



Octubre 2014

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



Los Dres. Prieto, Pacheco y Sanz, colegiados en el Colegio de Médicos de Valladolid, resultaron premiados en las categorías de 'Actividades Asistenciales en áreas de Atención Especializada en el ámbito personal', Programa de Transplante Hepático del Hospital Universitario Río-Hortega y 'Actividad Asistencial en áreas de Atención Primaria en el ámbito personal', respectivamente, en los VI Premios a la Sanidad de Castilla y León concedidos por Sanitaria 2000



SEAT

VEN A CONOCERNOS Y DESCUBRE
LAS CONDICIONES ESPECIALES
QUE HEMOS PREPARADO PARA EL
COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

VALLADOLID MOTOR

Pº ARCO DE LADRILLO, 65
TEL. 983 45 74 44



TECNOLOGÍA PARA DISFRUTAR

VALLADOLIDMOTOR.SEAT.ES

El ébola como disculpa

Con frecuencia nos cuesta mucho meternos en la cabeza la necesidad de prestar mucha más atención a la Prevención.

Reaccionamos, y generalmente bien (salvo algunos políticos) cuando ya vemos el problema encima. Es entonces cuando ponemos lo mejor de nosotros, que es mucho, en actitud y conocimiento, pero somos perezosos ante posibilidades o supuestos.

¿Cuántas veces has participado en algún simulacro de incendios en tu centro de trabajo? Si es que alguna vez se han realizado.

La Administración se queda tan tranquila mandando unas instrucciones y uno o dos de los dichosos trajes-equipo para cumplir el expediente, mientras que para otras cuestiones, sin duda mucho menos relevantes, desplaza a los hospitales y centros de salud a técnicos para explicar cualquier asunto relacionado, por ejemplo, con la eficiencia de la prescripción farmacéutica, o cuando solicitan mediante firma el recibí de cualquier notificación burocrática.

En fin, que no se sabe diferenciar lo que es importante de lo que no lo es.

No debemos caer en el estado de indolencia, desfachatez o desvergüenza imperante y hemos de marcar el paso en otra dirección. Muchos de los políticos que nos gobiernan no saben la importancia de lo que tienen entre manos, se ríen de nuestras comunicaciones y reivindicaciones como desprecian el trabajo de la auxiliar de enfermería, que hace lo más arriesgado en estos casos y lo más desagradable casi siempre.

Prevenir quiere decir mantener los asuntos de la salud Pública centralizados en el Ministerio de Sanidad, tener centros de Referencia de alto nivel para actuar en estas situaciones, y que nosotros sepamos valorar en su justa medida las amenazas a la salud, la exagerada del virus A y la chapuza de todo este proceso que esperemos tenga buen final y que nos sirva de escarmiento.



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

El Colegio al Día 5

- Celebración de San Cosme y San Damián
- Los médicos ante el riesgo, artículo del Dr. Nolasco Acarín
- Jornada de la La Fundación 'A de Ayuda Tráfico'
- Entrevista al Dr. Juan José Mateos Otero, Consejero de Educación
- Reflexión acerca de la situación de la Atención Primaria con los Dres. Miguel Ángel Díez García y Roberto García Barbardillo
- Celebración del 25º Aniversario de la promoción 1983-1989 de la Facultad de Medicina de Valladolid

Un día en... 22

- Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Río-Hortega
- Centro de Salud de Esguevillas

Opinión 26

- Deformidades congénitas de la caja torácica y actividad física (II)
- La Traumatología y la Ortopedia en el nuevo milenio. Segunda parte

Arte 36

- 400 años de la muerte de El Greco

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez

Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu

Vicepresidente 2º: José Manuel Marugán de Miguelsanz

Secretario General: José Luis Almudí Alegre

Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández

Tesorero: Luis Quintero González

Vocales: Félix del Campo Matías

Miguel Ángel Díez García

Roberto García Barbardillo

María Eugenia Fernández Rodríguez

Rosa María Pérez Nava

Adela López Tabera

Fernando Rescalvo Santiago

Ramiro Cerdá Gómez

María Dolores Tremiño San Emeterio

Alicia Córdoba Romero

Raúl de la Cruz Marcos

Dirección, producción y edición de la revista:

Elsa García García

Colegio de Médicos de Valladolid.

C/ Pasión 13, 3º.

47001 Valladolid

983.355.488/ 983.351.703

www.medicosva.es

Depósito Legal: VA-225/1963

ISSN: 1132-4678

Impresión: Alcañiz Fresnos S.A.

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

983.206.928

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A OCTUBRE DE 2014

FECHA	ACTO	ASISTENTES
09/07	Reunión Consejo Autonómico. Zamora	Presidente. Dr. Antonio Otero
10/07	Reunión Com-Eval. M. Titulares Interinos	Rep. Adm. Públicas y Empleo Precario Junta Directiva. Dra M ^a Eugenia Fernández y Dr. Raúl de la Cruz
10/07	Reunión M.S.S.S.I. Madrid	Presidente. Dr. Antonio Otero
11/07	Asamblea Medicina Rural. Madrid	Presidente. Dr. Antonio Otero
06/08	Reunión Diagonal Interiorismo, Club Social	Presidente y Secretario. Dres. Otero y Almudí
06/08	Reunión con NSD	Secretario. Dr. José Luis Almudí
14/08	Reunión comisión Permanente	Junta Directiva
28/08	Reunión Ildefonso Pator (Partido Popular)	Presidente. y Vice- presidente I. Dres. Otero y del Río-Hortega
28/08	Reunión Comisión Permanente	Junta Directiva
30/08	Asamblea General OMC. Madrid	Presidente. Dr. Antonio Otero
02/09	Reunión Zitec- Consultores	Presidente y Secretario. Dres. Otero y Almudí
03/09	Reunión Cabal Consulting	Presidente. Dr. Antonio Otero
04/09	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
10/09	Caseta de Ferias de El Norte de Castilla	Presidente y Secretario. Dres. Otero y Almudí

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FEBRERO A MAYO DE 2014

FECHA	ACTO	ASISTENTES
12/09	Asamblea Médicos Jubilados, Madrid	Rep. Junta Directiva. Dr. Ramiro Cerdá
15/09	Reunión Soraya Rodríguez (PSOE)	Presidente. Dr. Antonio Otero
22/09	Foro Renacimiento Sanidad. Madrid	Presidente. Dr. Antonio Otero
24/09	Escuela Salud Pública. Mahón	Presidente. Dr. Antonio Otero
24/09	Apertura curso académico Universidad M. Cervantes	Vicepresidente I. Dr. Juan del Río-Hortega
26/09	Representación Pdte. CGCOM. Madrid	Presidente. Dr. Antonio Otero
26/09	Reunión Sr. Nolasac Acarín, Presidente de Mutual Médica	Presidente y Tesorero. Dres. Antonio Otero y Luis Miguel Quintero
26/09	Asamblea Médicos Atención Primaria Urbana. Madrid	Representante de la Junta Directiva. Dr. Migue Ángel Díez
26/09	160 Aniversario de El Norte de Castilla	Secretario. Dr. José Luis Almudí
27/09	Asamblea Médicos Formación y Postgrado. Madrid	Representante. de la Junta. Dra. Alicia Córdoba
30/09	Premios Sanidad Castilla y León	Presidente y Secretario. Dres. Otero y Almudí
01/10	Reunión Dir. RR. Institucionales Astra	Presidente. Dr. Antonio Otero
02 y 03/10	Jornada BISGS sobre gestión en innovación, creatividad y tecnología	Secretario. Dr. José Luis Almudí
03/10	Patrona Veterinarios	Secretario. Dr. José Luis Almudí
03 y 04/10	Asamblea General OMC. Madrid	Presidente. Dr. Antonio Otero



CURSOS DE VERANO de Inglés en Inglaterra

Cambridge • Oxford • Londres

Cursos de Verano de prestigio y calidad

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

También disponibles
Cursos en:
Alemania
Francia

Salidas desde Valladolid y otros puntos de España



Centros con acreditación de:



accredited by
The British Council



Para información completa:
Queen's Gate School™

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

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

CURSO DE INGLÉS

Días: lunes y miércoles o martes y jueves, por las tardes, según nivel. Cuota mensual: 50 €/mes y 10 € matrícula (pagos trimestrales). Lugar: Aula Colegio Oficial de Médicos. Inicio: miércoles 15 de octubre.

En nuestros cursos lo fundamental es que los participantes se comuniquen en inglés y sean capaces de expresar ideas y opiniones, superando el miedo escénico que supone hablar y entender una lengua extranjera.

CURSO DE FRANCÉS

Esta nueva actividad va dirigida a todos aquellos que deseen recordar el idioma que estudiaron hace años. Formaremos algún grupo con horario de mañana y/ o de tarde. **Sesión de orientación e información:** martes 7, a las 18.00 horas.

CURSO DE INFORMÁTICA EXCEL

Días: los lunes 20 y 27 de octubre y 3,10,17 y 24 noviembre, de 20 a 21,30 horas. Cuota: 15 €. Lugar: Club Social del Médico. Se enseñará la preparación y programación de hoja de cálculo Excel para elaborar automáticamente resultados y gráficas a partir de datos de pacientes. Uso de funciones encadenadas.

IMPRESCINCIBLE APORTAR EL ORDENADOR PORTÁTIL PERSONAL.

Plazas limitadas. Se atenderán las solicitudes de inscripciones por orden de recepción.

CURSO DE MEMORIA

Día: los miércoles, de 11 a 12 horas o de 12 a 13 horas. Cuota mensual: 10 € / persona. Lugar: Aula Colegio Oficial de Médicos. Se darán conceptos generales, funcionamiento de la memoria humana. Ejercicios memoria vista y oído, simples y con dificultad. Ejercicios para casa para no romper el trabajo realizado.

TALLER DE COCTELERÍA CREATIVA

Días: los martes y jueves 21, 23, 28, 30 de octubre y 4 noviembre, de 20:00 a 22:00 horas. Cuota: 48 € / persona, incluye material, juegos sensoriales y bebidas. Lugar: Club Social del Médico. Se trata de aprender a preparar tus propias recetas, conociendo los trucos de un bartender profesional.

CLASES DE BRIGE

Día: jueves, de 17 a 19 horas. Cuota mensual: 40 € / persona.

Lugar: Club Social del Médico. Inicio: Jueves 9 de octubre 2014.

VIAJE A MADRID

VISITA MUSEO ARQUEOLÓGICO NACIONAL.

Sábado, 25 de octubre, 22 €. Incluye entrada y visita guiada. Plazas limitadas.

AYUDAS DE ESTUDIO

El Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, en su deseo de hacer posible los estudios superiores a quienes, reuniendo condiciones para ello, tengan dificultades económicas, convoca OCHO AYUDAS DE ESTUDIO para el presente curso 2014/15, con una dotación de 1.000 euros cada una de ellas.

Más información en las oficinas del Colegio o en el teléfono 983.355.488, así como a través de nuestra página web www.medicosva.es.

Breve crónica de un feliz encuentro

Dr. Julio Lorenzo Portero



El día 26 de septiembre los Médicos Jubilados nos reunimos para festejar a los Santos Cosme y Damian, que durante varios siglos fueron venerados en Valladolid y festejados por la correspondiente cofradía, desaparecida hacia 1.938 y siendo una de sus últimas sedes la iglesia del Rosarillo, tan entrañablemente querida por los vallisoletanos. Mucha historia tiene la devoción a estos santos médicos

que no es de este lugar explicar y que, en mi opinión, debieran tener en la ciudad dedicada alguna calle o placa conmemorativa.

El Colegio queriendo honrarnos, instituyó el "Día del Médico Jubilado", celebración que este año ha consistido en la Santa Misa en la iglesia de San Pablo y en la que se hizo un recuerdo personalizado de cada una de los

membros de la Sección Colegial de Jubilados fallecidos en el último año.

Después una visita guiada al Palacio Real y una comida de amistad, sorteo de regalos y la espontánea intervención de alguno de los asistentes que, de manera festiva, nos contó algún episodio sucedido durante su ejercicio profesional, citaré a Gerardo Ureta, que, con su fino estilo, produjo la hilaridad de los presentes. La concurrencia estuvo bastante bien, la festividad fue una gran oportunidad para reunirse varias generaciones de médicos que ni siquiera se conocían y, por todo lo relatado, hago desde aquí una llamada a todos los médicos de la Sección del "Júbilo" para que al año que viene se doble, al menos, la cantidad de los que asistimos (asistimos, si Dios quiere) a esta entrañable celebración en la que el Colegio, no lo olvidemos, quiere rendir un modesto homenaje a los compañeros que precedieron a los actualmente ejercientes, no dejemos, queridos compañeros, que decaiga la celebración de esta fiesta.

Fuenteolid BMW - MINI

Unico Concesionario Oficial en Valladolid

" Ven a probar nuestros vehículos y aprovechate de las condiciones especiales para el
COLEGIO DE MÉDICOS de Valladolid"



Servicio Oficial i

Fuenteolid BMW Mini

Calle Ciudad de la Habana nº69, 47016, Parquesol VALLADOLID

Tfno: 983 40 88 72

Móvil: 609 86 99 76

www.fuenteolid.bmw.es

La Fundación 'A de Ayuda Tráfico' ofrece su ayuda a los accidentados en el Colegio de Médicos de Valladolid

La organización firmó hace tres meses un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad con la intención de prestar un servicio más integral a las víctimas de estos incidentes

El Colegio de Médicos de Valladolid acogió el 16 de septiembre una jornada organizada por la Fundación 'A de Ayuda Tráfico' en colaboración con el Grupo Recoletas, llamada 'La ayuda a las víctimas de tráfico', en la que se pretendió informar y sensibilizar a los principales implicados en la atención a las víctimas de este tipo de incidentes.

