

32 Nuevas MIRadas: Fin de la residencia y nueva etapa en tiempos de pandemia **37** Ciudad y Medicina: El hospital de los Hurdanos **53** La Más Humana de las Ciencias: El mejor amigo del médico jubilado

SALAMANCA MÉDICA**70**

Revista Oficial del Colegio de Médicos de Salamanca
Enero - Marzo 2021



22 Aprobada la ley que convierte la eutanasia en prestación del SNS



**JUAN LUIS
MUÑOZ BELLIDO**

**“Sanidad tiene que
asumir el gran reto de las
enfermedades emergentes”**



MIGUEL MARCOS



**“Muchos sanitarios hemos
sufrido en esta pandemia la
maldición de Casandra”**



Seguro de Automóvil



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. SALAMANCA Bermejeros, 22 Tel. 923 26 31 68 salamanca@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

923 26 31 68

Síguenos en     

y en nuestra APP 



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





Junta Directiva

COMISIÓN PERMANENTE

Presidente

Dr. D. Santiago Santa Cruz Ruiz
presidente@comsalamanca.es

Vicepresidente 1

Dr. D. José Ramón González Porras

Vicepresidente 2

Dr. D. Valentín Alberca Herrero

Secretario

Dr. D. Rubén García Sánchez
secretario@comsalamanca.es

Vicesecretaria

Dra. D^a. Sara Cascón Pérez-Teijón

Tesorera

Dra. D^a. Manuela Martín Izquierdo
tesorero@comsalamanca.es

VOCALÍAS

Médicos de At. Primaria Rural

Dr. D. Pablo Baz Rodríguez

Médicos de At. Primaria Urbana

Dra. D^a M^a Auxiliadora Velasco

Médicos de At. Especializada y Hospitales

Dra. D^a Pilar Sánchez Conde

Médicos de Medicina Privada

Dr. D. Gumersindo Rodríguez

Médicos de Adm. Públicas

Dra. D^a Sonsoles Castro Herranz

Médicos en Formación

Dr. D. David González Calle

Médicos Jubilados

Dr. D. Victoriano Guinaldo Sanz

Médicos Eventuales o en Desempleo

Dr. D. José Julio Sánchez de Juan

Médicos Tutores y Docentes

Dr. D. Ángel Delgado Vicente

El análisis

Ley de eutanasia. Soy médico, ¿esto va conmigo?

Hace unos días el Congreso de los Diputados aprobó una ley de eutanasia. No voy a entrar en si existe o no una escasa demanda real, en si la encuesta del CIS tenía las preguntas bien formuladas o no o en si habrá o no esa pendiente resbaladiza que muchos dicen, en la cual, tras un tiempo de rigor en su aplicación, se “abrirá la mano” a realizarla sin consentimiento escrito del paciente o en pacientes psiquiátricos o niños, que no pueden dar la autorización, como ya está ocurriendo en Países Bajos y Bélgica.

Son variopintas las razones que alegan los partidarios de la eutanasia y sus detractores. Yo lo que, en estas pocas líneas, quiero traer a reflexión es si es justo o no que esta ley afecte directamente al médico.

Cierto es que estamos hablando de pacientes con un sufrimiento severo, físico y/o psíquico, que no está controlado con los tratamientos que se les aplican y con enfermedades incurables.

Estos pacientes, por su estado de dolor, de invalidez y de “poca esperanza de vida” se merecen toda nuestra atención y ayuda, pero su necesidad no tiene respuesta sólo en la Medicina y sus tratamientos. Tan importantes son las ayudas sociales a la dependencia, la mejora de la soledad, del desamparo, de la fractura familiar, etc. (habitualmente complejas y muy variopintas) y el apoyo espiritual, adaptado a las creencias de cada persona.

Y en tanto hay enfermedad, el médico y demás profesiones sanitarias, con su saber y su humanidad, siendo respetuosos, cercanos y sensibles a su padecimiento, tenemos mucho que hacer.

Pero esta nueva ley no va de esto, sino de cuándo un paciente no quiere seguir viviendo y demanda que se le quite la vida (o que le ayuden a morir).

El principio de autonomía del paciente es un derecho reconocido en la ley desde hace pocas décadas que viene a acabar con la tradicional Medicina paternalista de “haga, doctor, lo que usted crea mejor”.

Pero esta autonomía del paciente no es un absoluto en el que el paciente puede demandar una actuación sanitaria determinada. El paciente tiene todo el derecho a que se le explique de forma veraz, cuidadosa y en un lenguaje entendible, su enfermedad, pronóstico y los tratamientos de que dispone la Medicina actual. Y el paciente decidirá sobre el tratamiento que acepta dentro de los ofrecidos, aunque nunca se le debe abandonar si no acepta nuestra “recomendación”.

Pero el gran “salto” que trae esta ley es que no habla de tratamientos ni de Medicina, sino de algo totalmente ajeno a la esencia de esta: dar fin a una vida, a través de una actua-



» El análisis

ción médica directa. En las facultades de Medicina, en la formación MIR, en los másteres médicos, etc. no existe la formación en la práctica de la eutanasia.

Desde que hay documentación médica, los códigos deontológicos exigen que quien la practique nunca actúe dañando a sabiendas al paciente ni administrándole o facilitándole sustancia alguna para quitarle la vida. Y estos principios, que son más antiguos que todas las democracias y que los partidos políticos o las diferentes ideologías, no pueden ahora reescribirse con una ley que ataca a la línea de flotación de los fundamentos y fines de la Medicina, que son y serán curar y, cuando no se pueda, aliviar a la persona enferma.

Por ello, me pregunto: ¿qué tiene que ver un médico con quitar la vida a un ser humano?

No es competencia del médico dar fin a la existencia de un paciente.

¿Y de quién sería?

