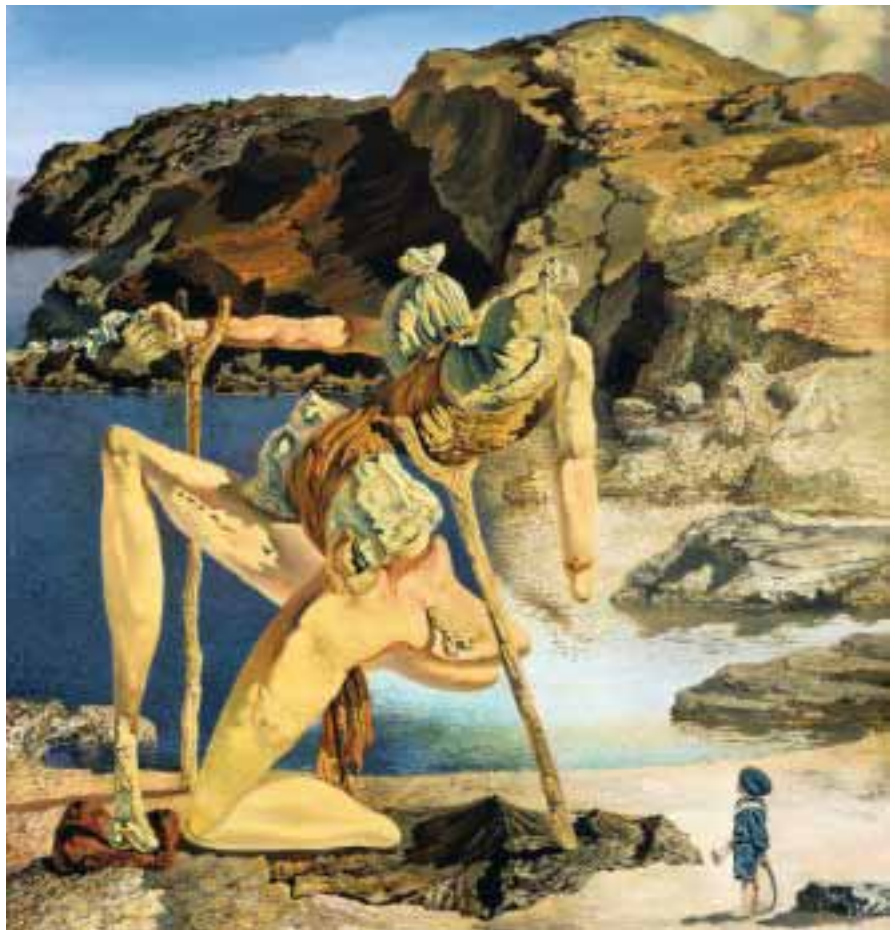


Figura 3.

cinematográfica, sobre una playa larga y lisa. Un león y varias mujeres. Recuerdos. Con la venta de este cuadro pudo comprar la casa de pescadores en Port Lligat donde vivirá toda su vida con Gala. Este es el paisaje de fondo, las rocas y la bahía, más frecuente en sus cuadros.

Comentemos también que hay un dibujo de 1932 titulado GUILLERMO TELL, GRADIVA Y BURÓCRATA, que no llegó a convertirse en óleo y varios estudios para las tres obras anteriormente citadas.

EL ESPECTRO DEL SEX-APPEAL. 1932. Óleo de 18 por 14 cm. Teatro-Museo de Dalí. Figueras. VER FIGURA 3. Primero fue titulada "El espectro de la libido". Esta anamorfosis no es un fantasma sexual sino la representación de lo traumático en la infancia del sexo, como explicación a la masturbación.

El diminuto cuadro es un cadáver femenino donde sus pechos y su vientre son sacos que encierran nutriente no útil, sin cabeza, en descomposición, que destaca sobre la

pequeñísima figura de Dalí de su primera infancia, de marinero con su aro, pero en vez de tener en su mano derecha una vara tiene un fémur distal. Las proporciones son manejadas en forma magistral en el espacio entre el espectro y el niño. Se expresa el momento en que el espectro se va a bañar lo que reporta al niño miedo y espanto.