El acto fue inaugurado por el Dr. José María Pino Morales, Director General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Castilla y León, y contó con las intervenciones de D. José Zarandona Fernández, Concejal del equipo del Gobierno Municipal; el Dr. José María Eiros Bouza, Director Gerente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; Dña. Inmaculada Matías Fernández, Jefa Provincial de Tráfico; el Dr. Sergio García Collado, Subdirector Médico del Hospital Campo Grande; y

D. Francisco Marín Martínez, abogado y experto jurídico en accidentes de tráfico.

Presentando a todos ellos estuvo D. José Ignacio Doval, Presidente de la fundación organizadora, quien recordó a los presentes que en los accidentes de tráfico lo fundamental es prestar una pronta ayuda sanitaria a los implicados, "pero también guiarlos en otros ámbitos" ya que las víctimas suelen entrar en estado de shock tras una colisión "y no saben reaccionar".

En este día de sensibilización, D. José Zarandona apuntó que "los accidentes, lamentablemente, ocurren y que "en un momento o en otro", todos podemos necesitar el tipo de ayuda que esta fundación presta porque "está comprobado que casi nadie sabe bien qué hacer en los primeros momentos

después de un accidente". Por su parte, el Dr. Pino explicó brevemente el convenio que firmaron la Consejería de Sanidad y esta fundación el pasado 18 de junio con el objetivo de facilitar trámites tales como seguros, papeleos, trámites por invalidez, atestados, etcétera.

El Dr. Eiros Bouza, por su parte, optó por la contundencia al iniciar su ponencia 'La importancia de acudir a Urgencias tras un accidente de tráfico'. "Según las estadísticas, las tres primeras filas de esta sala morirán en un accidente de tráfico, y muchos otros quedaremos con secuelas o discapacidades derivadas de incidentes similares", aseveró. Es por ello que el Director Gerente del Hospital Clínico Universitario pidió a los presentes que creasen opinión, que fuesen fuente de divulgación entre compañeros y generaciones venideras. "Whatsapead' esto, colgado en Twitter, en Facebook, porque hay que hacer a todos partícipes de la importancia de acudir a que un médico revise las posibles lesiones que se deriven de un accidente de tráfico", apuntó; "porque la gente necesita saber que en mi hospital cada seis horas se atiende a un paciente por este motivo, y que los tramos de edad más afectados por estos incidentes son de los 16 a los 31 años y de los 32 los 47".

Dña. Inmaculada Matías presentó a los asistentes a esta jornada de sensibilización la labor que desde las Jefaturas de Tráfico se realiza; mientras que el Dr. Sergio García Collado apuntó por su parte la importancia de que todos los lesionados de tráfico tengan derecho a elegir el centro médico en el que desean ser atendidos; y D. Francisco Marín reseñó la importancia del derecho a la información de los que sufren estos accidentes.



El Dr. José María Pino, D. José Ignacio Doval y D. José Zarandona al inicio de la jornada

Los médicos ante el riesgo

Dr. Nolasc Acarín, Presidente de Mutual Médica

Como los demás ciudadanos, las y los médicos viven expuestos a los riesgos biológicos como la enfermedad, la invalidez, la jubilación, la dependencia, la muerte, y otros. Son riesgos inherentes a la vida. Para proteger al médico de estos riesgos, en 1920, pronto hará cien años, se creó MUTUAL MÉDICA, una mutualidad de previsión social, sin ánimo de lucro, dedicada exclusivamente a los médicos, que ofrece los seguros de invalidez, jubilación (con el objetivo de garantizar una renta complementaria de mil euros al mes), dependencia, fallecimiento y otros. Con un Consejo de Administración formado por médicos sin derecho a honorarios, tenemos un modelo de gestión original, aunque parecido al de las mutualidades europeas. Los Consejeros deciden el rumbo de la entidad y controlan su marcha, los resultados, el éxito de las inversiones, la aplicación de los beneficios a los mutualistas, y la corrección en el disfrute de los seguros por parte de los médicos.

La gestión diaria está a cargo de los directivos de la entidad, profesionales en la gestión de seguros, inversiones, control de riesgos, diseño de nuevas prestaciones, gestión informática, comunicación, y asesores comerciales para atender las necesidades de los médicos. MUTUAL MEDICA da un servicio continuado las 24 horas del día y todos los días del año.

El modelo de MUTUAL MEDICA ha dado buenos resultados a lo largo de los últimos casi cien años, sin crisis financieras ni sociales. Incluso habiendo sufrido el país una terrible guerra civil, los médicos mutualistas, o sus deudos, percibieron los beneficios de los seguros contratados antes de la contienda. En su web mutualmedica.com, puede consultarse tanto la marcha de la entidad (estado de cuentas, balances, evolución social), como informarse de las propias coberturas

ante los distintos riesgos, y a su vez consultar y contratar los seguros que se consideren necesarios. Por razones de confidencialidad el sistema solo permite consultar los datos individuales propios, no los ajenos. En pocas palabras, cualquier médico español puede contratar el seguro que necesite mediante la colaboración de nuestros asesores comerciales, que se encuentran en los colegios de médicos, en el caso de los médicos de Valladolid al teléfono de la oficina (983.950.500), o bien entrando en mutualmedica.com y contratar directamente el seguro, cualquier hora y día del año, a partir de un panel didáctico, especialmente diseñado para ahorrar tiempo y facilitar el trabajo del médico. Todos los mutualistas tienen como obsequio un seguro de asistencia en viaje de alta eficacia.

Tenemos un programa especial para los médicos jóvenes denominado mutualista joven. Cuando los médicos van a colegiarse el colegio les puede obsequiar con un paquete de seguros gratuito durante el primer año, que al concluir puede continuar, ampliarlo, o rescindirlo. Este seguro le cubre incluso el trabajo en una ONG, formación en el extranjero y los deportes de riesgo.

MUTUAL MEDICA ha operado siempre en estrecha colaboración con los Colegios de Médicos. Si bien la responsabilidad sobre la gestión de la mutualidad recae única y exclusivamente en los órganos de la entidad, una vez al año reunimos a los Presidentes de los colegios con los que tenemos convenio, a fin de informarles de la marcha de la entidad, de los servicios que ofrecemos a sus colegiados, y les agradecemos las críticas y sugerencias. Creo que es de cortesía hacerlo así. Para beneficio de los médicos colegiados ofrecemos a los colegios la contratación de



El Dr. Nolasc Acarín

una póliza colectiva de defunción y/o accidentes que beneficia a todos los colegiados. Se contrata mediante un procedimiento muy sencillo, que respeta en todo momento la ley de protección de datos, y tiene un coste mínimo, ya que la mutualidad lo ofrece a precio de coste sin comisiones ni ganancias.

Para terminar, MUTUAL MEDICA ofrece también productos de ahorro a fin de complementar el seguro de jubilación, mediante aportaciones periódicas o primas únicas el último trimestre del año. Este año ofrecemos y garantizamos una rentabilidad del 3,25% para las aportaciones a este producto de ahorro, con las consiguientes ventajas fiscales exclusivas para los seguros de jubilación contratados con una mutualidad alternativa al RETA.

Deseo que los médicos españoles aprovechen al máximo este buen instrumento de previsión social que es MUTUAL MEDICA, la única mutualidad de previsión social española dedicada a los médicos. Con casi cien años de existencia hemos dado siempre un servicio de excelencia a los médicos y a sus familiares.

Entrevista al Dr. Juan José Mateos Otero

Consejero de Educación de la Junta de Castilla y León

“Desde luego que echo de menos ejercer. Después de tantos años dedicado y ejerciendo mi profesión, la Medicina, siempre se echa de menos. Me gustaría impartir alguna clase”

Si siguiendo con la serie de entrevistas que desde AXIS llevamos realizando a médicos que se decantaron por el ámbito político, este mes hemos entrevistado al Dr. Juan José Mateos Otero, Consejero de Educación de la Junta de Castilla y León.

Este burgalés nacido en 1948 formó parte del equipo de Francisco Javier Álvarez Guisasola, al frente de la Dirección General de Universidades e Investigación. Es licenciado y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid, con la especialidad de Anatomía Patológica. Ejerció como jefe de Sección de Anatomía Patológica en el Hospital Clínico Universitario en 1977 y fue profesor titular de esta especialidad en la Universidad en 1979.

En 1981 obtuvo una beca en la Institución del Cáncer del Gobierno Federal Alemán, en Heidelberg. Entre 1989 y 1992 fue vicedecano de la Facultad de Medicina de Valladolid y entre 1992 y 1999, decano. Además, entre 1996 y 1999 desempeñó los cargos de secretario y tesorero de la Conferencia de Decanos Españoles.

Ha publicado más de 50 trabajos nacionales y extranjeros publicados en la especialidad de Anatomía Patológica. Desde el 30 de julio de 1999 desempeñó el puesto de director general de Universidades e Investigación en la Consejería de Educación, cargo que abandonó en julio de 2007 para ocupar el puesto de Consejero de Educación que ostenta actualmente.

Pregunta.- ¿Cómo pasa de una vida dedicada a la Medicina a otra en la que se ocupa de la Educación?



Respuesta.- Bueno... Realmente, se produce un cambio en cuanto al ejercicio de la Medicina in situ, pero al ser profesor en la Facultad de Medicina, mi vinculación con la Educación se mantiene. Sí es cierto que se produce un cambio, pero siempre he aplicado mi experiencia del ámbito de la Medicina en la propia gestión del sistema educativo con mayor o menor acierto, pero siempre me gusta conocer bien qué es lo que ocurre para poder mejorarlo. El análisis, el diagnóstico y la toma de decisiones las he intentado aplicar en la gestión que realizo en la Consejería de Educación.

El sentido común con el que se trabaja en los actos médicos es un buen método para la gestión educativa.

Pregunta.- ¿Echa de menos ejercer la Medicina?

Respuesta.- Evidentemente, sí. Después de tantos años dedicado y ejerciendo mi profesión, la Medicina, siempre se echa de menos. El contacto con las personas, los equipos médicos, los pacientes en el Hospital y, en el caso de la Facultad, los “colegas” y alumnos, se echa en falta porque se circunscribe al ámbito médico.

No obstante, espero, porque me haría mucha ilusión, en unos meses regresar a la Universidad, aportar mi pequeña experiencia de relaciones humanas en la Facultad de Medicina de Valladolid y, luego, en función de cómo me encuentre, y las posibilidades, poderme jubilar. Y

me gustaría antes de marcharme a casa a ese periodo de júbilo (risas...), poder impartir alguna clase.

Pregunta.- Hablando de Sanidad, ¿en qué cree que se debería educar mejor a los castellano y leoneses?

Respuesta.- Se debería insistir en la necesidad de que los más jóvenes tengan y practiquen hábitos saludables e incidir en el daño que hace el tabaco, el alcohol o los malos hábitos alimenticios y la bondad que tiene una vida sana y el deporte. En cuanto a los mayores, deberían de ser ejemplares en las conductas cívicas y en el respeto a los ciudadanos, incluidos, por supuesto, los médicos. Castilla y León posee una sociedad muy educada, pero podemos ser mejores en este sentido.

Pregunta.- ¿En qué materias sanitarias saca Matrícula de Honor nuestro Sistema Nacional de Salud y en cuáles no aprobaría?

Respuesta.- La Sanidad española posee uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, donde destaca la medicina hospitalaria, que se encuentra en el

máximo nivel, y también es puntera en conocimientos y tecnología para el diagnóstico y el tratamiento.

Tiene la dificultad de gestionar las listas de espera donde, evidentemente, se puede mejorar, pero también necesita la corresponsabilidad de los propios ciudadanos para saber aceptar las prioridades y esperar a las soluciones que se les va dando.

Pregunta.- ¿Qué importancia adquiere en la Universidad de Valladolid la investigación sanitaria?

Respuesta.- La Universidad de Valladolid es una universidad que lleva décadas sobresaliendo en el ámbito de la investigación, donde las figuras de los profesores D. Pedro Gómez Bosque, D. Olegario Ortiz Manchado, D. Sisinio de Castro, D. Pedro Quiñones... Todos ellos son ejemplos con los que nos hemos ido formando en la práctica de la medicina y la investigación.

En la actualidad, los Departamentos de Fisiología y Bioquímica, el IGM y el IOBA son una muy buena muestra muy

sobresaliente de la investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

Pregunta.- Su padre fue Presidente del Colegio de Médicos de Burgos, ¿qué papel cree que juegan estas instituciones en el ámbito profesional médico y cómo ve su evolución en el tiempo?

Respuesta.- Los colegios médicos son una pieza fundamental en la organización de la profesión de la Medicina y también los encargados de velar por la imagen de los médicos. Todas las sociedades modernas disponen de colegios profesionales con los que se puede dirigir correctamente la ética y el modo de relacionarse los médicos entre sí y con la Administración y los ciudadanos.

Es evidente que la sociedad está cambiando mucho y estos cambios deben afectar a los órganos colegiados. Por ello, es necesario que se mejoren sus sedes y las tecnologías que permiten y ayudan a los médicos a desarrollar más y mejor su actividad en una sociedad como la nuestra.



Una charla acerca de nuestra Atención Primaria

Entrevista con los Dres. Miguel Ángel Díez García y Roberto García Barbadillo, representantes de las secciones de Médicos de Atención Primaria Urbana y Rural del Colegio de Médicos, respectivamente

Dos de los representantes de todos los médicos de Valladolid hacen un repaso de la situación que vive la AP en nuestro Sistema Nacional de Salud, desde la figura del propio profesional sanitario hasta la posibilidad que tienen de autogestionarse, pasando por el MEDORA

Pregunta.- ¿Qué papel creen que juega en la actualidad la Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud?

Miguel Ángel.- Quiero reivindicar la definición inicial de la Atención Primaria y las premisas de cuando apareció. Es un método de asistencia que actúa como primer punto de encuentro entre médicos y pacientes, y que actúa como regulador del Sistema Sanitario. Es capaz de hacer una atención integral; es decir, atendemos a la persona en su totalidad, no sólo en lo referente a su físico. Además hace integración de funciones de actuación, de prevención, de atención, rehabilitación, etcétera. Y sobre todo es una atención al paciente basada en el trabajo en equipo.