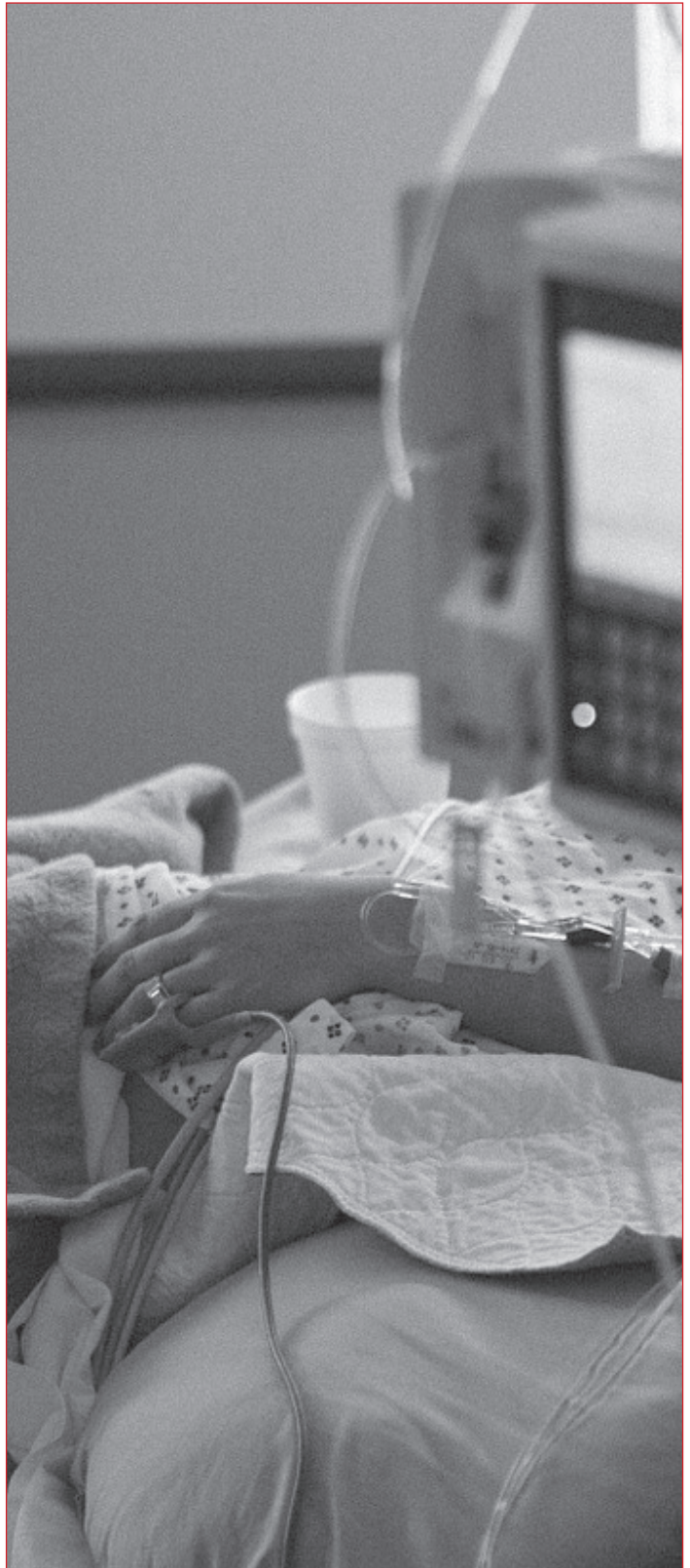
La misión del médico y de las administraciones sanitarias es la de atender lo mejor posible a los ciudadanos enfermos y, cuando estén al final de su vida o tengan enfermedades incurables que conlleven gran sufrimiento, administrar unos cuidados paliativos integrales, que no son cuidados solamente médicos y para el paciente desahuciado, sino para situaciones con un pronóstico vital corto o con mucho sufrimiento físico no controlable con tratamientos más convencionales.

“No se puede actuar por ley sobre la conciencia personal ni sobre los fundamentos de la Medicina ”

Es una exigencia que todos los que nos dedicamos a esta profesión debiéramos dar o exigir para nuestros pacientes la atención sanitaria al final de la vida, pues la realidad es que más del 66% no la tienen, y esto sí que es una tarea urgente y muy necesaria para alcanzar una asistencia de calidad en este imperioso problema.

Pero el aceptar por ley una competencia, la eutanasia, contraria, no a la conciencia personal de cada uno –que también–, sino a la esencia de la Medicina, es aceptar que la vital relación de confianza del paciente en el médico se va a tambalear; que aceptaremos ser “jueces” sobre la vida y la muerte; que aceptaremos importantes discusiones y tensiones en las unidades asistenciales entre profesionales; que se judicializarán algunos de estos casos, implicando a médicos; que habrá tensiones con familiares y allegados que desconocían la petición del familiar o que la achacaban a un mal momento, pero que nos echarán en cara el no hacer todo lo posible por su vida.

No se puede actuar por ley sobre la conciencia personal ni sobre los fundamentos esenciales de una profesión médica tan necesaria y valorada por los ciudadanos tal como es y ha sido siempre: la vida, la salud y el enfermo.



SUMARIO70



7 Entrevistas a los doctores Juan Luis Muñoz Bellido y Miguel Marcos Martín

El responsable del Servicio de Microbiología y el jefe de Unidad de Medicina Interna del hospital de Salamanca hablan largo y tendido de su experiencia durante una pandemia contra la que han luchado desde primera línea



22 Con la aprobación de la ley que convertirá la eutanasia en una prestación del SNS, los médicos se enfrentarán a un proceso de gran complejidad

28 Noticias Colegiales

32 Nuevas MIRadas | Fin de la residencia y nueva etapa en tiempos de pandemia

33 Palabra de Médico | Herd immunity, Susana Distancia, Pandemia y nuevas modas literarias y periodísticas

35 Medicina para Todos | Un médico excelente dedicado a los enfermos de lepra y sida

37 Ciudad y Medicina | El Hospital de los Hurdanos

40 Maestros con Historia | Sobre Higiene en general y en Salamanca

48 El Desván de Arte

53 La Más Humana de las Ciencias | El mejor amigo del médico jubilado

57 Salud, Humor y Risa | Cerebros de odio sin humor

**Javier y
Ana, 34**
meses juntos.



Habéis cambiado la forma
de ser mayor, nosotros la forma
de hacer banca con vosotros.

SANTANDER SENIOR

Una nueva propuesta pensada
en lo que ahora necesitas.

PLANIFICACIÓN. AHORRO. PROTECCIÓN

» Entrevista



“Sanidad tiene que asumir el gran reto de las enfermedades emergentes, se acabó pensar que un virus se circunscribe a una zona”

El Dr. Juan Luis Muñoz Bellido, jefe de Microbiología del hospital, asegura que el primer error de la pandemia fue creernos la información sesgada que nos llegaba de China; cree inevitable una cuarta ola, pero dependerá de nosotros su intensidad

Antes de que el SARS-CoV-2 pusiera en jaque a todo el planeta, el sistema sanitario ya estaba amenazado por otros virus no menos importantes, como los que causan enfermedades emergentes, así como por las bacterias resistentes, a las que se atribuyen más de 30.000 muertos solo en Europa. Lo sabe bien el jefe de Microbiología del hospital de Salamanca, Juan Luis Muñoz Bellido, quien, pese a tener que hacer frente en primera línea a una pandemia sin precedentes en la edad contemporánea, resalta las lecciones positivas que se pueden extraer de ella: por supuesto, el compromiso total de los profesionales, pero también técnicas que han recibido un impulso necesario, aunque haya sido a la fuerza, como la secuenciación de ADN. Es el futuro de la Microbiología y, a medio plazo, el doctor Muñoz Bellido espera que sea una actividad indispensable con sus recursos materiales y personales correspondientes.