Es la fobia hacia la mujer. Los sacos y la almohada indican repulsión y sustituyen a la carne. El sexo se oculta por la tela marrón y se complementa con el anaranjado y rojo de las rocas del fondo, de gran belleza. Para Dalí, en lo espectral la anatomía de la mujer puede separarse, desarmarse o exhibirse a su voluntad. Es una disección múltiple difícil de comprender, de matadero, o de disección anatómica.

Nota: se aconseja cotejar el texto con el libro "DALÍ. Obras completas", de Decharnes, Editorial Taschen, para poder ver obra por obra, apreciar sus detalles y poder seguir todos los comentarios del artículo.



La hidroterapia

Tanis Cardillo, de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA)

La hidroterapia es la utilización del agua con fines terapéuticos, tanto preventivos como curativos, denominándose balneoterapia cuando se utilizan aguas minero-medicinales y talasoterapia cuando el tratamiento es con agua de mar.

Desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, el hombre sabía que el agua era un elemento imprescindible para la vida, dotado de propiedades casi mágicas que le conferían increíbles virtudes medicinales.

El agua fue objeto de culto y adoración en muchas culturas ancestrales de todo el mundo y así, por ejemplo, los druidas creían que muchos lagos, fuentes y ríos tenían propiedades mágicas y curativas.

En la antigua Grecia, Homero y Pitágoras destacaban el poder del agua, tanto en su aplicación interna como externa. Hipócrates, el padre de la medicina, consideró la hidroterapia como una importante alternativa terapéutica y así lo reflejó en su "Corpus Hipocraticum" y en el "Tratado de las aguas, de los aires y de los lugares". En Roma ya existía la balneoterapia y Celso y Galeno demostraron sus beneficiosos efectos curativos. La hidroterapia se hizo famosa porque el emperador Augusto curó alguna de sus enfermedades con baños de agua fría lo que puso de moda esta costumbre.

En España, en la época de la dominación romana, ya se conocían algunos de los balnearios que actualmente perduran como Alange, Baños de Montemayor, Archena, Caldas de Montbuí, Caldas de Malavella, Lugo, Sacedón, etc. Estos baños continuaron siendo usados durante la dominación árabe siguiendo las técnicas y aplicaciones del agua que desarrolló Avicena, ya que el Islam consideraba la hidroterapia como algo prestigioso. Las influencias árabes y judías promovieron la proliferación de los baños públicos principalmente en las ciudades de la España meridional.

Durante los años del oscurantismo de la Edad Media, principalmente por motivos

religiosos, la costumbre de los baños cayó en desuso al abandonarse el culto al cuerpo y las medidas de higiene personal.

En la América precolombina también se utilizaba el agua como recurso terapéutico y eran famosos los baños termales de los incas. Leonardo da Vinci denominó al agua "la sangre de la naturaleza".

A partir del siglo XVII reaparece el interés por la hidroterapia publicándose numerosos tratados sobre el tema y organizándose la terapéutica de forma científica siendo la precursora de la futura hidroterapia e incluso de la utilización terapéutica del agua de mar como precursora de la futura talasoterapia.

Destaca la obra del catedrático español Alfonso Limón Montero que en 1687 publica el "Espejo cristalino de las aguas de España" lo que supone la creación de la hidrología española.