Y me gustaría aclarar que cuando remarco el que quiero reivindicar estas ideas sobre la Atención Primaria (AP) es porque tengo la impresión de que se ha ido desdibujando y debilitando mucho dentro del modelo, algo que no entiendo



Los Dres. Díez García y García Barbadillo durante su charla acerca de la Atención Primaria

ya que creo que el buen funcionamiento de la AP debería ser la solución eficiente para dotar de sostenibilidad al sistema.

Pregunta.- El médico de AP es la primera toma de contacto del paciente con nuestro SNS, ¿cómo cree que conciben los usuarios esta figura?

Roberto.- Yo te voy a contestar como médico de pueblo que soy. En un pueblo, el médico que trabaja bien hace una labor, como dice Miguel Ángel, completamente integral; pero eso no es de ahora, es de siempre. Hemos atendido partos, hemos limpiado, hemos curado, hemos hecho de sacerdotes, de confesores, de médicos, de psicólogos, de chicos de los recados... Te acostumbras a atender a todo el mundo. Y en estos años de crisis que llevamos todos, se nota que cuanto más aumentan los problemas

de la Atención Hospitalaria tales como pruebas diagnósticas, listas de espera o intervenciones, nuestro papel es cada vez más importante. Los pacientes acuden más para que les solucionemos sus problemas porque encuentran muchas trabas para acceder a los hospitales. A nosotros nos repercute en las labores que hemos de realizar y en las horas de trabajo.

También las Gerencias de Primaria están intentando que nosotros trabajemos en unos campos de asistencia que antes pertenecían a las especialidades. Las patologías y problemas con alta prevalencia en el medio hospitalario acaban siendo de Atención Primaria. Por ejemplo, el control del Sintron antes era exclusivo de hematología, y hoy es compartido con la AP. Es decir, todo depende de la capacidad de los

hospitales; si ellos no pueden, se carga a las espaldas de la Atención Primaria.

Miguel Ángel.- Además yo creo que el problema es que las mentalidades de las Gerencias y las Direcciones es la de que el médico de Atención Primaria es el portero del Sistema Sanitario y que su función es hacer únicamente de filtro para evitar la sobresaturación del hospital. El médico de familia ha de saber hacer esto, pero también debería poder solucionar un montón de problemas de sus pacientes sin tener que derivarlos.

Pregunta.- ¿Se antepone, entonces, la Atención Hospitalaria a la atención Primaria en nuestro Sistema de Salud?

“Se ha desdibujando mucho la figura del médico de cabecera dentro de nuestro modelo, lo que no entiendo. El buen funcionamiento de la AP debería ser la solución para dotar de sostenibilidad al sistema sanitario”

Miguel Ángel.- A mi llama mucho la atención un dato curioso. En los últimos años, el presupuesto relativo de la Atención Primaria con respecto a la totalidad del gasto sanitario va decreciendo. Mientras que se considera que lo ideal sería que alrededor del 25% del presupuesto general estuviese destinado a la AP, debemos andar por el 11%.

Roberto.- Yo creo que eso también tiene que ver con que, dentro de los presupuestos de Sanidad, uno de los gastos más importantes de la AP es la farmacia, un apartado que tanto desde la Consejería como desde nuestro propio buen hacer como médicos hemos intentado mejorar. Aparte de ese apartado, nosotros pocos gastos más producimos. Personal, algo de mantenimiento y deja de contar. Mientras,

por su parte, en el ámbito hospitalario, los gastos en tecnologías, personal, material e inversiones son más importantes.

Pregunta.- Es decir, que cada vez contáis con menos presupuesto y menos personal, pero con más trabajo...

Roberto.- En Primaria, nosotros, cada día somos más eficientes, porque con menos hacemos más.

Miguel Ángel.- Ya pero es que entrar en el tema de la eficiencia... Si está comprobado que lo somos, pero llegará un momento es que ya no se pueda seguir así. Somos el Sistema Sanitario más eficiente de Europa porque somos los más baratos en personal.

Roberto.- Eso está claro. En nuestra comunidad hay muchísimos pueblos y los gastos para mantener un centro de salud o un consultorio son mínimos. Por ejemplo, no tenemos celadores ni administrativos en los consultorios. Es el propio médico el que sube las persianas cuando llega, enciende su ordenador y se pone a pasar consulta, con la ventaja añadida para el gasto sanitario de que el mantenimiento de ese centro lo lleva el ayuntamiento de la villa. Además, en vacaciones se ahorra en sustitutos para médicos, enfermería y personal administrativo.

Miguel Ángel.- Es que es justicia reconocer que ahora mismo la mayor parte de la sostenibilidad del sistema

sanitario español está recayendo sobre los profesionales, tanto médicos como enfermeras.

Pregunta.- A pesar de los recortes, de las jubilaciones, de las dificultades... ¿Seguís con las mismas ganas de prestar la mejor atención posible a vuestros pacientes?

Roberto.- Eso por descontado. Los pacientes te vienen a la consulta y te dicen “es que mi consulta para digestivo me la han dado para dentro de seis meses” y te ves en la obligación de hacer algo porque como médico de familia te sientes responsable de tu cupo. Toda la gente que va a diario a tu consulta te cuenta qué tal está, si duerme o si no duerme, si se casa, si las cosechas han ido bien o mal... y es que a poco humano que seas te es imposible actuar fríamente con ellos, porque terminas siendo algo más que su médico..

Miguel Ángel.- Es que ese tipo de entendimiento es casi imposible de no lograr cuando llevas unos años trabajando y viendo a la misma gente. Yo he estado en el mismo centro desde hace más de 30 años, y acabas haciendo de trabajador social, de médico, de consejero y de lo que en ese momento necesite la persona que tienes sentado delante en tu consulta.

Roberto.- Si es que en los pueblos acabas pasando consulta casi en la



calle mientras cruzas a tomar un café rápido (risas). Te vienen a la consulta porque han ido al especialista y quieren que tú les expliques lo que tienen y qué deben hacer.

Miguel Ángel.- Eso es cierto que lo hacen mucho y lo considero de lo más gratificante que te puede pasar como médico, porque cuando un paciente tuyo de siempre te explica que ha ido a un especialista y le han mandado tomar esto, esto y esto y a continuación te mira y te dice, “¿qué hago?, ¿me lo tomo?”, es la muestra de confianza más absoluta que un paciente puede darte. Está diciéndote que confía plenamente en tu criterio, y es algo que se agradece mucho después de tantos años de dedicación.

Pregunta.- Sin embargo, a veces la gente parece no entender que los médicos siempre pretenden lo mejor para sus pacientes. ¿Teméis que las dificultades con las listas de espera o el mal entendimiento por parte de algunos usuarios aumenten las agresiones a profesionales sanitarios en los próximos años?

Miguel Ángel.- Yo es que en este tema soy muy subjetivo. Creo que el problema es que el sistema genera mucha tensión entre los pacientes y acaban explotando donde no deberían. Es que entiendo que

si es el médico de familia quien le dice a esa persona que la prueba fundamental que necesita se la van a hacer dentro de seis meses y los resultados le van a llegar otros seis meses después, cuando se enfada se enfrenta con quien tiene delante en ese momento.

Roberto.- Exacto, y la paga con el administrador que está en ventanilla, con el médico o con quien esté delante. Pero yo creo que se dan muy pocos casos de agresión. En el medio rural los datos son menores que en el urbano, quizá por la cercanía y la dependencia con respecto al médico, ya que es el único que suele haber y la complicidad con ellos puede llegar a ser mayor en zonas rurales más pequeñas.

Pregunta.- ¿Es esa complicidad con sus pacientes uno de los motivos por los que se aguanta mejor la sobrecarga de trabajo de la que se quejan desde la Atención Primaria?

Roberto.- Podría ser (se ríe). Pero existe una perversión de nuestro sistema. El médico de Primaria que trabaja más y mejor, más trabajo tiene, más gente le va y más te consultan. Los que no cumplen, pues sus pacientes o se cambian de cupo o procuran no ir. Y como médico implicado con tus pacientes, cuando uno tiene un problema y le tienes que derivar a un especialista, procuras mandarle al

más trabajador, al que mejor sabes que lo hace, mientras que al que pasa de puntillas por su trabajo no le derivas casi casos.

“Muchos pacientes vienen a la consulta después de ir al especialista para contarte lo que les ha dicho y preguntarte qué han de hacer, porque confían en tu criterio, y eso es de lo más gratificante que te puede pasar”

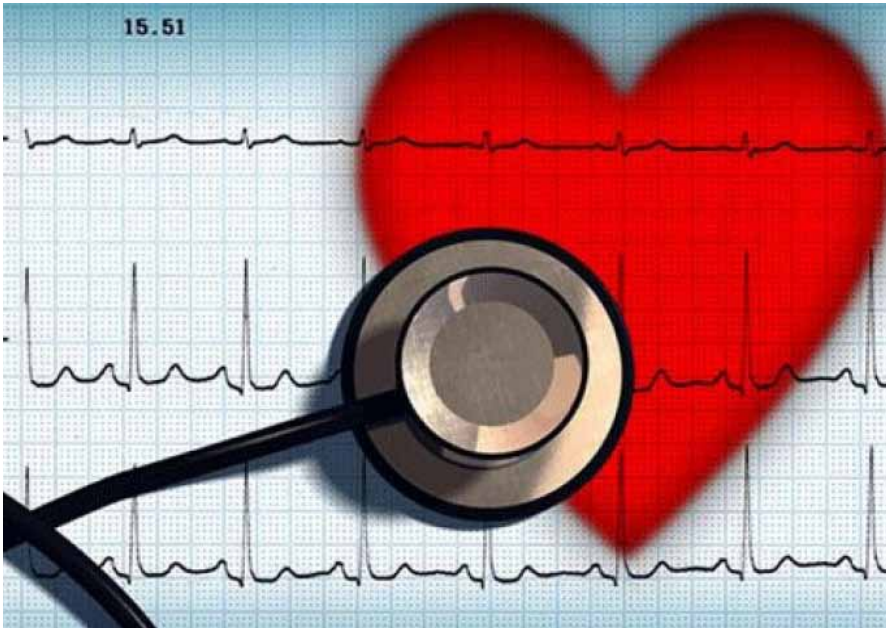
Debido a esto, parece que el hacer bien las cosas, esmerarte en ser bueno en lo tuyo y en tener contentos a los pacientes se convierte más en un ‘castigo’ que en una recompensa.

Pregunta.- Ya han comentado que el médico ejerce muchos más papeles que el de un simple profesional sanitario. ¿Debería también añadir a esa lista el de gestor de las nuevas Unidades de Gestión Clínica?

Roberto.- Sin llamarlo Gestión Clínica, Unidades de Gestión o Autogestión, los profesionales de la sanidad realizamos siempre gestión: cuando decidimos este u otro medicamento, cuando derivamos o no al otro nivel asistencial, a Urgencias, cuando extendemos una baja laboral, cuando realizamos un informe de dependencia, cuando pedimos una prueba complementaria, etcétera. También cuando dedicamos nuestro tiempo no laboral a formarnos, a acudir a charlas, coloquios o congresos.

Miguel Ángel.- Pero yo tengo una vivencia de pérdida con respecto a la ‘gestión’ que ya hacíamos hace años y años. Había una época en la que hacíamos todo eso que dices pero estando mucho más implicados en todo lo que tenía que ver con tu Gerencia.





Roberto.- Quizá había más ilusión, y partíamos de muy poco sabiendo que íbamos a más. No teníamos nada y aquello prometía mucho, pero ahora llevamos seis años parados.

Miguel Ángel.- Yo creo que lo que había era una mayor sensación de que quien te dirigía confiaba en ello lo mismo que tú. Ahora se tiene una sensación de total pérdida de autonomía. Realmente puedes gestionar personal, pero la capacidad de organización, de relacionarte con tus gerentes y tu dirección, de tener esa relación bidireccional... Todo eso se ha perdido por el camino.

Roberto.- Se han hipertrofiado los equipos de gestión, tanto en el Hospital como en Primaria. Las Gerencias han ido aumentando sus recursos de personal. ¿Si los equipos de AP y Servicios Hospitalarios se autogestionaran, disminuirían los equipos de gestión en las direcciones?

Pregunta.- ¿Y creéis que el nuevo planteamiento que proponen ahora puede cambiar ese estancamiento que se ha producido hace un lustro?

Miguel Ángel.- Yo sigo pensando que hay que recoger el guante que se nos ha lanzado y aceptar el reto porque profesionalmente llevamos toda la vida

diciendo que las cosas no funcionan porque no hay los suficientes médicos en las tomas de decisiones, por lo que si te dan la opción de cambiar esto, aprovechémoslo. Las experiencias que se han llevado a cabo en nuestra comunidad a este respecto han sido gratas, y ya no tanto económicamente hablando, sino en grado de satisfacción de los profesionales porque el clima de trabajo y de implicación era mayor en sus puestos.

Pero creo que para que esto llegue de verdad a algún sitio es importante pedirle

a la otra parte (las gerencias) que se lo crea, que el diseño de los objetivos y de los sistemas de información y evaluación sea algo negociable y compartido.

Roberto.- Además de la necesidad de que los directivos creen en este proyecto, se tiene que tener en cuenta que para que un equipo asistencial pueda acometer esta tarea debe contar con unos medios humanos y materiales suficientes, así como con ayuda y asesoramiento de profesionales con conocimientos en gestión administrativa. Si tienes un equipo que es deficitario en personal sanitario, administrativo y con escasos medios técnicos... ¿cómo vas a sacar más rendimiento en esas condiciones?

Entre los centros de salud de Valladolid hay muchas desigualdades, y no solamente entre los centros urbanos y rurales, sino entre los mismos rurales. Tecnológicamente estamos peor que los urbanos. Los ordenadores son más obsoletos, las impresoras más viejas, en muchos consultorios directamente sólo se dispone de tablets porque no se contempla que tengan ordenadores o impresoras. Lidiamos a diario con deficiencias tecnológicas y materiales. Ante estas situaciones las únicas soluciones son aumentar gasto (que no se va a hacer) o tiras con lo que tienes, pero entonces que no te pidan que gestiones.