Convivimos con millones de virus, y miles de ellos pueden infectar a humanos, ¿qué tiene este SARS-CoV-2 para que haya generado una crisis sanitaria mundial sin precedentes en la edad contemporánea? Sin duda, es la mayor crisis sanitaria que ha habido desde la gripe española, y entonces las circunstancias también eran muy diferentes, porque estábamos todavía en la época preantibiótica. Si

hubiera ocurrido ahora, la mortalidad habría sido mucho menor, porque se piensa que una parte considerable de aquellas muertes se debió a infecciones bacterianas secundarias al propio virus de la gripe. En este coronavirus de ahora se junta un poco todo: tiene una capacidad de transmisión muy alta y, además, tenemos un modo de vida que facilita mucho su difusión por las relaciones sociales, los viajes y el constante tráfico de personas y materiales por todo el mundo... Esto está facilitando que microorganismos que tenían habitualmente una zona geográfica de acción muy concreta estén empezando a aparecer en otros lugares. Sin ir más lejos, de la fiebre hemorrágica vírica grave, como es la de Crimea Congo, que se llama así porque era donde se veía el mayor número de casos, el año pasado tuvimos tres pacientes en Salamanca.

Pero estas circunstancias no son de 2020, llevamos décadas con esta globalización, con un contexto similar, ¿por qué ahora el SARS-CoV-2 está en todo el mundo de forma tan extendida? ¿Qué lo diferencia de otros SARS o virus respiratorios?

No hay nada diferente, solo su gran capacidad de transmisión, porque, por ejemplo, la mortalidad del SARS-CoV-1 era mucho mayor; éste se mueve en torno a un 2% y el otro llegaba al 20%, pero tenía una capacidad de transmisión entre personas mucho

» Entrevista



más reducida. Porcentualmente, el SARS-CoV-2 tiene una mortalidad baja, entre comillas, pero un 2% en millones de casos acaban siendo muchas personas y en poco tiempo.

Solo un año... Después de este tiempo, ¿todavía nos falta mucho por saber del virus?

Falta mucho por saber, pero también se ha decubierto mucho para llevar solo un año lidiando con él. Hemos aprendido muchísimo de cómo es, cómo funciona y cómo afecta, pero nos quedan años de trabajo y de investigación.

¿Qué información necesitamos que nos pueda ayudar más? ¿La capacidad de inmunidad, las variantes, las mutaciones...?

Nos falta por conocer aspectos importantes que todavía no se han podido estudiar porque requieren mucha dedicación, y otros porque no ha habido tiempo suficiente de evolución, por ejemplo, averiguar cuánto va a durar la inmunidad. Hasta que no pasen los meses no lo sabremos. ¿Cómo van a funcionar las vacunas? Lo mismo. ¿Surgirán mutaciones que nos pueden afectar más? Puede ser, porque las actuales, en realidad, pueden tener cierta importancia epidemiológica porque se transmitan más o menos, pero de momento no hay ninguna que esté demostrado que origine cuadros más graves, y sí que hay alguna que puede interferir en la eficacia de la vacuna. ¿Pueden aparecer virus que causen cuadros más graves y que no respondan en absoluto a la vacuna? En teoría, es posible. Todavía queda mucho por averiguar en todo lo que condiciona los cuadros mas graves, que en realidad no es el virus propiamente dicho, sino la respuesta del sistema inmune; hay que avanzar en el conocimiento sobre cómo se puede interferir en esa tormenta inmunológica.

Entonces, ¿puede haber variantes que supongan una amenaza seria para la inmunidad? ¿Otra pandemia dentro de esta pandemia?

No es probable, pero puede ocurrir. En esto nos tenemos que

Curriculum vitae

Juan Luis Muñoz Bellido

Atraído desde los últimos años del Bachillerato por todo aquello que ahora se engloba en la Biomedicina, supo ya durante la carrera de Medicina en Salamanca (promoción de 1983) que le gustaban las enfermedades infecciosas y lo que hay detrás de los virus y bacterias que las causan. Entonces, y también ahora, es una especialidad no reconocida, así que la opción tras la licenciatura era la Medicina Interna, donde las infecciosas serían solo una pequeña parte de la atención, o la Microbiología, especialidad por la que optó finalmente y que le ha llevado en la actualidad a la jefatura de este servicio en el CAUSA. Tuvo “la suerte”, como él mismo recuerda, de tener profesores que con un gran peso en esta Universidad, como Pedro Amat, Enrique Battaner, Sisinio de Castro o José Ángel García Rodríguez.

Tras el obligado parón por el servicio militar, accedió a una plaza MIR de Microbiología en el hospital, donde posteriormente pudo quedarse con un contrato postdoctoral. Tras realizar una estancia en Londres y obtener la plaza por oposición como microbiólogo, estuvo un año y medio en el hospital de Ávila, hasta su retorno a Salamanca, donde ha compaginado el estudio y la atención de las infecciones con la docencia y la investigación.

Premio María de Maeztu a la Excelencia Científica y catedrático de Microbiología Clínica, vive este último año dedicado en cuerpo y alma a luchar contra la pandemia desde el hospital, donde se hacen más de 35.000 PCR cada mes y donde están preparados para impulsar definitivamente la secuenciación de ADN, fundamental no solo para detectar a tiempo las variantes del SARS-CoV, sino para asumir el gran reto que suponen las enfermedades emergentes y las bacterias resistentes.

Poco tiempo para su otra gran pasión, la música, un sueño que, con su constancia, será cada día más real.



» Entrevista



poner siempre en lo peor; para que no nos pille desprevenidos. Tenemos que actuar contando con la posibilidad de que puedan aparecer mutaciones resistentes a las vacunas y mutaciones que se transmitan más y originen cuadros más graves. Probablemente no llegue a ocurrir, pero debemos tenerlo previsto para contar con las medidas de actuación necesarias.

La carrera por las vacunas ha sido espectacular. ¿Considera que reúnen todas las garantías exigibles?

Yo creo que sí, las que se están utilizando en España son seguras, y se han probado lo suficiente; eso no quiere decir que no pueda haber personas concretas que sufran efectos secundarios, como los hay con la vacuna de la gripe y con cualquier otra.

Si ya están en el mercado, ¿por qué no tenemos suficientes? ¿No hay otra forma de hacerlo?

Es complicado. Estamos ante un problema que tenemos desde el principio con todos los recursos que se han necesitado contra la pandemia, desde las pruebas diagnósticas hasta las mascarillas y los EPI. La demanda se ha disparado de tal manera que no hay sistema industrial capaz de absorber todo eso de una forma rápida. Con las vacunas ocurre lo mismo, el problema no ha sido tanto desarrollarlas, entre otras cosas, porque había una bastante avanzada frente al SARS antiguo, y las de RNA se han hecho sobre la base que ya existía, pero la producción a semejante volumen es muy difícil de asumir.