A partir de este momento los descubrimientos en el campo de la química impulsaron nuevos tratados científicos de hidrología al permitir la realización de análisis de las aguas, como se expone en esta noticia de la GM:

Los Reales baños de Arnedillo estarán abiertos desde 1º de Mayo hasta fin de Setiembre sin intermisión, y en todo este tiempo estarán en ellos para mayor comodidad de los concurrentes el médico, el administrador, clavero y mozos. El libro intitulado Análisis de sus aguas, hecha por D. Pedro Gutiérrez Bueno, catedrático de química del Real colegio de Madrid, aprobada por el Real Protomedicato, se vende en las librerías de Castillo, Ranz y Tieso, en Logroño en la de Miguel Aymar, y en los mismos baños. G.M. 19-III-1802; 23: 263

La mayoría de esas fuentes y baños, que en tiempos remotos habían estado bajo la advocación de deidades paganas, terminaron bajo la protección de las numerosas vírgenes y santos cristianos. A pesar de la introducción de un enfoque más o menos científico, se consideraba que el origen del poder curativo de las



aguas era casi divino y que era la Divina Providencia la responsable de sus efectos beneficiosos y de las, en ocasiones, curaciones casi milagrosas. Así queda reflejado en el inicio de esta noticia:

Desde la más remota antigüedad han sido célebres por sus prodigiosos efectos las aguas termales de Arnedillo, en la provincia de Rioja, e innumerables los enfermos que han hallado en ellas el remedio a dolencias que creían absolutamente incurables; pero la naturaleza, al paso que proporcionó en ellas al hombre un alivio de los continuos males a que le sujeta su miseria, parece se había empeñado en aumentar, a proporción de lo grande del beneficio, las dificultades de gozarlo. Dos cadenas enormes de montañas escarpadas y de extraordinaria elevación, cortadas por un río pedregoso, que precipitándose de eminencias arrastra en sus avenidas las tierras y las mieses: tal es la vista que ofrecen Arnedillo y sus inmediaciones. Ni había otra senda que guiase al pueblo y sus aguas sino una muy angosta, que entre continuos precipicios y despeñaderos habían abierto los naturales del país, o la madre misma del río que, aunque peñascosa y expuesta, era sin embargo preferible a aquella senda. El marqués

de Fuerte-Hijar, ministro del supremo consejo de Castilla, y superintendente de dichos baños, deseando allanar todas estas dificultades que retraían a muchos enfermos de emprender un viage tan incómodo, tomó las medidas necesarias para que se construyese un camino regular, proporcionando al intento arbitrios que no fuesen gravosos. Y, gracias a la suma actividad e infatigables desvelos de su comisionado D. Juan Josef Iñiguez, tiene la satisfacción de anunciar al público que por el espacio de tres quartos de legua, desde la villa de Herce hasta la casa misma de los baños en Arnedillo, hay ya hecho un camino llano, estable y sobradamente espacioso para todo género de carruages; y se sigue trabajando con igual ahinco en la villa de Autol para verificar el proyecto de que comunique dicho camino con los de Navarra y de las provincias. G.M. 23-VI-1807; 53: 634-635

En esta noticia se detalla la utilidad de las aguas de Panticosa:

Panticosa, en las Montañas de Jaca, 5 de Enero. En el valle de Tena, término de este pueblo, existen unas aguas minerales y unos baños, conocidos con el nombre de Panticosa, que se componen de dos fuentes, llamada la una del estómago, y la otra del hígado: nacen a corta distancia en los enrisca de los Pirineos de Aragón, al pie de elevadas rocas. La primera es sulfúrea; y la segunda contiene muchas partículas vitriólicas y volátiles, con algo



de marciales. Son muy útiles en varias dolencias, y curan sobre todo las cardialgias, caquexias, acedias estomacales, hipocondrias, afectos uterinos, fluxos de sangre y blancos, diarreas, tenesmos, toda flogosis de la sangre, la hemoptisis, fiebres intermitentes, alferencias, úlceras con caries, pútridas y cavernosas, toda especie de rijas, dolores reumáticos, ciáticos y gotosos, retoques de hígado, bazo y otras vísceras, como se ha comprobado por el Médico y Cirujano del lugar D. Gregorio Belio y D. Antonio Morlan, con repetidos experimentos y freqüentes curaciones en el discurso de 24 años. Entre los efectos que estos facultativos testifican en comprobación de las virtudes de estas aguas, se detienen con particularidad en su eficacia contra los afectos de alferencia; pues quantas personas de ambos sexos las han usado para este achaque, han logrado una cura radical. G.M. 12-II-1793; 13: 105-106

En España, el interés por la balneoterapia aparece con retraso en comparación con otros países de Europa, como Francia e Inglaterra, donde hacía tiempo que se habían restaurado las antiguas instalaciones de los baños que habían caído en desuso.