Miguel Ángel.- No te engañes. Nuestra situación es un símil con un tubo de dentífrico. Puede parecer que está vacío, pero si lo exprimes un poco más, sigue saliendo (se ríen).

Roberto.- Si lo sé. Al final nuestra profesión es muy vocacional, y aunque haya días en los que crees que no puedes más, en los que te cansas, en lo que te quejas y protestas, obviamente te gusta tu profesión. De hecho, aquí en el Colegio hacemos cursos por las tardes y la gente viene en vez de quedarse echándose la siesta; perdemos muchos sábados haciendo cursos para actualizar conocimientos en determinadas materias y todo eso es porque te gusta lo que haces.

Pregunta.- ¿Los días que no funciona MEDORA os gusta un poco menos lo que hacéis?

Roberto.- Puff... (se ríen). A ver, es que se tiene que entender que nuestra herramienta de trabajo es el MEDORA y si esa herramienta se cuelga cada dos por tres y te interrumpe la consulta cuando tienes que atender a 50 personas, ¡no avanzamos!

Miguel Ángel.- La última vez que me ha perdido información recién guardada, que yo me haya podido dar cuenta, claro, fue esta mañana; y eso no se puede permitir, porque ya no es sólo que te retrase en tu día a día, es que perdemos información que a nivel legal nos pueden pedir y a ver a qué juez le explicas que según los datos que tienen sí que tenías a ese paciente en

consulta ese día pero que no dispones de la información que te solicitan porque la perdió MEDORA.

Roberto.- Pero es que encima de funcionar lento o funcionar mal, hay otro problema. Se han ido creando otros programas informáticos para la gestión de datos en la consulta o para llevar el tema del Sintron, y en vez de estar todo pensado para compatibilizar la información, la pedida de citas, las conexiones, etcétera, tenemos que manejar más programas o hacer cinco papeles diferentes para pedir algo, a veces a mano.

A mí me llama la atención que los especialistas tienen lista de espera, las matronas tienen lista de espera, los fisios tienen lista de espera... Nosotros no. Nosotros que en teoría somos la pieza fundamental, la puerta de entrada al Servicio Nacional de Salud, la piedra filosofal de la Medicina, el eslabón principal, el pedestal donde se asienta todo el sistema (se ríe mientras lo comenta), nosotros no tenemos derecho a nada. Tengo que atender a todos los que lleguen, y en los pueblos te aseguro que son muchos porque no tenemos administrativos que regulen las citas. Así que si encima no tenemos programas que nos respondan adecuadamente para poder tratarlos de forma rápida y eficiente, un día de consulta puede llegar a ser un caos

Pregunta.- ¿Ven necesidad de que

en AP existan tres sociedades como la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)?

Roberto.- Me parece absurdo que en Primaria tengamos tres sociedades, cada una por su parte, con congresos provinciales, regionales y nacionales anuales e independientes.

Miguel Ángel.- Es algo ridículo. Y además yo creo que a la gente que no está metida en ninguna sociedad le chirría. Es una fuente de permanentes conflictos. Estamos en un momento muy bueno para intentar hacer un esfuerzo por la unificación.

Pregunta.- ¿Tenéis alguna conclusión con la que acabar?

Miguel Ángel.- Pues que pese a todo, esto merece la pena. Es así de sencillo. Es algo que te engancha.

Roberto.- Si no, no estaríamos aquí. La AP debería estar más reconocida y tener más medios. Los que trabajamos en ella deberíamos estar más formados y orgullosos, pero es maravillosa y nos encanta.

Miguel Ángel.- Y si no, ya sabes amigo... Haber elegido muerte (ríen).



La Facultad de Medicina de Valladolid celebra el 25º aniversario de los estudiantes de la promoción de 1983 - 1989

El decano, el Dr. Ricardo Rigual, invitó, a los casi 100 asistentes a esta jornada de celebración y reencuentro, a que disfrutasen de la que fue su casa durante tantos años de carrera

El pasado 27 de septiembre se celebró el 25º aniversario de la promoción de Medicina de los años 1983-1989. Con motivo de este feliz acontecimiento, la Facultad de Medicina organizó un acto en honor de estos antiguos estudiantes, presidido por el decano de la misma, el Dr. Ricardo Rigual.

En la inauguración del acto, tomó la palabra en primer lugar el Dr. Pedro Enríquez, en representación de todos sus compañeros, para recordar anécdotas del pasado, de los años de universidad y momentos compartidos en aulas y pasillos. Quiso hacer una mención especial a algunos profesores que marcaron sus años de carrera y que ya nos dejaron hace unos años, como el Dr. Carreres, el Dr. Manso y el Dr. Calvo Gridilla. Además, tuvo un emocionado recuerdo para los compañeros fallecidos en estos 25 años (Carlos Mesonero, Ángel Velasco y Almudena Barcena). Tras las palabras del Dr. Enríquez, se procedió a la proyección de una película realizada a partir de



Los asistentes de la promoción al acto oficial en el anfiteatro López Prieto



Todos los invitados posan en una foto de familia a la salida de la Facultad de Medicina

fotos hechas durante la carrera, que consiguieron arrancar muchas sonrisas y alguna lágrima entre los asistentes.

La jornada terminó con unas sentidas palabras agradecimiento del decano, quien les invitó a disfrutar durante un día más de la que durante tantos años de esfuerzos y estudios fue la casa de todos ellos.

Posteriormente se celebró una comida de hermandad en el patio herreriano donde hubo ocasión de departir y compartir diversas experiencias relacionadas con el ejercicio de la profesión. Es de destacar la presencia masiva de compañeros que acudieron en un número cercano a la centena y provenientes de muy diversos lugares de la geografía española.

MOVIMIENTO COLEGIAL/ Agosto - Septiembre

ALTAS

D ^a . Lucía Vera Pernasetti	Traslado de Navarra
D ^a . Cristina Ferrer Perales	Reingreso
D ^a . Laura Fraile Casares	Traslado de Palencia
D ^a . María del Pilar Concejo Cútoli	Traslado de León
D. Miguel Renuncio Galerón	Traslado de Palencia
D ^a . Leticia María González Martín	Traslado de Ávila
D ^a . Elena Izquierdo Delgado	Traslado de Burgos
D ^a . Sara Blanco Sanfrutos	Reingreso
D ^a . María Martín Hernández	Traslado de Salamanca
D ^a Iratxe Zabalga Aguirrezabala	Traslado de Guipúzcoa
D. Jorge Cuevas González	Traslado de León
D ^a . M ^a . del Carmen Fraile Alonso	Traslado de Álava
D. Juan Parejo Matos	Ingreso
D. Francisco Peñato Luengo	Ingreso

BAJAS

D. Eduardo Martín Vega	Traslado a Logroño
D ^a . Andry Celeste Terrero Noboa	Traslado a Santander
D ^a . Ruth Esther Tavares Paniagua	Traslado a Alicante
D. José Luis Gredilla Fernández	Fallecimiento
D ^a . María del Pilar Blanco López	Fallecimiento
D ^a . Carmen Carro Bello	Traslado a Asturias
D ^a . Alba Luz Vargas García	Traslado a Barcelona
D ^a . Ana Hernández Carro	Cese
D ^a . Irene Rupérez San Emeterio	Traslado a Madrid
D ^a . Adriana Roa Ballesteros	Cese
D ^a . Carolina Cantos García	Cese
D ^a . Aura Cecilia Morris Montoya	Cese
D ^a . Clara Vázquez Alfageme	Cese

Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Río-Hortega

Por la Dra. María Luisa Arranz Peña, Jefa del Servicio

El Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Río-Hortega se creó hace más de 40 años en el antiguo Hospital, próximo al Río Pisuerga, y durante este periodo de tiempo ha realizado la cobertura asistencial de la actividad de análisis clínicos, tanto para pacientes hospitalizados como para los procedentes de las consultas de Atención Especializada y de los Centros de Salud del Área Oeste de Valladolid. La población atendida actualmente es próxima a los 250.000 habitantes.

La ubicación del Servicio en el nuevo Hospital del Río-Hortega, desde 2009, supuso la oportunidad de implantar un moderno sistema de organización (rediseño de flujos y entornos), donde los avances tecnológicos desarrollados en los últimos años (reingeniería de procesos),

han permitido consolidar distintas tecnologías en un sistema altamente robotizado, integrando instrumentos analíticos con servicios pre-analíticos, analíticos y post-analíticos, logrando una optimización de recursos humanos y técnicos. Este modelo ha supuesto una mejora sustancial en la atención clínica de las necesidades demandadas por los profesionales sanitarios, mejorando la eficacia, la calidad y la seguridad de los procesos, en definitiva se reducen los tiempos de respuesta lo que supone llegar a la toma de decisiones de los distintos servicios clínicos, a través de la recepción y el envío de peticiones y resultados por vía telemática.

La ubicación del Servicio de Análisis Clínicos en el nuevo Hospital es en la planta principal, al final de un largo pasillo

que se abre a la derecha de la entrada y que conduce a los diversos Laboratorios (Hematología y Microbiología), que están configurados como púas de un peine, en número de ocho y con una extensión de 270 metros cuadrados para cada una de ellas.

El Servicio de Análisis Clínicos está estructurado según unidades operativas que incluyen las de Bioquímica Core, Líquidos biológicos, Autoinmunidad, Serología vírica, Hormonas, Proteínas, HPLC y Toxicología, Citogenética y Genética Molecular. Adicionalmente, incluye la funcionalidad de una Unidad de extracciones y de un Laboratorio de 24 horas, compartido con el Servicio de Hematología, que permite ofrecer un servicio abierto las 24 horas del día. Todas las unidades cuentan con





tecnología avanzada para la realización de las determinaciones analíticas, de acuerdo con las directrices obligadas de garantía total de las mismas, procesando diariamente las correspondientes a más de 1.500 peticiones/ día. El número total de determinaciones analíticas realizadas en 2013 fue de 4.250.000, de las que el 50% fueron solicitadas desde Atención Primaria. Las pruebas urgentes realizadas fueron 600.000.

El Servicio de Análisis Clínicos cuenta, como recursos humanos, con 10 Titulados Superiores, siete Diplomados en Enfermería, 16 Técnicos de Laboratorio, dos Auxiliares de Clínica y tres Administrativos. Valores destacados de estos profesionales son su competencia y grado de coordinación. Su funcionamiento como equipo está dirigido a la consecución de objetivos como la atención y seguimiento de

pacientes, la fiabilidad, calidad científica y tecnológica de los resultados y la rapidez en la entrega de estos. De hecho, las sociedades científicas han acreditado como resultados buenos o excelentes el 76,5% de nuestra producción analítica y nuestros tiempos de respuesta han llegado a ser de 45 minutos para las pruebas rápidas y de 60 minutos para las del sistema cadena automatizada.

Las unidades de Citogenética y Genética Molecular, desde 2012 son Laboratorio de Referencia para nueve Hospitales de la Comunidad. Donde se procesan más de 35.00 determinaciones anuales.

La actividad asistencial del Servicio de Análisis Clínicos se ve completada con actividades docentes e investigadoras significativas. La docente, exigida por la presencia de facultativos residentes de la especialidad, se concreta en la

realización de 60 sesiones intra-servicio anuales y la participación activa en las sesiones clínicas generales del Hospital, así como cursos y talleres de ámbito hospitalario. La producción investigadora anual del Servicio es de 10-12 artículos, 10-16 *proceedings* y comunicaciones a congresos, y 1-2 Tesis Doctorales. Actualmente, se cuenta con tres proyectos de investigación certificados.

Respecto a una visión de futuro, el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Río-Hortega es enteramente optimista: somos garantes de la continuidad de nuestro esfuerzo y contamos, entre otras fortalezas, con un entusiasmo creciente para continuar a proporcionando servicios de máxima eficiencia y calidad, que contribuyan a que nuestro Hospital sea puntero en la Sanidad Pública.

CENTRO DE SALUD DE ESGUEVILLAS

Las instalaciones de este centro son en la actualidad un bloque prefabricado, ya que el edificio que lo albergaba antes quedó inutilizable debido a las grietas y el mal estado que presentaba. Están a la espera de una obra en las escuelas que permita acoger el centro educativo y un nuevo espacio para atender a los vecinos del municipio, pero ésta se ha visto interrumpida por el inicio del nuevo curso escolar

Esguevillas de Esgueva se encuentra en el centro del Valle del río que lleva el mismo apellido que la villa. Una zona de inmensos castillos y bonitas murallas antiguas que alberga a día de hoy pocos turistas, “a pesar de que tenemos 4 ó 5 casas rurales”, comentan los médicos del centro de salud.

Estos nos reciben en la sala de reuniones del bloque prefabricado que ahora mismo está siendo utilizado como centro. “El antiguo edificio (que se ve desde las propias ventanas de estas instalaciones) comenzó a presentar grietas demasiado importantes y defectos”, explicaron, “por lo que un arquitecto aconsejó que dejase de utilizarse para ese fin”.

Es por ello que después de un cuarto de siglo en un mismo emplazamiento, los cuatro médicos, tres enfermeras, la administrativa y el veterinario que forman la plantilla de este centro se mudaron a este local prefabricado “donde en verano hace mucho calor, en invierno mucho frío, y donde se oye todo de una sala a otra”.

La posibilidad de cambiar de nuevo de sitio todo lo necesario para atender a los vecinos del municipio, está en el aire, ya que parece estar previsto que se reformen las escuelas del pueblo para dar cabida a las aulas y al centro de salud, “aunque con el inicio del nuevo curso escolar parece que estos planes se han quedado en el aire”, comentaron los profesionales sanitarios.