Lo ideal sería contar con una española, y ya tenemos tres candidatas que prometen: la de Luis Enjuanes, Isabel Sola y Sonia Zúñiga, en el Centro Nacional de Biotecnología del CSIC (CNB-CSIC); la de los virólogos Mariano Esteban y Juan García Arriaza (CNB-CSIC); y el estudio que dirige el parasitólogo Vicente Larraga, del Centro de

Investigaciones Biológicas Margarita Salas (CIB-CSIC). ¿Las tres tendrán posibilidades?

Sí, en principio no tienen por qué funcionar peor que las existentes. El problema es que las tengamos a tiempo, o que vayan a llegar cuando ya estemos todos vacunados; aunque al ritmo que vamos, les dará tiempo.

“Las tres vacunas españolas tienen posibilidades, el problema es que las tengamos a tiempo”

¿Será un virus cíclico? ¿Nos tendremos que seguir vacunando cada año, como de la gripe?

No parece que sea un virus cíclico. Al principio se pensó en ello, porque los otros coronavirus más leves sí que presentan un cierto comportamiento estacional, como la gripe; pero hasta ahora, en el tiempo que llevamos de pandemia, no está claro que los altibajos que ha habido en la prevalencia tengan que ver con condiciones climáticas, sino más bien con el comportamiento cíclico de todas las pandemias, independientemente del frío o del calor.

¿Ha venido entonces para quedarse o si llegamos a la inmunidad de rebaño podría desaparecer?

Es difícil de pronosticar, pero no me parece que vaya a desaparecer. Estamos viendo que hay cierto porcentaje de personas que han pasado la infección pero no hacen anticuerpos en absoluto, pero también hay gente que aparentemente se reinfecta, que tuvieron PCR positiva y síntomas, y meses después vuelven a tener

» Entrevista

la enfermedad compatible y con prueba positiva. En teoría, se supone que hicieron un nivel de inmunidad, pero al final se han vuelto a infectar, así que no creo que vaya a desaparecer como ocurrió con el SARS-CoV-1. Lo vamos a tener tiempo, probablemente como uno más de los virus que hay circulando, pero la gravedad se reducirá mucho, en cuanto a que tendremos muchos menos casos, a la mayoría le protegerá la vacuna y se dificultará la transmisión.

¿En qué punto nos encontramos ahora? ¿Cuándo cree que llegará esa nueva normalidad de la que se habló en junio y que no ha sido tal, con una segunda y ahora con una tercera ola especialmente agresiva?

Lo del verano fue una imprudencia. Ningún cuadro pandémico de los que se conocen, aunque casi siempre hablamos de pandemia por bacterias, desde la peste bubónica de la Edad Media hasta la más reciente del cólera, acaban de una vez. Las pandemias típicamente funcionan en oleadas. Decir en verano que habíamos vencido al virus hizo mucho daño, porque creó una falsa sensación de seguridad en la gente y se relajaron muchas medidas. Ahora hemos aprendido muchas lecciones, a controlar la infección, en muchos casos, a fuerza de prueba y error; porque no había otra manera, se han utilizado fármacos que luego se desecharon... Pero todo eso nos ha servido para aprender a manejar el virus. Se han mejorado mucho los recursos diagnósticos: en abril hacíamos 7.000/7.500 PCR mensuales, y en enero hemos hecho casi 35.000 solo en el hospital, y esto mejora mucho el diagnóstico temprano, se aísla antes y se van acortando los plazos de evolución.

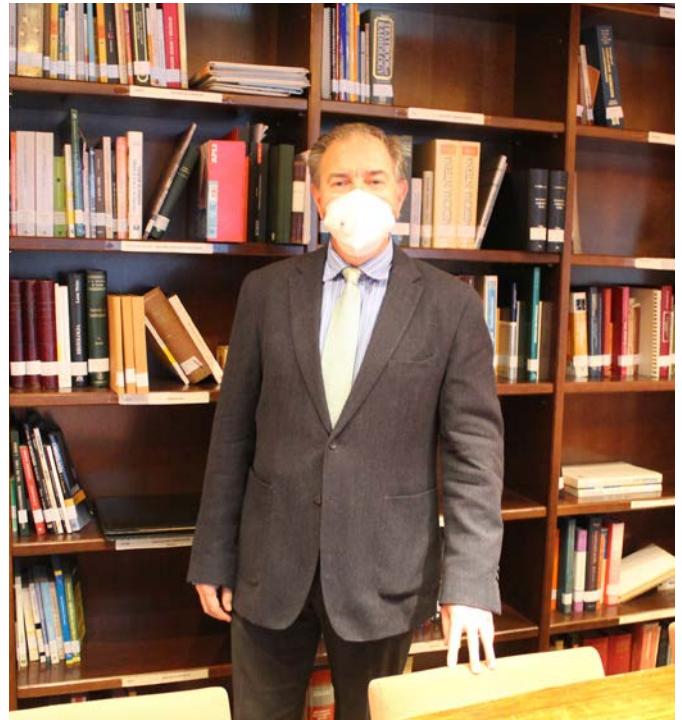
¿Habrá una cuarta ola?

No creo que nos libremos de una cuarta ola, lo que no sé es de qué intensidad, dependerá mucho de cómo se comporte la gente en Semana Santa y de que mantengamos las medidas básicas, como son la higiene, la distancia y la mascarilla.

“La desescalada del verano fue una imprudencia, porque todas la pandemias funcionan en oleadas”

¿Cómo valoraría la gestión de la pandemia por parte de las autoridades sanitarias? ¿Que errores no deben volver a repetirse?

El primer error ha sido creernos una información que nos llegaba de China, que probablemente estaba sesgada y manipulada, durante el último trimestre de 2019 y el primer trimestre de 2020. La situación era mucho más grave de lo que nos contaron, y eso hizo que no se tomaran las medidas adecuadas. También se han tenido pocos reflejos en algunas acciones, pero hay que tener en cuenta que ningún médico vivo había manejado una pandemia así nunca, la última tiene cien años. Visto a posteriori, los viajes, los aeropuertos... debían haberse controlado antes; y las aglomeraciones de gente, que se mantuvieron hasta última hora, manifestaciones, partidos de fútbol, etc., seguramente habría que haberlos cortado. Llevábamos demasiados años acostumbrados a una situación de salud muy privilegiada, y pensábamos que esto eran cosas del pasado. Se ha visto que a la población le cuesta mucho romper sus rutinas: encerrarse, no poder desplazarse, no poder ir a restaurantes o bares, estar con la familia, se lleva muy mal, y muchos no se han resignado a hacerlo. Sanitariamente, habría que



haber actuado mucho antes para acaparar material. Por lo demás, los profesionales han ido actuando sobre la marcha, según iban ocurriendo las cosas, porque eran difíciles de prever.