Las clases acomodadas despreciaban este tipo de instalaciones, tanto por falta de higiene como por motivos morales o ideológicos, pero el hecho de que algún miembro de la monarquía, la nobleza o el clero las utilizaran hizo que se despertara de nuevo el interés por las mismas.

Así, la siguiente noticia hace publicidad de los baños de Cestona, haciéndose eco de su numerosa y "distinguida" clientela:

Cestona en Guipúzcoa 5 de Diciembre. D. Juan Antonio de Lizaso, Alcalde y Juez ordinario de esta Villa, deseando dar una prueba pública de las muchas personas que concurren aquí los veranos a tomar las saludables aguas y baños termales que hay en este distrito, tuvo el cuidado de llevar asiento de todas; y resulta que este año pasaron de 300 de varias edades y clases, entre ellas muchas distinguidas, habiendo venido del Reyno de Navarra, Provincia de Alava, Señorío de Vizcaya, y aún desde Málaga, a donde ha llegado la celebridad de estas aguas. Con su uso experimentaron todos o los más de los enfermos mucho alivio en sus dolencias, dirigiéndolos el Doct. D. Ignacio de Izeta, actual Médico de la Villa. Se da esta noticia

al público por lo que interesa al bien de la humanidad. G.M. 23-XII-1791; 102: 933

En nuestro país podemos fijar el siglo XVIII como el inicio del desarrollo de los distintos tipos de balnearios tal como hoy los conocemos. La Ilustración, el advenimiento de la dinastía borbónica y la pérdida de peso de la inquisición, permitió el contacto con las corrientes culturales europeas y especialmente con la hidrología francesa y sus costumbres balnearias. La publicación de la obra "Historia Universal de las Fuentes Minerales de España", escrita por Pedro Gómez de Bedoya y la de Vicente Pérez "El Agua Medicina Universal", ayudó también a la expansión de la hidroterapia en España. Los arquitectos más prestigiosos de la época diseñaron la construcción de los establecimientos de mayor envergadura, muchas veces siguiendo la estética de los baños romanos.

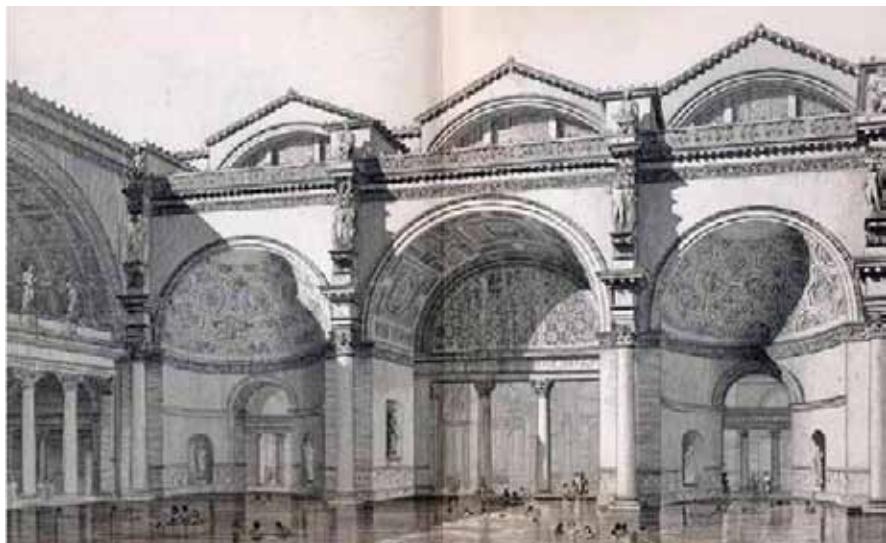
El desplazarse a los baños más famosos para "tomar las aguas" bajo prescripción médica, se convirtió en una demostración de status social, lo que obligó a la restauración de muchos de ellos, como se aprecia en esta noticia:

Madrid 26 de Junio. Los baños de Sacedón, conocidos y acreditados desde la más remota antigüedad, así por la virtud de sus aguas para la curación de varias dolencias, como por la comodidad, que a los necesitados de este remedio ofrecían sus magníficos edificios, habían caído en el estado más deplorable, por no haberse dado ni observado reglas fixas para su conservación; y habiendo esto llegado a noticia del Consejo, lo hizo presente a S.M., proponiendo los medios que juzgó más a propósito para restablecerlos con los planes de las nuevas obras que debían construirse, y las ordenanzas que se formaron para el gobierno económico-político de un establecimiento tan útil a la salud pública; y el Soberano, que nada descuida de quanto puede contribuir al bien y felicidad de sus vasallos, se conformó con esta consulta, dignándose de dar las órdenes convenientes para la más pronta ejecución del proyecto, y para que en su Real Tesorería se tomasen los caudales necesarios en medio de las urgencias de la Monarquía. Las providencias han sido tan activas, que las obras se hallan finalizadas y en disposición de recibir a los concurrentes a los baños, y de darles habitación limpia, cómoda y amueblada de lo necesario. Los

cuartos están situados tan cerca de los baños, que los enfermos pueden pasar a estos sin la menor incomodidad y riesgo: hay personas destinadas a servirlos, baxo la dependencia inmediata de un Capellán zeloso, y de un Administrador, que tiene en los baños su residencia fixa, y cuidarán de que los concurrentes sean asistidos con dulzura y puntualidad. Un Médico y un Cirujano, profesores de confianza, y de un gran conocimiento práctico de las propiedades medicinales de las aguas y de las dolencias a que pueden aplicarse con buen suceso, están destinados a dirigir a los dolientes en el uso de ellas; y para que no falte alguno de los auxilios con que puede el arte socorrer a la humanidad paciente, se ha cuidado de que haya un botiquín, bien provisto de los medicamentos de más común y conocida utilidad; de modo que nada faltará a los concurrentes, que hallarán la asistencia espiritual y corporal que pueden desear, y no solo una provisión abundante de los objetos necesarios, sino aún los que sirven al regalo, como gallinas, pollos, chocolate, confituras &c. S.M. ha puesto este benéfico establecimiento baxo la inmediata protección del Consejo, encargándole proporcione medios de abrir un nuevo camino desde la Corte a los baños, con lo que nada quedará que apetecer a las personas que necesiten del uso de estas aguas termales para la curación de sus enfermedades; y para este año se ha mandado recorrer el camino viejo, a fin de proveer en lo posible de remedio a este defecto. G.M. 21-VI-1805; 50: 541-542

Las clases menos acomodadas se conformaban con las fuentes medicinales locales, en muchas ocasiones sin ningún tipo de control, a las que acudían masiva e indiscriminadamente para beneficiarse de sus efectos curativos. Así se aprecia en esta noticia:

Boal, en Asturias, 13 de Abril. Habrá quatro años que el Lic. D. Pedro Canel Acevedo, vecino y Alcalde mayor de esta villa, descubrió en tierra suya contigua a la casa de su habitación, una fuente mineral, cuyas aguas tienen un estado medio entre caliente y frío: son muy cristalinas y trasparentes a causa de su mucha filtración: su sabor ácido, y el olor extremadamente subido, como de humo de pólvora. Están impregnadas de muchas partículas de azufre, nitro, vitriolo y antimonio: son muy semejantes a las