Con un total de 13 pueblos en su zona de visitas y una población de cerca de 1.800 habitantes, el espacio físico donde pasar consulta se convierte en un problema. “Hay algunos consultorios que



Vista exterior de las instalaciones prefabricadas que se usan actualmente como Centro de Salud



Sala de análisis, donde se están realizando extracciones de sangre



Sala de reuniones, con los portátiles de los médicos sobre la mesa



Una de las consultas que se encuentran dentro de las instalaciones



Recepción del centro de salud



Zona de las escuelas donde se pretende reubicar el centro

están bastante mal”, reconocieron; “las condiciones que tenemos en ellos no son las mejores, la verdad”, aseguraron, “aunque nos desplazamos con nuestros portátiles e intentamos hacer lo que podemos con los medios que se nos dan”, apuntaron los médicos de este centro, que acusan el tener que hacer “demasiados kilómetros al día” para poder dar la mejor asistencia a todos los pacientes que tienen distribuidos por la zona del Valle, ya que la carretera que han de recorrer semanalmente comienza

en Renedo y termina en Tórtoles, lo que supone más de 50 kilómetros de recorrido de una población a otra.

Los pueblos de estos parajes, algunos más pequeños que otros, presentan escenarios muy pintorescos, con una gran cantidad de monumentos castellanos que visitar y campos inmensos para descansar. Pero los turistas y los jóvenes cada vez acuden menos. “En verano se triplica la población que debemos atender y también se rejuvenece un

poco”, explicaron, “porque durante la mayor parte del año, la nuestra es una población muy envejecida”.

Con un 80% de sus pacientes superando los 65 años, los trabajadores de este centro comentaron entre sonrisas que sólo tienen tres niños menores de dos años entre la lista de pacientes, por lo que el pediatra y la matrona que forman parte del equipo, y que comparten con otros centros cercanos, sólo acuden a Esguevillas cada quincena.

Deformidades congénitas de la caja torácica y actividad física (II)

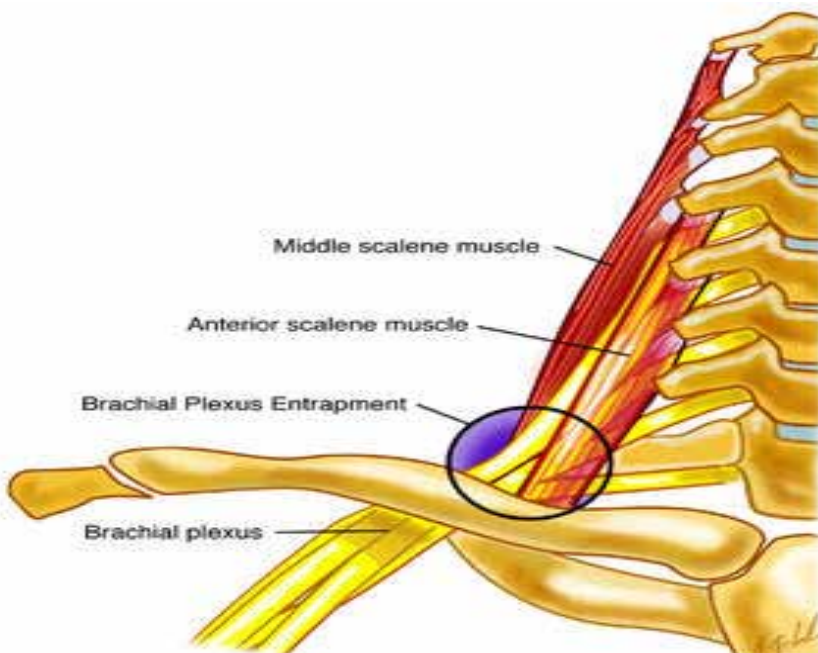
Dra. Raquel Blasco Redondo, especialista en Medicina Interna

Dr. Félix Heras Gómez, especialista en Cirugía Torácica

Hola, queridos compañeros, ¿qué tal resultó ese verano? Quiero, con vuestro permiso, seguir dedicando estas entradas de Axis, a Félix Heras Gómez basadas como os comenté anteriormente en nuestro trabajo conjunto. Un abrazo, Félix.

En la anterior entrada hablábamos de las lesiones que condicionan disminución del diámetro anteroposterior del tórax y programamos continuar con esta siguiente con Síndromes de compresión cervicotorácicos relacionados con el ejercicio y Parálisis/disfunción de los músculos de origen torácico.

SÍNDROMES DE COMPRESIÓN CERVICOTORÁCICOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO. TOC (THORACIC OUTLET SYNDROME O SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO) Y SÍNDROMES COMPARTIMENTALES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR



El síndrome de compresión relacionado con el deporte se puede definir como un conjunto de síntomas clínicos producidos por la compresión de nervios y vasos que están rodeados por tejidos y que aparecen o se exacerbaban en relación con la actividad física. El resultado es dolor y debilidad muscular en aquellas áreas en donde el espacio útil para los tejidos (músculos, nervios y vasos sanguíneos) está limitado.

Durante la actividad física estas estructuras se edematizan, aumentan de tamaño y presionan contra otros elementos y sufren isquemia denervación, inflamación e incluso, necrosis.

El resultado de la compresión del nervio es una incapacidad de transmitir el impulso bien por daño directo, como consecuencia de la compresión de las

fibras nerviosas o bien por hipoxia de las mismas.

La compresión de las venas conduce a desórdenes angioneuróticos caracterizados por edema y cianosis que aparecen como resultado de la disminución de flujo mientras las arterias permanecen intactas.

La compresión arterial se produce debido a una isquemia aguda o crónica como resultado de un insuficiente flujo de sangre que afecta a la región o a complicaciones locales de las arterias que pueden incluir, aneurismas o microembolización distal.

Existe una gran variedad de cuadros compresivos de estructuras nerviosas y vasculares que pueden aparecer en los atletas y en personas físicamente muy activas y que presentan cuadros menores de anomalías cervicotorácicas. Las más comunes son el síndrome del desfiladero torácico y el síndrome compartimental agudo y crónico de la extremidad superior.

Etiología

A pesar de que estos síndromes fueron establecidos y definidos en 1956 por Peet (1-3), a menudo se diagnostican con dificultad fundamentalmente porque son debidos a muy diferentes causas no todas, aunque sí la mayoría, debidas a malformaciones cervicotorácicas.

Las más comunes son: costillas supernumerarias cervicales, síndrome de Naffziger (o síndrome del escaleno anterior), síndrome costoclavicular, síndrome del músculo pectoral menor, síndrome de la cabeza humeral y síndrome de la trombosis venosa de la vena axilar relacionada con el ejercicio entre otros. (1)

Fisiopatología

El nivel y tipo de compresión o estiramiento neurovascular es sin duda el responsable de la sintomatología clínica. (4)

Los deportistas que padecen un TOS pueden ser agrupados en 4 grupos según



presenten sólo alteraciones, nerviosas, arteriales, venosas o sintomatología mixta.

Aproximadamente el 95% de los pacientes padecen síntomas neurológicos aunque la mayoría de éstos están asociados con cuadros vasculares.

El tipo neurogénico, el más frecuente de los TOS, normalmente padece de disestesias (hiperestesia, hipoestesia o parestesia), alteraciones vasomotoras y dolor que puede afectar a cualquier parte alta del miembro superior o irradiar al cuello o región preesternal imitando una pseudoangina de esfuerzo.

Ocasionalmente podemos observar una atrofia muscular como consecuencia de la denervación, pero no es habitual en los individuos entrenados.

El tipo venoso se suele asociar con edema que afecta a la cintura escapular e incluso

cianosis de mano y dedos ipsilaterales que aparecen en relación con el esfuerzo.

La forma arterial se describe como una isquemia aguda o crónica en los miembros superiores o bien con la presencia de complicaciones locales como un aneurisma de la arteria subclavia o microembolismos distales (5,6)

La aparición de los síntomas relacionados está en relación con determinadas posiciones que adquiere el cuerpo, como pueden ser la caída fisiológica de la cintura escapular o anteversión de la pelvis con hiperlordosis lumbar compensadora o del miembro superior.

Sin embargo, la aparición de la sintomatología clínica en relación con el ejercicio prolongado tiene gran importancia para la evaluación del grado

de lesión, así como el alivio e incluso la desaparición del dolor cuando se recupera la posición neutral o desaparece el esfuerzo.

El TOS aparece casi siempre en deportistas jóvenes especialmente aquéllos que practican disciplinas de fuerza (culturismo, levantamiento de peso, remo, piragüismo) así como en deportes que requieren gran amplitud de movimientos en la cintura escapular (gimnasia deportiva y natación) (7,8)

Diagnóstico

El diagnóstico de TOS consiste en test clínicos encaminados a provocar la compresión por la abducción del hombro (test de Wright), la abducción y rotación externa del hombro (AER test) y mediante la maniobra de Adson. Los test resultarán positivos con la constatación de la disminución del pulso palpable en la





arteria radial debido a la compresión de la arteria subclavia.

Los resultados se deben de objetivar con la realización de un estudio Doppler durante el examen. Sin duda, estos resultados son solamente válidos para las lesiones arteriales.

Los tests clínicos siempre deben de acompañarse de las técnicas diagnósticas por imagen apropiadas para cada patología sospechada.

PARÁLISIS/DISFUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS DE ORIGEN TORÁCICO

Los ocho músculos motores de la cintura escapular que tienen origen torácico son: el romboidees, el angular del omóplato, el serrato mayor, el pectoral menor, el subclavio, el trapecio, el pectoral mayor y el dorsal ancho; los cuatro primeros tienen inserción sobre la escápula; el subclavio y el trapecio se insertan en la clavícula y los dos últimos lo hacen sobre el húmero.

Su integridad permite movimientos coordinados de la cintura escapular, la cual funciona como punto de apoyo para que el hombro pueda realizar libremente todos sus arcos de movimiento.

La parálisis, atrofia o ausencia de cualquiera de los músculos mencionados trae como consecuencia alteración de la cintura escapular que repercute en la funcionalidad de la extremidad superior.

El complejo articular del hombro está constituido por cinco articulaciones que a su vez son divididas en dos grupos:

-El primer grupo está formado por la escapulohumeral (articulación verdadera) y la subdeltoidea (articulación falsa)

-El segundo grupo consta de la articulación escapulotorácica (una sisarcosis de los antiguos anatomistas) y de dos articulaciones verdaderas: la acromioclavicular y la esternoclavicular; esta última representa la única unión esquelética del complejo articular del hombro con el tórax, en donde la clavícula opera como puente de unión con la escápula a través de la articulación acromioclavicular.

Las cinco articulaciones aquí mencionadas están ligadas, por lo que funcionan simultáneamente en mayor o menor grado, debido a que la clavícula rota sobre el esternón, la escápula lo realiza sobre la clavícula y el húmero lo hace sobre la escápula.

Otra de las peculiaridades del complejo articular del hombro es que cuenta con la mayor movilidad dentro de todas las articulaciones del cuerpo humano, sacrificando estabilidad por capacidad de movimiento prácticamente en todos los planos.

De lo anterior podemos deducir que cualquier pérdida en la función de los principales músculos que actúan sobre la escápula o la clavícula tiene un efecto deletéreo sobre el complejo articular. (9) Según esto, serán aquellas actividades físicas en donde los movimientos cíclicos o no realizados con la cintura escapular fundamentalmente se verán más afectados en las deformidades torácicas y por lo tanto se expondrán de una manera más detallada.

Fisiopatología

Haremos especial hincapié en los músculos cuya disfunción va a afectar más importantemente a la movilidad de la cintura escapular y que se afectan de manera más notable en las deformidades torácicas: Pectoral mayor, pectoral menor y el dorsal ancho.

-Pectoral Mayor. El músculo pectoral mayor es un poderoso adductor, flexor



y rotador interno del brazo; dado que la fuerza de gravedad actúa cuando el hombro se encuentra elevado en flexión o abducción, la acción del pectoral no es necesaria por lo que su parálisis en estos movimientos es tolerada y no causa discapacidad, sin embargo la parálisis se hace patente durante la natación o al tratar de lanzar una pelota, lo mismo sucede al elevar y mantener la flexión del hombro; por otra parte, estéticamente su atrofia es notoria e incluso altera la simetría del tórax.

La ausencia del músculo pectoral mayor se presenta como parte del complejo malformativo de Poland, como ya se comentó anteriormente el cual puede presentar variaciones, desde la ausencia única del pectoral mayor hasta la combinación de numerosos defectos en el tórax

-Pectoral menor. Mientras que el paciente con una pérdida del pectoral mayor presenta una importante limitación del mantenimiento de la flexión del hombro, la pérdida del pectoral menor apenas origina limitaciones funcionales (10).

Según la mayoría de las series publicadas en luchadores (donde más

se ha evaluado) entre un 20-30% de pérdida en la aducción, de ahí que debamos advertir a estos deportistas que quizás vaya a verse mermada la fuerza del hombro pero las limitaciones funcionales son excepcionales (11)

-El músculo dorsal ancho cuenta con dos porciones: la superior se encarga de llevar el brazo hacia atrás (extensión) y adentro (aducción), mientras que su porción inferior desciende el hombro hacia abajo manteniendo el borde vertebral de la escápula Duchenne menciona que cuando el dorsal ancho está paralizado, la posición militar de "firmes" no puede mantenerse sin elevación del hombro por la acción tanto de las fibras superiores del trapecio como del angular de la escápula que se encuentran sin oposición; durante el movimiento existe imposibilidad para extender el brazo hacia atrás, haciendo imposible la natación de crol, braza y mariposa.(12)

Diagnóstico

Desde el punto de vista clínico, el interrogatorio, la observación y el examen manual muscular son las armas primordiales para el diagnóstico;

el apoyo de la velocidad de conducción motora (13,14) como la electromiografía (15) auxilian en la confirmación así como en el seguimiento de la evolución.

Bien, con esto hemos dado fin a los Síndromes de compresión cervicotorácicos relacionados con el ejercicio y Parálisis/difunción de los músculos de origen torácico.

Continuaremos en la siguiente entrada de este grupo con Limitaciones en la actividad física según fisiopatología de la deformidad y hablaremos de deportes que pueden verse menoscabados en su desarrollo según el tipo de deformidad que exista.

Hasta entonces como siempre, ¡buena guardia!