La experiencia vivida en el hospital no habrá sido fácil. ¿Cómo están en la actualidad?

Ahora (22 de febrero) mejor. La demanda ha bajado mucho, y se va notando el alivio, aunque de forma escalonada; primero lo notamos nosotros en Microbiología, luego empiezan las plantas a vaciarse, y al final la UCI, que todavía tiene mucha presión. Respecto a nuestra capacidad diagnóstica con PCR, hemos ido incorporando equipos más potentes, que permiten hacer muchas más pruebas en menos tiempo.

El nuevo hospital ha estado ahí latente, en algunos momentos incluso se dijo que estaba disponible para hacer frente a la pandemia, pero al final se ha tirado con lo que ya teníamos, y se está haciendo el traslado no por fases, sino a cuentagotas. ¿Ha sido una decisión acertada?

Como decía San Ignacio de Loyola, en tiempo de crisis, no hacer mudanzas. En nuestro caso, el traslado hubiera sido imposible, porque trabajamos con equipos complejos de mucho volumen. No es solo desenchufarlos en un sitio y pasarlos a otro, hay que desmontarlos, ponerlos en marcha, ajustar y regular, y eso te puede suponer más de una semana. Y no nos podemos permitir el lujo de estar parados ese tiempo. Ahora no sabemos lo qué va a pasar, así que habrá que tomárselo con calma.

¿También han tenido que asumir en muchas etapas escasez de personal?

En mi servicio no hemos tenido problema en cuanto a contrata-

» Entrevista

ción de personal, aunque sí que los hubo con los residentes. La Consejería de Sanidad no anduvo muy ágil en un momento en el que había muchísima demanda, y se los llevaba el que ofrecía mejores condiciones o el más rápido. Me hubiera gustado que se quedara nuestra última residente, porque era una persona competente, pero estuvo esperando a ver si llegaba el contrato y no llegó. Ha ocurrido con muchos. No hemos sabido adaptarnos. Hubo una época en la que la oferta de médicos era mayor que la demanda, y la administración se podía permitir el lujo de ofrecer peores contratos, pero ahora no es así, hay que asumirlo, y nuestra Consejería tiene ser competitiva, porque vamos a perder a excelentes profesionales.

Ha llegado a esta pandemia en primera línea, como jefe del servicio de Microbiología del hospital de Salamanca, ¿podría sacar alguna lección positiva tras las situaciones tan dramáticas vividas?

Lecciones positivas se pueden sacar siempre. El compromiso de los profesionales ha sido importante, la gente ha trabajado a destajo, sin mirar si era sábado o domingo, si era mañana o era noche. También ha servido, y espero que siga sirviendo, para, dentro de lo malo, potenciar el desarrollo del diagnóstico molecular. Todos teníamos claro que es el futuro de la Microbiología, pero iba progresando muy poco a poco, y esto le ha dado un empujón importante. Espero que la siguiente fase que nos espera, que es detectar las variantes del SARS-CoV-2 con una tecnología más puntera, suponga avanzar al siguiente paso tecnológico, que es la secuenciación de ácidos nucleicos.

¿Qué se necesita para este salto cualitativo tan importante?

Necesitamos un secuenciador, que ya lo tenemos, y sobre todo los recursos, el material fungible y el personal especializado. Ahora contamos con la colaboración de la plataforma Nucleus de

la Universidad de Salamanca, que nos permite empezar a tener resultados lo antes posible; pero nuestra idea es, a medio plazo, e independientemente del coronavirus, lograr crear una sección de la Microbiología del hospital más allá de ayudas o de colaboraciones externas. Esto es el futuro de la Microbiología, y va a ser vital, por ejemplo, para abordar la resistencia a los antibióticos. La secuenciación es la herramienta fundamental para estudiar a fondo qué tipo de resistencia tenemos, cómo se difunde, e intentar que, si tenemos brotes de bacterias resistentes en el hospital, podamos cortarlos lo antes posible. Ahora el proceso se hace por métodos más antiguos, y la idea es, puesto que se va a poder acceder a esta

“Espero que la pandemia sirva para potenciar la secuenciación de ácidos nucleicos en el hospital”

tecnología, dar el salto. La secuenciación la estábamos usando ya, pero solo para situaciones muy concretas, como detectar resistencia a antiviricos en pacientes VIH positivos u otras acciones muy específicas, pero hay que potenciarlo y expandirlo.

También se necesita un cambio cualitativo en la docencia, porque la Facultad de Medicina de Salamanca, referente nacional durante muchos años, vive ahora un periodo de decadencia, fundamentalmente por la falta de profesores con plazas vinculadas.

Es un tema que todavía no he conseguido entender, porque no es un problema sobrevenido. La Universidad, desde que yo entré como profesor titular en 1992, sabe que me jubilo el 30 de septiembre de 2030, así que puede prever perfectamente mi relevo.



» Entrevista

Y no se hace. Hay muchos problemas también desde los ámbitos estrictamente universitarios, porque no se entiende cuál es la situación especial de una Facultad de Medicina. La medicina es un oficio, más que otra cosa, y quien lo tiene que enseñar es el que lo maneja. Yo no veo enseñando una especialidad a alguien que no la ejerce en tiempo real, con la dedicación que ello implica, y eso, desde otras facultades con una aplicación profesional menos inmediata, no se entiende bien. Los políticos están para legislar, precisamente, para que los profesionales de los hospitales puedan enseñar su oficio.

¿Y ahora cómo estamos en este aspecto?

Mal. Sobre todo porque una facultad con el nombre de ésta no puede tener asignaturas durante años en manos de profesores asociados, que probablemente ofrecen una docencia estupenda, pero hay que tener un cuerpo de profesores fijo y estable. Hace pocos meses, yo era el catedrático más joven, y tengo 60 años. También existe el problema de la ANECA, que tiene unas exigencias excesivamente altas en cuanto a currículum para acreditar como profesor, y no se puede exigir lo mismo a alguien que se dedique a la docencia y la investigación plenamente, como puede ser, por ejemplo, un profesor de Matemáticas, que a quien trabaja en el hospital de 8 a 15 horas y luego por la tarde tiene lo otro. Si queremos tener profesionales competentes que enseñen medicina, esto hay que cambiarlo, hay que hacerlo más ágil, porque al final nos acabaremos quedando con profesores que serán muy buenos docentes, pero sin ninguna experiencia clínica –y eso al final no es operativo– o nos quedamos sin profesores directamente.

Un escenario desolador.

Ya hay asignaturas que se han ido quedando sin profesores, y se está tirando de la buena voluntad de profesionales del hospital que están asumiendo la responsabilidad de una asignatura sin la relación contractual adecuada con la Universidad. Y aunque estoy seguro de que imparten unas clases estupendas, desde el punto de vista de la propia Universidad, eso debería crear cierta preocupación. Necesitamos profesores estables, con contratos estables y que garanticen que van a desarrollar una labor a lo largo de los años. Los profesores asociados son una ayuda inestimable, pero no se les puede cargar con la responsabilidad de asignaturas completas.