termales de Berán, Lapiedra y Carvalliño, en Galicia, y a las de Ariño en Aragón, y les superan en la cantidad y abundancia de dichas partículas. La experiencia constante que hay ya de los admirables efectos de estas aguas se ha publicado en todo el Principado, y a muchas leguas de sus confines: de suerte que acude a ellas crecido número de enfermos que logran restablecer su salud, especialmente los que adolecen de obstrucciones de qualquier clase, reumatismo, gota, insultos hipocondríacos, úlceras las más rebeldes, vahidos, vapores histéricos, asma y xaqueca. Curan perfectamente a los que padecen qualquier enfermedad cutánea, como sarna por inveterada que sea, herpes, tiña, erisipela, usagre, costras lácteas en los niños: templan el ardor de la cólera, sanan la diarrea, provocan la evacuación menstrual, y la calman si es inmoderada; por último mueven fuertemente el vientre y la orina. La gran salubridad de estas aguas se manifiesta por el hecho de haberse experimentado diferentes curas en todos los expresados males, tomándolas la mayor parte de los dolientes sin prepararse, ni ser dirigidos por facultativos: no obstante lo qual, no han sucedido desgracias con su uso. G.M. 16-V-1794; 39: 570-571

En la siguiente noticia se aprecia que la cercanía de un manantial medicinal suponía una ventaja incluso para la petición de una plaza de médico:

En el valle de Carranza, señorío de Vizcaya, se halla vacante la plaza de Médico, con dotación de 500 ducados

anuales, pagados por el mismo valle, y además un real por visita: forma este valle un círculo, cuyo diámetro es menor que una legua; se compone de 14 parroquias y 48 barrios con 100 vecinos, y entre ellos varios particulares y clerecía: hay en él una fuente de agua mineral, que por su conocida virtud aumentará los intereses del profesor que sepa apreciarla, por la concurrencia de enfermos que pasan por los pueblos inmediatos a tomarlas. G.M. 8-VI-1804; 46: 514

A principios del siglo XIX con los escritos de Priessnitz y Kneipp, se logra el reconocimiento definitivo de la hidrología y así, en España, en 1816 se crea el Cuerpo de Médicos de Baños, con la intención de colocar a un médico al frente de las instalaciones existentes para controlar su calidad.

En 1866 se incorpora esta terapia en los estudios de Medicina, creándose en 1912 la primera cátedra de Hidrología Médica, lo que permitió el gran esplendor y desarrollo de esta nueva rama de la medicina, que en el año 1883 llegó a su cota máxima con 100.000 "bañistas".

BIBLIOGRAFÍA:

- Rodríguez Sánchez, J.A. (2001). Antecedentes históricos: la(s) memoria(s) del agua. En J. Baeza Rodríguez-Caro (Ed.), Las aguas minerales en España (1-15). Madrid: Instituto Geológico y Minero de España.
- Gutiérrez Rodilla, B M. Sobre la hidrología médica de la España barroca. Medicina & Historia: 1999, nº3



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



Y además,

50%
DESCUENTO

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



Solo hasta el 20 de diciembre o hasta agotar la emisión

4%
DE INTERÉS
TÉCNICO ANUAL
GARANTIZADO

planes de pensiones

CALCULE CUÁNTO COBRARÁ CUANDO TERMINE SU VIDA LABORAL

45 años	50 años	55 años	60 años
44.444	44.444	44.444	44.444
44.444	44.444	44.444	44.444
44.444	44.444	44.444	44.444
44.444	44.444	44.444	44.444

SEGURO DE JUBILACIÓN AHORRO FISCAL 105

La crisis económica ha puesto de manifiesto la importancia de tener prestaciones privadas de jubilación para complementar la pensión pública que actualmente es de 2.548,12€ brutos mensuales. La pérdida respecto al salario medio de un médico puede ser más del 60% de sus ingresos. Por eso Mutual Médica ofrece un rendimiento garantizado para asegurar su jubilación:

- 4% de Interés Técnico Anual Garantizado.
- Posibilidad de cobrar en forma de **capital** o **renta**.
- **Gran ventaja fiscal**: hasta el 100% de las aportaciones son deducibles del IRPF.

Si utiliza Mutual Médica como alternativa al RETA dispone de aproximadamente 5.500€ más para deducirse.



MutualMédica

la mutualidad de los médicos