Bibliografía

- 1- Urbanek T, Ziaja D, Kwiecień A et al. The frequency of thoracic outlet syndrome (TOS) occurrence in a young population between 19–26 years. *Chir Pol* 2008; 10(1): 8-15.
- 2- Parziale JR, Akelman E, Weiss AP, Green A. Thoracic outlet syndrome. *Am J Orthop* 2000; 29: 353–60.
- 3- Urschel HC, Kourlis H. Thoracic outlet syndrome: a 50-year experience at Baylor University Medical Center. *Proc Bayl Univ Med Cent* 2007; 20: 125–35.
- 4- I de J, Kataoka Y, Yamaga M et al. Compression and stretching of the brachial plexus in thoracic outlet syndrome: correlation between neuroradiographic findings and symptoms and signs produced by provocation manoeuvres. *J Hand Surg* 2003; 28B: 218–23
- 5- Mackinnon SE, Novak CB. Thoracic outlet syndrome. *Curr Probl Surg* 2002; 39: 1070-145.
- 6- Urschel HC, Patel A. Thoracic Outlet Syndrome. *Curr Treat Options Cardiovasc Medicine* 2003; 5: 163-8.
- 7- Pupka A, Szyber PP. The athletic injuries of shoulder plexus in thoracic outlet syndrome. *Med Sport* 2007; 11(1): 7-10.
- 8- Novak CB. Thoracic outlet syndrome. *Clin Plast Surg* 2003; 30: 175-88.
- 9- Testut L, Latarjet A. Tratado de Anatomía Humana. Barcelona: Salvat; 1979: 470-474.
- 10- Suzuki T, Takazawa H, Koshino T. Computed tomography of the pectoralis muscles in Poland's syndrome. *Hand*. 1983;15(1):35-41.
- 11- Mysnyk MC, Johnson DE. Congenital absence of the pectoralis muscles in two collegiate wrestling champions. *Clin Orthop*. 1991;(265):183-186.
- 12- Duchenne de Boulogne-De l'ectrisation localisee et de son application a la physiologie, a la pathologie et a la therapeutique. Paris: Chez-Bailliere; 1855: 443-448.
- 13- Wu PB, Robinson T, Kingery WS, Elaine SD. Thoracodorsal nerve conduction study. *Am J Phys Med Rehabil* 1998; 77: 296-298.
- 14- Petrer JE, Trojaborg W. Conduction studies along the accessory nerve and follow-up of patients with trapezius palsy. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 630-636.
- 15- Tsuji T, Tanuma A, Onitsuka T et al. Electromyographic findings after different selective neck dissections. *Laryngoscope* 2007; 117: 319-322.

La Traumatología y la Ortopedia en el nuevo milenio (II)

Dr. Miguel María Sánchez Martín

En el número anterior nos quedamos debatiendo acerca de la educación postgraduada y las sociedades científicas, mientras nos preguntábamos si el atollamiento de los médicos en extraños datos, costosos de recoger y procesar, conduce realmente al mejor tratamiento del paciente.

La educación médica se ha orientado por la medicina del algoritmo. Las pautas pueden acelerar la aplicación de cuidados y coordinarlos; pueden reducir los costes y evitar, tal vez, cuidados innecesarios y no esenciales. A los estudiantes y residentes de la actual generación les gustan los algoritmos. Los algoritmos pueden memorizarse y acomodarse bien a la información que les proporciona el ordenador; su permanencia, por otra parte, hace pensar en un universo unificado. Los algoritmos son la evolución del pensamiento lineal, pero sacrifican la oportunidad de pensar de forma colateral; los algoritmos no se ocupan de lo que está situado más allá.

El libro de recetas de medicina “parece bueno” y se ocupa de todos los criterios realizados “con sentido”. Es ideal para aquellos médicos que no quieren arriesgarse. Cuando se siguen las pautas nadie puede pensar que se ha equivocado, por muy mala que sea la evolución del paciente. Al seguir ciertas fórmulas, el clínico evita tomar una decisión. Las pautas disminuyen la necesidad de pensamiento crítico y de compromisos que se derivan del pensamiento. Con todo, los ortopedas necesitan pensar críticamente y desarrollar técnicas de incorporación de nueva información en sus tomas de decisión. Necesitamos producir médicos que puedan tomar decisiones cuando los datos son incompletos, no exactamente aquéllos que pueden seguir un camino crítico.

Hay que preparar a nuestros estudiantes y residentes en una nueva manera de dispensar los cuidados de salud. La educación médica es una empresa creativa y exigente. Hay que volver sobre nuestras técnicas de enseñanza.

La facultad de medicina debe unir la enseñanza con los cuidados del paciente, mejor que utilizando solo la clásica lección magistral.

Estudios recientes sobre enseñanza pregraduada sugieren que es más apropiado el diálogo, e insisten en los aspectos interactivos y cooperativos que enganchan al estudiante a dialogar sobre problemas del paciente.

El ámbito educacional debería promover pensamiento y desarrollo de ideas que planteen cuestiones que generen nuevas ideas y proporcionen cuestiones de investigación de futuro; esto debe fomentar la curiosidad y estimular la investigación, la erudición y la innovación. Si empleamos más tiempo diseñando e investigando tendremos menos tiempo para atención de los pacientes. Por ello, necesitaremos otros recursos económicos para fondos académicos. Habrá que procurarse aportaciones de individuos, fundaciones y otras instituciones. Necesitaremos cátedras dotadas para compensar la pérdida de dinero proveniente del cuidado de los pacientes y empeñarse en buscar más tiempo para la erudición y la enseñanza.

En el nuevo milenio tenemos que ser más colaboradores, asociarnos y dividir el trabajo. Un esfuerzo de grupo puede ser muy productivo cuando se tienen fuertes directores de equipo y objetivos claros.

El tutor es guía esencial para el laberinto estudiantil y clave para una carrera de éxito. El tutor asegura que no se han dado cosas equivocadas, que no se camine a ciegas, que no se inicie algo de nuevo, porque el tema escogido ha sido ya investigado. La tutoría debe hacerse sobre la marcha, pudiendo ser necesarios varios tutores. La parte débil de la tutoría es que los expertos pueden llegar a ser guardianes del pasado y, más que caminar sobre el beneficio de sus años de experiencia, bloqueen nuevas ideas y protejan lo viejo, llegando a ser lo contrario de

innovador. Jóvenes investigadores deben elegir tutores correctos que dirijan sus carreras en buena dirección. Hay que estimular a nuestros estudiantes para que tengan ideas creativas para que nuestra especialidad siga creciendo. Deben aprender a disfrutar investigando para preguntar y responder pronto a la innovación. Necesitamos de cátedras dotadas, fundaciones, becas y donaciones individuales para soportar la base científica de nuestra práctica (12).

INVESTIGACIÓN

El crecimiento explosivo no está exento de problemas y la educación médica graduada no ha sido una excepción. La supervisión, las horas de trabajo, la búsqueda de fondos económicos, el equilibrio entre servicio y educación y las disputas territoriales son situaciones que han desafiado la respuesta final. Otra situación especialmente importante y curiosa es el papel de la investigación en la educación de los médicos residentes. La justificación de la educación sobre el impacto en investigación se debe a la pesada responsabilidad clínica de la disciplina, pero su posible creatividad no solo es posible sino necesaria (14).





La creatividad tiene una dimensión vertical y otra horizontal. El plano vertical comprende los niveles de creatividad, desde la simple originalidad expresiva a las formas complejas de abstracción. Entre el nivel expresivo y el abstracto se encuentra la innovación, donde la aplicación de principios conocidos, dispositivos o información aportan una manera mejor de hacer algo, de controlar el mundo que nos rodea.

La dimensión horizontal de la creatividad incluye los tipos de creatividad. Aunque la premisa para crear es ampliamente independiente del entrenamiento profesional, la creación en ambientes artísticos difiere de los científicos en que tienen un canon más pequeños de tecnología y hecho entre la chispa creativa y su expresión. Por ello, la creación artística esta menos influenciada por el pensamiento consciente que supone el descubrimiento científico, aunque el flash de iluminación que surge del pozo de la función cerebral subconsciente ocurre en los dos. En ciencia las generalizaciones que resultan de saltos inductivos deben seguirse de hipótesis y experimentos -el método científico-, que comprende conexiones conscientes, lógica y pensamiento analítico.

Es, pues, una mezcla de inspiración y análisis lo que ha producido las puntas de consecuciones creativas en medicina.

Podemos estar bien orgullosos de las realizaciones pasadas, pero el declinar sostenido de investigaciones médicas oscurece el futuro del descubrimiento médico. Que las causas de este declinar no se basan en incompetencia genética está demostrado en que los estudiantes de medicina tienen un potencial creativo mayor que los arquitectos, ingenieros, matemático e investigadores científico (15). De ahí que la influencia tenga que ser externa y ello empieza probablemente mucho antes de que podamos darnos cuenta, tal vez la primera vez que ofrecemos a un niño un helado o al realizar un castillo de arena, y con esta iniciación, le estimulamos a trabajar por premios que le ofrezcan más que por el puro placer de hacerlo. Más desánimo se produce a menudo en la escuela primaria donde ser diferente supone ser desordenado o alborotador. La necesidad de tener estructura y disciplina estimula hacia un comportamiento convergente más que divergente. De un maestro se requiere sensibilidad y destreza excepcionales para mantener el orden en la clase y permitir al mismo tiempo que las cabezas creativas se desarrollen.

Otra característica de los que se orientan hacia la medicina de forma innata o adquirida es un trabajo ético hipertrofiado. Mientras que no se puede negar como esencial el trabajo duro, la continua orientación hacia el curso siguiente o hacia el próximo paciente disminuye el tiempo de libre asociación y pensamiento creativo. La preocupación por la tarea terminada reduce la perspectiva y hace desaparecer otras dimensiones. Un grupo de estudiantes médicos inicialmente diverso, homogeneizado por las formas de lenguaje, práctica y lenguaje y forma de vestir van a lo seguro, actúan y parecen iguales.

La investigación embriológica ha demostrado que los organismos actúan sobre su ambiente antes de reaccionar a él, de modo que tal vez la inclinación al trabajo sea congénita. Pero la creatividad, lo mismo que muchos fenómenos naturales, es un proceso cíclico, donde el esfuerzo y la relajación, el trabajo y el juego, están equilibrados. Por desgracia nuestra cultura se equivoca al igualar relación con holgazanería, percibiéndolo más como un premio al trabajo que su necesaria diástole. La virtud y los logros se miden por la cantidad de tiempo para

sorprenderse, para conocer el mundo que nos rodea y para descubrir lo no usual en lo ordinario. De esta manera se consigue tener más estímulo e inteligencia de alto nivel y cuanto más se hace más fácil resulta conseguirlo.

La creatividad se encuentra después constreñida por la experiencia educacional. El autoritarismo tradicional de la medicina y las pruebas de elección múltiple actuales estimulan al blanco o al negro, al tipo sí o no que da poca opción a la ambigüedad.

Finalmente, el estudiante se evade de los efectos embrutecedores de la clase y del tutor. ¿Cuáles son éstos? Algunos se dedican a la práctica, donde el comportamiento estereotipado se nutre de las expectativas sociales y la presión de los compañeros. Otros llegan a ser miembros de la Facultad y sus vidas creativas llegan a castrarse por los detalles burocráticos. Para tener éxito en el mundo de hoy, el médico científico debe ser no solamente homo sapiens (hombre que piensa), sino también homo laboris (hombre que trabaja) y homo miserium (hombre avaro). Desde luego, si la confusión es una condición de la creatividad, el ambiente universitario es ciertamente elemento de buen éxito más que de impedimento.

Muchas de estas alteraciones son claramente remediabiles. Tal vez, el primer paso para identificar a aquéllos que son imaginativos es no seleccionarlos por los métodos actuales de selección. Los índices psicométricos de selectividad deberían incorporarse a las pruebas de aptitud de la Facultad de Medicina. También puede utilizarse la prueba del incidente crítico para identificar a los estudiantes que poseen rasgos relacionados con comportamientos creativos.

También tenemos que insistir en la diversidad tan grande de pregraduados, de manera que podamos mantener su dimensión horizontal el mayor tiempo posible. Verticalmente será demasiado pronto. Aunque en realidad más que gran cantidad de ideas, la investigación es más que, simplemente, recoger datos y trazar conclusiones.

La perspectiva forma el contenido de la observación y, teniendo en cuenta que



la perspectiva está enraizada en la idea del mundo, la ciencia está informada por la no ciencia. Debería darse especial importancia a los cursos de bachillerato que promueven conceptos y principios, lógica y análisis, y actividad metafórica. Tanto los procesos analíticos como los metafóricos son necesarios para el científico creativo. El análisis divide, establece categorías y pone de manifiesto las diferencias. La metáfora narra, enlaza y promueve similitudes. La filosofía es vital ya que estimula el análisis, la disciplina y la búsqueda de la verdad. No olvidemos un curso de escritura expositiva, de manera que nuestro descenso no tenga que alterar nuestro camino por la obligatoria ofuscación de los escritos médicos.

Una vez que la natural incentivación y la inspiración intelectual de un estudiante están aseguradas, la chispa ha sido aventada por la exposición de modelos de publicaciones que reflejan el regocijo por la investigación y de un periodo de tiempo para el trabajo investigador, liberado de las responsabilidades clínicas. Pero un investigador neófito no debería simplemente estar fuera de las salas de hospitalización y decir: "hago algo de investigación". Para conseguir una experiencia positiva y productiva en el laboratorio son necesarios: dirección, apoyo financiero, ayuda técnica y equipamiento. La dirección es especialmente necesaria para organizar las cuestiones a estudiar y hacer los planes de experimentos para probar hipótesis generadas por estas cuestiones. Es

necesario tener considerable experiencia y conocimientos para componer en las otras piezas del rompecabezas lo que determina el tamaño y la forma de las que se buscan con avidez.