¿Cuáles son los retos actuales de la Microbiología? Porque hay otros

virus mucho más letales para los que todavía no hay cura y que son, muchas veces, más frecuentes de lo que pensamos, por ejemplo, el virus que ya ha referenciado y que causa la fiebre de Crimea Congo.

Hemos tenido tres casos clínicos graves en Salamanca en el último año, y probablemente no han sido tres, sino 15 o 20, el resto en personas asintomáticas. Suelen presentar síntomas serios en torno al 20% de los afectados y, de hecho, en el estudio de seroprevalencia que realizamos, que se establece en torno al 2%, vimos que la gente que había sido positiva no recordaba haber tenido nada raro. Este es uno de los grandes retos que la administración sanitaria va a tener que entender y asumir: las enfermedades emergentes, que antes nos sonaban de África o de Asia, y que ahora eso se ha terminado o se va a terminar en breve. Solo hay que ver todos los brotes que hemos tenido en los países occidentales de dengue, de chikungunya o de fiebre del Nilo, que ahora es endémica en toda la costa este de Estados Unidos, donde hay más casos que en

África. Toda la movilidad relacionada con la situación social actual, el flujo de personas, los viajes, las mercancías, implica una capacidad de las infecciones provocadas por vectores que nos lleva a tener que superar la idea de que una enfermedad se circunscribe a una zona geográfica; eso se ha terminado. Debemos estar preparados para diagnosticarlas, porque nos las vamos a encontrar. Ya nos pasó también con la enfermedad de Chagas, debido a la inmigración que llegó a España de Bolivia o Ecuador. Pasó de ser un cuadro que no se veía nunca aquí, porque no existía el insecto que transmite el parásito, a convertirse en un problema sanitario importante, con casos crónicos de larga

duración bastante complicados en su tratamiento. Esas enfermedades van a acabar siendo enfermedades globales, y hay que estar preparados, sobre todo para detectarlas, para tenerlas en la cabeza, porque ahora mismo tenemos poca experiencia en ello.

¿Tendremos más virus como el SAR-CoV-2, capaces de poner en jaque a todo el planeta?

Se llame SARS -CoV-2 o una mutación nueva del virus de la gripe, puede ocurrir. En menor escala, ya lo vivimos no hace mucho con la última epidemia de ébola en África, que fue mucho más grave que las anteriores, precisamente por los cambios sociales. El ébola solía evolucionar en brotes muy recortados por la propia agresividad del virus: entraba en una aldea, morían casi todos sus habitantes y no daba tiempo a que pasara de ahí o llegara a los de la aldea vecina. Pero cuando la población africana ha comenzado a urbanizarse y entra un brote de ébola, no en un poblado de 300 habitantes, sino en una ciudad de tres millones, con unas condi-



» Entrevista

ciones sanitarias iguales o peores que las del poblado, entonces la situación se complica mucho, y así ha ocurrido en el último brote.

Ya teníamos sobre la mesa la amenaza de las bacterias resistentes: 33.000 muertos en Europa, 3.000 en España. ¿Qué podemos hacer?

Hay dos cosas que podemos hacer. Una, manejar mejor los antibióticos, porque seguimos abusando de ellos; y otra, disponer y aplicar la tecnología necesaria para que, en el momento en que aparezca un brote, sobre todo a nivel hospitalario, seamos capaces de detectarlo y de tomar medidas para que no se expanda. Por otro lado, también hay que estimular la industria sanitaria a nivel europeo, un déficit que también hemos sufrido y seguimos sufriendo con el coronavirus. El problema actual con las vacunas en buena parte deriva de esta situación. AstraZeneca es británica, Pfizer y Moderna son americanas, y nuestro déficit industrial se paga. Con los antibióticos ocurre un poco lo mismo: son fármacos peculiares, porque tienen una vida útil más corta que otros. Antes o después las bacterias van a acabar haciendo resistencias y va a perder utilidad. Además, con patentes en las que se invierte mucho dinero y solo van a tener tres o cinco años de explotación, para que luego cualquier otra empresa las copie y saque un genérico más barato. Hay que estimular que las empresas que desarrollan e investigan puedan explotar esas patentes de modo que les sea rentable, pues, de lo contrario, nos va ocurrir lo que nos ha ocurrido los últimos 15 o 20 años, que los laboratorios desarrollan muy pocos antibióticos. La administración americana tiene ya una normativa que implica que a los laboratorios que invierten en desarrollo de antibióticos, con potencial importante para dar solución a problemas graves, les ofrecen ventajas, como más tiempo de patente o reducción de los trámites burocráticos. Hay que facilitar que la investigación sea rentable, si no nos encontraremos sin investigación y sin antibióticos.

Parece que tiene que llegar una pandemia para que la población, pero sobre todo las administraciones, miren de frente a la Ciencia, maltratada por gobiernos que optan por el cortoplacismo. Pero la evidencia científica no es de hoy para mañana. Entiendo que ahora mismo también la actividad investigadora del hospital está centrada en la pandemia, pero habrá otras líneas de trabajo sobre la mesa...

Ahora estamos trabajando en coronavirus porque es inevitable, son estudios sobre todo epidemiológicos en los que participamos. En este aspecto, hemos colaborado en algunas de las publicaciones más importantes que se han realizado a nivel nacional y que se han publicado en revistas del impacto de 'The Lancet' y 'British Medical Journal'. Pero nosotros siempre hemos estado trabajando en los mecanismos de resistencia a antibióticos, y en eso seguimos, aunque este año la situación no permitía otra cosa que no fuera el SARS-CoV-2. En colaboración con la Unidad de Enfermedades Infecciosas y con el Departamento de Parasitología, también trabajamos en todas estas enfermedades emergentes transmitidas por vectores, originariamente exóticas, pero que cada vez lo son menos.

¿Tienen resultados pendientes de publicación?

En el tema del Crimea Congo tenemos un resultado interesante. Se pensaba que había dos linajes de este virus, uno que procede de Crimea y otro del Congo. De los pocos que se habían visto en España, casi todos eran por el linaje Crimea, y se suponía que entraba por Europa. Sin embargo, en el último caso que hemos



El decálogo

Un libro. 'Mortal y Rosa', de Francisco Umbral.

Un disco. Las variaciones Goldberg, de J. S. Bach

Una película. 'La lista de Schindler', de Steven Spielberg

Un plato. Todo lo que lleve setas.

Un defecto. Implicarme demasiado y no saber tomar la distancia suficiente en algunos casos.

Una virtud. La constancia.

Una cualidad que valora en los demás. La lealtad.

Un sueño. Que llegue algún día que tenga tiempo para dedicarle a la música el tiempo que me gustaría.