La experiencia personal en el laboratorio es fácil que de fruto en proporción al poder de observación, objetividad y paciencia que uno dedique. La observación precisa depende de la receptividad de la mente. Es fácil pasar por alto lo que no es familiar en tanto que lo familiar se percibe fácilmente. Por ello, estamos predispuestos a ver lo que hay detrás de nuestros ojos, mejor que lo que se presenta delante de ellos. La objetividad comporta la aceptación honesta de los datos que se producen o emergen en el curso de la investigación, incluso si se debe a la eliminación de una bella hipótesis por un hecho mal parecido.

Finalmente, una cosa que hay que saber es que la paciencia resulta esencial para capacitar al investigador o sobrellevar la enorme cantidad de obstáculos que aparecen por el camino. En ocasiones, la superación de estos obstáculos da origen a resultados tan importantes como habríamos deseado al principio. Desde luego, siempre existe la posibilidad de que lo que uno ha imaginado sea bastante imposible o demasiado difícil de probar por los medios disponibles, en cuyo caso es una tontería insistir a lo que Emerson denominó "duende de mente estrecha".

Los investigadores que surjan deben comprender que, como sucede a menudo, el periodo de investigación no da lugar al "eureka de Arquímedes", y las experiencias y el premio Nobel se lo dan a otro. Sin embargo, la mayor apreciación de la metodología científica y la capacidad de examinar con ojo más crítico son resultados justificables. Aunque es más fácil una experiencia positiva, si el interés y el entusiasmo del investigador incorpora el proyecto, no es de gran importancia si la investigación se hace sobre ciencia básica o aplicada, siempre que el problema sea manejado con aplicación rigurosa del método científico. El axioma de que es necesaria la investigación en ciencia básica para hacer progresar el conocimiento de la medicina clínica no aguanta una opinión creíble. Sin embargo, no es, como se le achaca a menudo, una profesión de

vía única. Las innovaciones que abren caminos proceden de la investigación clínica y de las ciencias fundamentales, aunque la frontera entre ambas es confusa a veces. En el nuevo milenio, los clínicos que quieran hacer investigación tendrán que asociarse a investigadores básicos o se incorporarán a la investigación clínica (16).

El conflicto entre metodología científica e investigación clínica es real y debe de ser tenido en cuenta (17). Los estudios clínicos sobre el efecto de un medicamento concreto son relativamente fáciles de realizar. Un internista puede obtener un amplio número de asuntos y aleatorizarlos. Pero un estudio prospectivo, a doble ciego, aleatorizado, sobre un tema quirúrgico, es difícil de llevar a cabo. El cirujano trata pacientes con problemas diversos y le resulta difícil reunir suficientes pacientes para dar significado a su estudio. Un estudio con estas características requiere variables controladas en el protocolo antes de empezar el experimento. Cada procedimiento es un experimento en que muchas variables no están bajo control médico. Por estas variables incontroladas los resultados de un tratamiento seleccionado solo pueden predecirse después del análisis de los resultados obtenidos en un número significativo de casos (18).

Una forma de mejorar la significación de la información en investigación clínica es conseguirla a partir de estudios multicéntricos. La era del ordenador ha permitido modalidades electrónicas que pueden utilizar diferentes centros como línea de trabajo para intercambiar información; tales son el ordenador, el fax, la impresora e internet personales. Estos medios permiten al médico obtener un mayor número de pacientes en un estudio y comparar la evolución de las diferentes formas de tratamiento de un problema clínico concreto en estos centros (19).

La investigación que realiza el médico ahora es una actividad para las tardes / noches y fines de semana. En el pasado éramos capaces de realizar alguna investigación durante el trabajo del día, en ratos libres que nos permitía la atención al paciente e incluso algunos conseguían un día libre por asuntos de facultad. Ahora, la atención al paciente

ocupa todo el día. El tiempo para conferencias de enseñanza y para hacer cosas creativas está siendo ocupado por la asistencia clínica.

En franco contraste con el investigador básico a tiempo completo, con una vida tranquila y retirada, no es fácil que el médico tenga tiempo y conocimiento para producir de manera intencionada información a nivel básico. El clínico vive en el mismo bullicio que en un puesto de mercado (15). Al crear una diferencia entre la salud del fruto y la del árbol que lo soporta, después de todo, es más bien de falta de perspicacia. Las formas de enfocar los problemas son o deberían ser con mucho las mismas si uno se encuentra implicado en la investigación o en la práctica clínica. Lo que se necesita es tener un sentido más fuerte de compañerismo, respeto mutuo y compromiso de mantener el rigor intelectual tanto en el terreno clínico como en el básico. El método científico es en ambos un conducto para alcanzar el profesionalismo, la creación de nuevo conocimiento (14).

LA ATENCIÓN MÉDICA EN ORTOPEDIA

Antes de emborracharnos con la nueva tecnología en medicina hay que plantear la orientación práctica de nuestro trabajo clínico en el nuevo milenio mediante una serie de preguntas puntuales (20). La esperanza de vida de un niño nacido a comienzos del siglo XX era de 48 años, mientras que en el siglo XXI será de 77 años. ¿Hasta donde llegará? ¿Esto dará lugar a mayor número de pacientes con fracturas o que precisen de artroplastias? ¿El tratamiento de estas afecciones se hará mediante intervención quirúrgica o por manipulación genética? Conviene hacer algunas predicciones. En primer lugar, la biotecnología en medicina, con la ingeniería genética, insistirá en el tratamiento no operatorio de problemas de aparato locomotor. Esto será sin duda, como hasta ahora, el área de mayor crecimiento en el tratamiento de estos problemas. Desgraciadamente, patentando genes el coste de la medicina será aún más prohibitivo. En segundo lugar, el número de camas seguirá descendiendo con hospitales que gradualmente se transformarán para dar facilidades a los enfermos crónicos. Solo operaciones grandes como transplantes, sustituciones articulares, la cirugía reconstructora y operaciones vertebrales complejas se

realizarán en ambiente hospitalario. Casi todos los procedimientos sobre el aparato locomotor, como la artroscopia, la cirugía de la mano y del pie e incluso las operaciones menos complicadas del raquis se harán mínimamente invasivas y se llevarán a cabo fuera del ámbito hospitalario. La prevención aumentará mediante aplicación de nuevas técnicas de diagnóstico biotecnológico. Así se reducirán gastos en el sujeto de edad, con lo cual se rebajaría el coste global de la atención médica.

Los traumatismos y el cáncer, finalmente, seguirán siendo las situaciones más amenazadoras para la salud en el futuro, siendo los traumatismos los más difíciles de tratar de los dos. La frecuencia de cáncer y de enfermedades graves disminuirá, en tanto que los procesos articulares degenerativos aumentarán en las poblaciones de más edad. Cuando se encuentre la manera de conservar el cartílago articular y la reserva de hueso, el mayor reto quirúrgico será el tratamiento de los traumatismos.

RETOS Y OPORTUNIDADES

Algunas de nuestras dificultades, hay que aceptarlo, proceden de nuestro propio quehacer, pero la mayoría se nos ha confiado. En primer lugar tenemos que reconocer que hemos perdido algo de confianza de nuestros pacientes en nuestra capacidad y hemos perdido su confianza en nuestra disposición de colocar su bienestar global por encima de nuestros propios intereses y anhelos. En segundo lugar, la industria médica "nos tiene agarrados por el cuello".

Finalmente, el gobierno intenta legislar en materia médica en la oscuridad. Estas realidades no pueden negarse. En nuestro temerario abrazo de la tecnología hemos errado el tiro en varias áreas. No hemos explicado adecuadamente nuestra tecnología a nuestros pacientes, no hemos promovido adecuadamente la prevención y tampoco hemos manejado los recursos económicos en relación con la calidad / precio.

No podemos ignorar los costes del tratamiento. El paciente no solo quiere ser consciente de lo que valen los tratamientos, sino también los cuidados de calidad que les corresponde. Los Servicios de Salud o las Compañías de



Seguros no están interesados en la calidad de los cuidados que reciben los pacientes; su única preocupación es que el coste de la atención médica sea menor que la cantidad de la prima que ellos reciben. Esta realidad no cambiará hasta que el médico y el paciente formen un consorcio que la industria que dispensa los cuidados médicos no puede soportar. Si mejorásemos la comunicación con nuestros pacientes mediante mayor información esto ayudaría a mantener la pelea en la batalla entre ambos y con nosotros. La interferencia del gobierno sigue siendo un factor cada vez más importante en la dispensación de la atención médica, como la promulgación de códigos de valoración y tratamiento, y las montañas sin precedentes de documentación requerida por nuestro Servicio de Salud. Hay que preguntarse ¿hasta donde se podrá soportar esta participación del gobierno?

¿QUÉ QUIEREN NUESTROS PACIENTES?

Nuestros pacientes –brevemente– quieren sentirse atendidos y esperar varias cosas:

Quieren que se les escuche. Esperan una discusión responsable de alternativas que den validez al consentimiento informado. También quieren soluciones no quirúrgicas y solamente cuando no surtan efecto que se les aplique una solución quirúrgica, con resultados mejores y con un riesgo aceptable. En resumen, nuestros pacientes quieren

una medicina de alta calidad basada en la evidencia a un coste razonable. Esto conducirá a revalorizar la atención médica. Para mejorar nuestra comunicación con los enfermos –de manera que les hagamos creer que curamos- deberá ser más abierta para comprenderlos mejor. No solo debemos ser más conscientes de que comprendan nuestra jerga médica, sino más importante todavía es que comprendamos sus necesidades, temores y esperanzas, escuchándoles con los oídos bien abiertos para oírles con nueva comprensión mutua.

Los pacientes quieren estar autorizados, quieren participar en las decisiones, quieren ser nuestros socios. Si queremos recuperar su confianza necesitamos participar en sus deseos y anhelos. Si aceptan experimentar las consecuencias de las enfermedades y traumatismos, también quieren aceptar las del tratamiento y tienen derecho a tomar de entrada las decisiones sobre sus problemas de salud; tenemos que facilitárselo.

Hemos perdido la confianza de nuestros enfermos porque les hemos tratado con paternalismo benevolente. No se discute que los médicos estemos mejor formados en la atención al paciente y mejor cualificados también que otros para sugerir y llevar a cabo los planes de tratamiento. Sin embargo, nuestro papel debería ser compartir esta educación con el paciente, no imponérselo. En esta época de información ya no se puede aceptar que el paciente no sepa o no pueda comprenderlo.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

¿En qué consiste el tratamiento conservador? Muchos pacientes acaban

considerando al cirujano ortopeda como un dispensador de cuidados de alto precio, que está solamente interesado en los gastos quirúrgicos y que decidimos demasiado deprisa una solución tecnológica, y que nos ocupamos poco de los aspectos humanos de la medicina. Muchos nos ven como técnicos que no pueden pensar o diagnosticar y que somos incapaces de tratar problemas de aparato locomotor de manera no quirúrgica. El aumento del número de quiropractas y de suministradores de medicina alternativa no científica lo atestiguan. Cuando hemos visto la intervención quirúrgica como mejor solución, muchos lo hemos presentado a nuestros pacientes como única solución.

Los pacientes de hoy son sofisticados y exigentes como jamás lo han sido; no son los mismos pacientes de hace 10 años. Los pacientes tienen acceso a la información fiable más allá de la que nosotros les hemos dado. Por desgracia, también tienen acceso a información menos fiable e incluso peor y engañosa en el mercado. En la prensa, televisión, radio e incluso en World Wide Web se presentan anuncios y recomendaciones sobre alternativas no operatorias dirigidas a pacientes desilusionados de objetivos prometedores, que como médicos no podemos prometer éticamente. A los pacientes se les habla de la inconsistencia de nuestros tratamientos, consecuencias que no sobreviven a las quejas que hace la medicina alternativa, y estadísticas que contradicen nuestro consejo.

OBJETIVOS

¿Cómo podemos mejorar la comunicación y educación de nuestros pacientes en el momento de tomar decisiones? Es tan sencillo como poner la radiografía en el

negatoscopio y verla con el paciente, discutirla con él; pocos no lo quieren. Comparta con él las posibilidades no operatorias para remediar la situación. Cuanta mayor información comparta con él, más a gusto se quedará. Comparta con él el objetivo terapéutico.

La impresión que damos es que como cirujanos queremos operar cualquier cosa. Debemos recuperar la impresión de equilibrio trabajando con nuestros pacientes. Siempre deberíamos ser conservadores cuando tratamos pacientes. La intervención quirúrgica puede ser perfectamente la forma conservadora del tratamiento, pero esta opción debe discutirse con el paciente que es quién toma la decisión. En esta época de tanta información debemos aconsejarle enseguida; así recuperaremos su confianza.

Hace tiempo sólo un 10 por ciento de pacientes atendidos en la consulta acababan operándose. Cuando un cirujano ortopeda opera más de la cuenta y es demasiado agresivo no trata al paciente adecuadamente. Debemos mantener equilibrio mayor entre nuestras decisiones conservadoras y quirúrgicas. Necesitamos ser médicos del aparato locomotor que además realizamos intervenciones quirúrgicas. De otra manera, corremos el riesgo de que se nos conozca ante la sociedad médica como operadores únicamente y que se nos tenga en cuenta solo como último recurso. No solo somos cirujanos, sino médicos. Esto conviene inculcárselo al estudiante de pregrado y al residente de la especialidad. Si se hicieran exámenes de recertificación de la especialidad deberían hacerse preguntas sobre el adecuado tratamiento conservador. Por otra parte, siendo sobre todo médicos y no solo operadores romperemos el tabú sobre la industria quirúrgica, entre la que algunos nos encasillan.