Una religión. La católica.

Un chiste. EEUU desarrolla un centro puntero para el control de terremotos, y detectan uno en España, concretamente en Lepe (Huelva). Llamen a la Guardia Civil para avisar: "En breve va a ver en esa zona un movimiento sísmico, con epicentro en Lepe, tomen las medidas adecuadas". "Vale, entendido, no se preocupe". Pasa un día, dos días, tres días y no contestan; ya los americanos preocupados, diciendo: "A ver si ha sido más gordo de lo esperado y no queda nadie en la zona". Al final, reciben una nota de la Guardia Civil de Lepe: "Movimiento sísmico controlado, Epicentro detenido y puesto a disposición judicial. Perdonen ustedes que no hayamos contestado antes, pero hemos tenido en la zona un terremoto que ni se imaginan".

tenido, hicimos el estudio genético y vimos que es del otro linaje, el del Congo, del que no se había dado ningún caso hasta ahora en España. Se supone que los vectores infectados, presumiblemente garrapatas, podrían haber venido vehiculados por aves migratorias.

VPC

Validación Periódica de la Colegiación

GARANTÍA PARA EL CIUDADANO

GARANTÍA PARA LOS MÉDICOS

AVAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL



La **VPC** es una certificación en la que un ente certificador, los Colegios de Médicos, evalúan y reconocen la **buena praxis profesional**, el **adecuado estado psicofísico** y el **Desarrollo Profesional Continuo** de los médicos para el ejercicio de la profesión. Así pues, la VPC da fe de que el médico que la obtiene reúne y mantiene los estándares definidos para ejercer como médico.

¿Quieres **saber** más?

(Descarga gratuita)

www.cgcom.es



OPÚSCULO



VIDEO
MÉDICOS



VIDEO
CIUDADANOS

» Entrevista

“Muchos sanitarios hemos sufrido en esta pandemia la maldición de Casandra”

Miles de personas comentan y comparten sus hilos de Twitter, una herramienta que ha convertido al Dr. Miguel Marcos en uno de los divulgadores más ‘buscados’ durante una crisis sanitaria que él combate desde el servicio de Medicina Interna del hospital de Salamanca sin dejar que el desgaste físico y emocional derroten al tesón y la esperanza



Casandra, hija de los reyes de Troya, tenía el don de predecir las tragedias que iban a ocurrir, pero no podía evitarlas, porque el dios Apolo, despechado, lanzó sobre ella una maldición: nadie creería jamás en sus vaticinios. El 25 de febrero de 2020, el Dr. Miguel Marcos, jefe de Unidad del Servicio de Medicina Interna del hospital de Salamanca, profesor titular de la USAL e investigador del IBSAL, publicó [un tuit en el que avisaba de lo que se nos venía encima](#). En España apenas se habían detectado nueve casos de coronavirus, todos “importados”, así que su advertencia, como la de otros científicos y profesionales sanitarios, fue como un grito en el desierto. Hoy tiene más de 37.000 seguidores en Twitter, una plataforma desde la que aporta información veraz y comprensible sobre la pandemia, logrando paliar la confusión y la devastadora incertidumbre de una crisis contra la que lucha en primera línea y seguirá haciéndolo. “Aunque las fuerzas sean escasas y el ánimo flaquea”, aunque el mundo siga haciendo oídos sordos a las advertencias por culpa de esa terrible maldición que nos hace sentir más cómodos ignorando lo que no nos conviene, aunque nos haga daño.

¿Qué le impulsó a meterse en el “berenjenal” de Twitter y de una forma tan activa en un momento tan convulso como el actual?
Al principio intenté responder a las múltiples dudas sobre diver-

sos aspectos de la pandemia que se planteaban en la propia red o que me hacían directamente amigos, compañeros o familiares. Posteriormente, fui actualizando los aspectos del SARS-CoV-2 más relevantes, y creo que he abierto, junto con otros muchos profesionales, una ventana a la situación de los hospitales y del sistema sanitario en general. Espero que haya sido útil para comprender la pandemia y para ayudar a difundir las medidas de prevención más importantes. Afortunadamente, ya tenía alguna experiencia en Twitter, y esto me ha permitido gestionar un poco mejor el volumen de interacciones y de seguidores.

Está logrando concienciar sobre la pandemia mediante una información rigurosa y asequible para toda la población. ¿Qué le dicen sus compañeros de profesión sobre sus mensajes virales y la herramienta que utiliza para transmitirlos, las redes sociales?

Hay de todo. Algunos compañeros me siguen o interaccionan conmigo en esta red, mientras que otros lo ven más lejano o no tienen demasiado claro de qué se trata. En general, recibo mensajes positivos en este sentido.

Sus hilos de Twitter son compartidos por miles de personas, los medios los difunden y ya figura entre los divulgadores más “buscados” por los periodistas. ¿Esperaba tanta repercusión?

» Entrevista

No, no la esperaba para nada. Viéndolo a toro pasado, y con el impacto que ha tenido la pandemia, sí es lógico que ocurriera, dada la necesidad de información y la afección por la misma. La repercusión me ha desbordado y, en ocasiones, he tenido que desconectar o declinar invitaciones de los medios, como me ocurrió ya en febrero de 2020, cuando escribí **el primer hilo**. A la vez, tengo que agradecer el interés de los periodistas y de la gente que me sigue y la posibilidad de tener ese altavoz para difundir los mensajes de prevención de la COVID-19 y de la situación del sistema sanitario. En ocasiones me ha dado un poco de vértigo tener tanta repercusión con mis mensajes, pero espero haber cumplido con la responsabilidad que ello implica.

¿Cómo se lleva eso de que le pidan opinión para todo lo que tiene que ver con la COVID-19?

Lo intento gestionar con paciencia y sentido común. Obviamente, no soy experto en todo, y si me preguntan por temas más específicos o que no manejo, declino la invitación o derivo a un compañero que tenga más experiencia en ese campo.

Hace poco más de un año publicó un tuit que se convirtió en viral y que después se ha confirmado como premonitorio: “Sin medidas de control, podemos encontrarnos con una gran cantidad de gente infectada en un corto espacio de tiempo. Y cuantos más casos, más casos graves o incluso mortales...”. Imagino que, en este caso, no hay nada de satisfactorio en que el tiempo le haya dado la razón... Efectivamente. Muchos profesionales sanitarios hemos sufrido en esta pandemia la maldición de Casandra. Bastaba ver la situación en Italia para saber que nos iba a ocurrir lo mismo, y también fuimos dolorosamente conscientes de lo que pasaría después de Navidades, por poner dos ejemplos en los que muchos hemos anunciado la catástrofe para ver cómo ocurría sin que se tomaran todas las medidas para intentar reducir el impacto.