BIBLIOGRAFÍA. 12. Hensinger RN (ed). A new order of things: The future of Academics in Pediatric Orthopaedics in the 21 st Century. J Pediatr Orthop 2000; 20: 135-136 - 13. Gordon JP, Kipnis DM. Creating the future rather than simply reacting to it. Pharos 1999; 62: 9-13. - 14. Wilson FC. No tempets, no teapots. J Bone Joint Surg 1999; 81A:1.205-1.208. - 15. Cough HG. What happens to creative medical students? J Med Educ 1976; 51: 461-467. - 16. Bora JW, Beredjikian PC. Time to think. 25th Anniversary presentation. J Hand Surg (Am) 2000; 211-213. - 17. Seddon HJ. The scientific surgeon. J Bone Joint Surg 1961; 43B: 628-633. - 18. Barr JS. The surgical experiment. J Bone Joint Surg 1952; 33A: 249-253. - 19. Burnside JW. Deserted island. JAMA 1991; 265-589. - 20. D'Ambrosia RD. Orthopaedics in the New Millennium. A new patient-physician partnership. J Bone Joint Surg 1999; 81A: 447-451.



400 años de la muerte de El Greco. Exposiciones de Toledo y Madrid de 2014

Dr. Ciriaco Casquete Román



Figura 1

Con motivo del IV centenario de la muerte de este gran artista que fue El Greco, hoy he querido dejar unas pinceladas de algunas de sus obras más emblemáticas. Espero que lo disfruten.

ENTIERRO DEL CONDE ORGAZ. Ver figura 1. Óleo sobre lienzo 5 por 3,60 m. Iglesia de Santo Tomás. Toledo. Se trata de su obra más famosa. Está firmada con caracteres griegos minúsculos. A pesar de

su gran tamaño tardó sólo nueve meses en hacerla, entre 1587 y 1588. El cuadro representa la leyenda-milagro del siglo XIV del Señor de Orgaz, su benefactor. El caballero Ruiz de Toledo reedificó a su costa la Iglesia de Santo Tomás y allí fue sepultado en 1323, en la capilla donde está el cuadro, y debajo de él hay una inscripción que dice: "y cuando los sacerdotes fueron a enterrarle, San Esteban y San Agustín bajaron del cielo

sepultándole con sus propias manos". Legó testamento al párroco de esta iglesia para los pobres y 800 maravedíes por año a cargo de la familia Orgaz para la Iglesia; pero pasando los años se empezó a incumplir esta cantidad por lo que el párroco Andrés Núñez tuvo que pleitearlo y lo ganó, pudiendo así cubrir los gastos del cuadro.

El difunto está en el centro de la obra y cuatro manos le señalan: el Agustino, el niño Jorge, el párroco Núñez y el Conde de Benavente. El párroco que está a la derecha y que hemos dicho que está señalando al muerto, mira al cielo y lleva sobrepelliz que está magníficamente pintada. Se trata de una escena funeraria del siglo XVI llena de cruces, clérigos, nobles, santos, ángeles y donde destacan Jesús y María. Un monje agustino señala con su mano abierta dirigiéndose al franciscano que tiene al lado del Conde y comenta sus buenas obras. Detrás de San Esteban está el propio pintor mirándonos de frente; San Esteban y San Agustín soportan inclinados el cadáver. Antonio de Covarrubias, con barba blanca, y que está detrás del párroco Núñez era humanista y amigo de El Greco. El niño de la izquierda es Jorge, el hijo del pintor, y de su bolso asoma un pañuelo con su fecha de nacimiento (1578), por lo que tendría ocho años.

El cuadro fue todo un éxito en aquella época donde estaba de moda el retrato y la pintura realista. La obra consta de dos partes, el cielo y la tierra, pero que se integran perfectamente pues en la última hay dos santos. La parte terrenal es rectangular y el cielo remata en arco. En la inferior la figura de San Esteban, de rostro juvenil, y la de San Agustín portan sus pesadas dalmáticas de oro y terciopelo y en el primero está bordada la escena de su martirio y en la del segundo diversos retratos en círculo. Recordar los bordados en oro de la casulla del cuadro de San Lorenzo de 1788. En esta parte

terrenal tres velones iluminan la oscuridad haciendo destacar la armadura del Conde y sus brillos, así como el blanco, el oro y el rojo de las dalmáticas de los dos santos principales. Tanto en los bordados como en la armadura se ve la influencia flamenca, así como en los retratos, la de Tiziano y Tintoretto. El clérigo que sostiene la Cruz también tiene bordados en medallón: una calavera, un rostro de Cristo y otra figura sin definir; sería el hijo del médico Rodrigo de la Fuente, que también retrató El Greco y que sería pariente de la monja Jerónima de la Fuente, que retrató Velázquez.

En las obras de El Greco siempre hay movimiento, los rostros cada uno mira para un lado, pero sus cuerpos son estáticos. Estas cabezas excelentes, cada una está llena de pensamientos místicos y de recuerdos. No olvidemos que en este momento viven en Toledo San Juan de la Cruz, Santa Teresa, Lope de Vega y Cervantes. El cuadro une pues el realismo con la idealización de la parte alta. La parte alta el cielo está presidida por Cristo, debajo la Virgen y San Juan que reciben el alma del Conde en forma de nube-bebé ofrecida por un Ángel alado muy bello, como todos los que hace El Greco. Las nubes sostienen a los santos de la derecha, donde se ve también la imagen de Felipe II. Al otro lado, detrás de la Virgen, San Pedro y tres santos. Más abajo David, Moisés y Noé. Entre las nubes cabezas de angelitos flotando. Las nubes son opalinas y rellenan el espacio soportando las figuras; toda esta zona es muy dinámica, observemos la larga pierna de San Juan, el Ángel ascendente debajo de la Virgen, un pequeño querubín muy saltarín y cabecitas de angelitos repartidas por las nubes nada estáticas, como inquietos.

En cuanto a la técnica utilizada por este pintor, predomina el negro general destacando blancos, grises claros, amarillos verdosos y surgiendo matices por doquier, secundarios, de violetas, pardos nacarados, y todo ello con esas mezclas que sabe hacer de El Greco. También destacan las carnaciones. Son perfectas las golas, los encajes pintados en blanco puro con gruesos empastes, a grumos. Las manos dibujadas en blanco se modelan con sombras suaves en rosa. Los ojos con ese carácter húmedo brillante que es único de este pintor.

Las copias y reducciones del cuadro son muy escasas dada la dificultad para realizarlas. El Prado tiene una copia, sin cielo, esto es, falta la parte superior del cuadro, que parece ser del propio Greco, boceto bien realizado, hecho que era frecuente de muchos de sus cuadros, para conservarlos en la memoria, , incluso después de hacer la obra definitiva, no como otros en que el boceto era previo a la obra final. La obra mide 1,89 por 2,50 y se nota mucho trabajo de taller y retoques del maestro.

RETRATO DE CABALLERO. Figura 2. 1595-1600. 52,7 por 46, 7 cm. Supuesto autorretrato de El Greco. Metropolitan de Nueva York. Existen cerca de 30 retratos que pintó El Greco, pequeña cantidad contando el total de su obra. La mayoría eran personajes religiosos y nobles de la época. Todos ellos son realistas y muy físicos. Destaca como símbolo de una época 'El Caballero de la mano al pecho, típico hidalgo sin nombre'. En el color suele imitar a Tiziano y Tintoretto. Su pincel era ágil y con pocos toques captaba la esencia del individuo. Son obras excepcionales: 'San Jerónimo cardenal' y 'Cardenal Niño de Guevara'. Los retratos más frecuentes son los de media figura dando así más proximidad al retratado; otras veces son retratos dentro de obras, como Alonso de Covarrubias, Conde de Benavente y otros que no conocemos, por ejemplo, en el cuadro del Conde Orgaz. Felipe II aparece en 'La Gloria del nombre de Jesús', en 'El Expolio' y en el del Conde Orgaz, y otros retratados en 'La curación del ciego', 'La expulsión de los mercaderes' y 'La dama del armiño'. Pero hay más autorretratos de El Greco, como en 'Los desposorios de la Virgen de Bucarest' y del mismo tema del Prado, ambas de 1610, en el entierro del Conde que nos mira de frente, en el Expolio: de las tres figuras de la derecha, la del centro con armadura. Hay también autorretrato de El Greco en 'El Pentecostés' de 1600, con barba blanca, que también mira al espectador.

La obra que nos ocupa figuró como caballero anónimo. El Greco tendría unos 60 años, lleno de arrugas, labios violáceos y orejas grandes; está con gárgola y barba, y con abrigo de pieles. Su mirada es de fuerte presencia como si nos observara con esa melancolía que da la edad, con ojos interrogatorios diciéndonos en silencio

"por mis esfuerzos y mis creaciones técnicas no debéis olvidarme". Evita bastantes dudas sobre si sería el Greco el retratado la afirmación de su hijo Jorge Manuel, en el inventario de 1621 cuando dice: "este es el retrato de mi padre". La firma fue borrada en 1947 al limpiar y restaurar el cuadro por considerarla falsa y ser un añadido de fecha posterior a la época de El Greco. Desde luego es un extraordinario retrato. Hay pocos colores pero muy armoniosos. Es un rostro muy trabajado. Las pieles del abrigo tienen matices de textura. La cabeza es lo más interesante, dice GODIOL: pinceladas ligeras de blanco sobre el fondo oscuro de las sienes, la frente degradada con ojos dispuestos a moverse y ligera asimetría en el rostro.

Rafael ALONSO, el gran restaurador de El Prado, especializado en El Greco, nos explica su técnica: primero dibujaba a pincel sobre el lienzo, en negro, definiendo la composición y las figuras, después definía las zonas de luz en blanco y las nubes en negro, fundiendo ambas arrastrando el pincel en seco de la pintura blanca a la negra, definiendo así el volumen de las figuras consiguiendo medios tonos. Construye pues con pinceladas entrelazadas arrastrando el color con grandes trazos y repitiendo la acción varias veces hasta que consigue gran solidez y riqueza en el color, desde el fondo hasta la superficie. Añade pequeños toques de pincel fino para

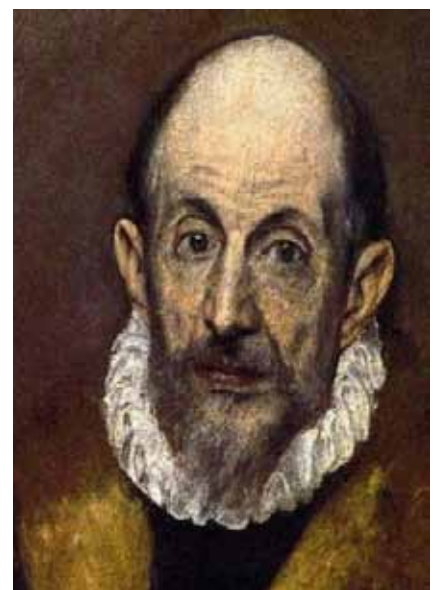


Figura 2

precisar determinadas zonas. Crea y modifica en directo, con espontaneidad y así cambia la composición haciéndolo con el color. Dice Alonso que este es su sello, por eso sólo se ve esta técnica en sus obras originales.

LA VISIÓN DEL APOCALIPSIS. LA VISIÓN DE SAN JUAN. LA APERTURA DEL 5º SELLO. 1609-1614. Óleo 223 por 193 cm. The Metropolitan New York. Figura 3. El trabajo se inició en 1609 y no se había finalizado a la muerte del pintor en 1614. El cuadro era de gran tamaño, habiendo sido destruida la parte superior. Es desde luego su obra más moderna: expresionismo al límite. El desnudo le viene de Tiziano y Veronés y el autor se inspira en el Apocalipsis 6,9-11. El santo está arrodillado y aterrorizado, en primer plano a la izquierda con los brazos extendidos y separados, como deteniendo la bola de fuego que se acerca, tiene la mano derecha en flexión dorsal completa y la izquierda en extensión moderada como pidiendo a Dios que se detenga.

El cielo es de lo más precioso e inquietante que pintó; recordemos el de la crucifixión del Louvre. Al fondo los mártires son elevados por un ángel que lleva sus vestiduras blancas. San Juan, tan próximo a nosotros, nos muestra toda la escena. Los desnudos son únicos, de líneas expresionistas dinámicas, las luces que reciben son lívidas y nos recuerdan a los bañistas juveniles de Cezanne y a Matisse con su perfección formal. La violencia de San Juan recuerda para algunos la obra de 'El Grito' de Munch, pero con otra expresión, lejos de pasiones, pues no hay separación de sexos, más interiorizada, sufrida y contenida. El expresionista alemán Franz Marc lideró la influencia del grupo por el Greco y Cezanne lo colocó en la modernidad. Picasso también estaba impresionado y lo reflejó en su obra 'Muerte de Casagemas', con un cielo y una tierra, dividiendo también la obra.

La fantasía la pone en la pintura pero sin sobrepasar las ideas religiosas. Es esta obra la más libre e imaginativa en su composición. Los desnudos son como la anatomía del San Sebastián, Miguel Angélicos, como esculturas de cera. Utiliza sólo diez desnudos, unas telas en amarillo, verde y blanco, un cielo



Figura 3

nuboso y un San Juan muy especial de violencia serena que contagia al resto de las figuras del cuadro, contorsionadas las de la derecha, con luz y sombras a ráfagas. Las de la izquierda estáticas pero en diversas posiciones. Las sábanas de colores parecen proteger las figuras siendo así eficaces los colores. El cielo y la tierra está dominada por ocre rojizos que parecen avisar de la llegada de la destrucción y del juicio de Cristo. La composición está equilibrada desde el gran San Juan y todo el resto de figuras de izquierda a derecha hasta conseguir cierta simetría. Las manos de San Juan se equilibran con las tres figuras de la derecha. Consigue también una perspectiva entre los tres grupos a

diferente proximidad del espectador, en tres planos, San Juan delante, las cuatro figuras detrás y las tres de la derecha mediales. San Juan nos presenta a la especie humana ante el gran Juicio y parece que las figuras centrales son las 'justas' y las de la derecha las 'pecadoras'. Ya se desatan todos los elementos ante la inminencia del fin del mundo.

Creo que es oportuno citar a Matisse cuando dice: "la exactitud no es verdad", además de justo es recordar su conocida opinión acerca de que "el pintor expresa sus visiones interiores, pues no se trata de describir una historia, eso ya está en los libros".

Seguro de Automóvil



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**