En plena segunda ola reconocía que existía “un desánimo total” entre el personal del hospital y que la capacidad que tenían para afrontar esa segunda ola estaba “bastante disminuida”. Usaba el símil de la bicicleta: seguían adelante porque “si dejas de pedalear, te caes”. Vamos por la tercera, ¿con qué espíritu siguen pedaleando?



Curriculum vitae

Miguel Marcos

Afirma que no hubo “un momento concreto” en el que se le ‘revelara’ su vocación por la Medicina. Simplemente, ser médico le “atraía”, como también le seducía la Física. Optó por lo primero “en el último momento”. No se ha arrepentido. Volvería a tomar la misma decisión, y eso que lo vivido en el último año haría tambalear hasta el ímpetu más firme. Tampoco cambiaría el camino que emprendió como internista. Eligió la especialidad por la posibilidad de trabajar desde “una visión integral del paciente”, dado que le resultaba difícil centrarse “solo en un órgano”, y también le interesaba “el importante papel que tenemos los internistas en la docencia de pregrado”.

Movido por estas motivaciones, el Dr. Miguel Marcos (Salamanca, 1977), estudió Medicina en la USAL y, aunque tras el examen MIR comenzó la residencia de Cardiología en el Hospital Ramón y Cajal, pronto supo que eso no era lo suyo. “Me sirvió para darme cuenta, sin ninguna sorpresa para mi entorno ni para mí, de que mi vocación real era la Medicina Interna”, cuenta. Curso la especialidad en Salamanca, aunque esta etapa incluyó “un periodo de medio año de gran valor formativo en el Hospital Clínic de Barcelona”. Al acabar la residencia, realizó una estancia postdoctoral en la Universidad de Massachusetts, momento que considera clave en su desarrollo profesional. Posteriormente, se incorporó de nuevo al hospital de Salamanca, donde es jefe de Unidad de Medicina Interna desde 2019 y donde fue uno de los encargados de organizar los equipos COVID. Profesor titular de la USAL con plaza vinculada desde 2016, el Dr. Marcos desarrolla su faceta investigadora desde el IBSAL, donde lidera el Grupo de Alcohol, Metabolismo y Sistema Inmune.

» Entrevista



La realidad es que seguimos pedaleando y no dejaremos de hacerlo, aunque las fuerzas sean escasas y el ánimo flaque. Afortunadamente, ha habido pequeños periodos de descanso entre olas, y también tenemos esperanza en que las vacunas sean el empujón definitivo para poder terminar con esta pandemia.

¿Tres olas de una pandemia en un año es algo que entra dentro de lo "normal" o considera que se podrían haber evitado?

Es complicado saber hasta qué punto se podría haber reducido el impacto de las olas o su número, partiendo de la base de que hubiera sido muy difícil o imposible haberlas evitado. Un estudio reciente, por ejemplo, cuantifica en 23.000 muertes las que se habrían evitado en caso de decretar el confinamiento de marzo una semana antes, pero es difícil estar seguros de esa cifra. Sí es cierto que países de nuestro entorno tienen mejores indicadores de mortalidad y número de casos, o incluso algunos solo han tenido dos olas, por lo que no cabe duda de que hay factores que han hecho que la pandemia sea peor en nuestro país. Creo que sería precisa una auditoría independiente para un análisis detallado de lo que ha ocurrido, pero no confío en que se haga.

¿Teme una cuarta? ¿Podríamos afrontarla?

La crudeza de la tercera ola fue provocada por las Navidades, momento excepcional en cuanto a movilidad y reuniones familiares. Es probable que suframos una cuarta ola, pero si en Semana Santa no hay muchos desplazamientos ni tantas reuniones, lo esperable es que sea más pequeña que la segunda. Además, la vacunación evitará el ingreso de muchos pacientes de riesgo. Es difícil precisar más, y hay que mantener las precauciones sin relajarse, porque el virus nos viene sorprendiendo y siempre existe la posibilidad, por las mutaciones, de que la situación

pueda empeorar. Cualquier repunte de casos añadirá más carga al personal y más saturación al sistema sanitario, pero se podrá manejar igual que se ha hecho con las anteriores.

¿Qué le pasa por la cabeza cuando escucha que hay que "salvar el verano", "salvar la Navidad" o "salvar la Semana Santa"?

La dicotomía entre salud y economía, a estas alturas de la pandemia, ha quedado superada en cualquier análisis riguroso. Está claro que los países que han seguido una estrategia de supresión de la transmisión del SARS-CoV-2 tienen, en general, mejores resultados tanto sanitarios como económicos. Pretender "salvar" la actividad económica no ha hecho sino favorecer la extensión de la pandemia, provocando un mayor número de casos y mortalidad que en países cercanos, y no ha ayudado claramente a la economía.

¿Y cuando oye a los llamados "negacionistas" o a quienes dicen que hay que "convivir con el virus", que "todos nos vamos a contagiar" o que no se pueden asumir tantas medidas, porque "hay que vivir"?

Son situaciones diferentes. El negacionismo extremo, que llega a considerar que no existe el SARS-CoV-2 o que somos los profesionales sanitarios los que nos hemos "inventado" la pandemia, solo puede surgir desde una profunda ignorancia o desde la voluntad de desestabilizar la sociedad. Personalmente lo comparo con el terraplanismo, y no sirve de nada discutir con los que lo defienden ni se le debe dar ninguna difusión. Un caso distinto son los mensajes que tratan de fomentar una supuesta "convivencia" con el virus o que, en una línea similar, minimizan el impacto de la pandemia. Estos mensajes son muy frecuentes y obedecen, por un lado, al desconocimiento, pero también a intereses personales, económicos o políticos, por mucho que nos sorprenda con

» Entrevista

el enorme impacto que está teniendo la pandemia en todos los ámbitos.

¿Qué ha supuesto para usted afrontar esta situación excepcional?

Ha sido un reto enorme, tanto en el plano profesional como personal y familiar. El desgaste físico y el estrés psicológico pasan factura, y solo deseo que la pandemia termine y podamos recuperar nuestras vidas en la medida de lo posible. Seguiremos atendiendo a los pacientes con COVID persistente, lo que va a suponer un problema sanitario importante, pero espero que quedemos prácticamente libres de atender a los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.

¿Qué sentía en los peores meses de la epidemia al salir del hospital después de un turno especialmente duro?

Durante las primeras semanas, la descarga de adrenalina y el volumen de trabajo fue tal que no había espacio para las dudas ni para el esparcimiento. Una enfermedad nueva con semejante prevalencia y gravedad nos obligó a atender a muchos pacientes, pero también a elaborar protocolos, a analizar lo que estaba pasando y a organizar nuevos circuitos y procesos. Con todo ello, muchos profesionales del hospital estuvimos al pie del cañón durante todo el tiempo necesario, que, desde luego, superó de largo la dedicación habitual. La sensación principal en mi caso, tal vez, fue la de impotencia. La gravedad de los pacientes, la necesidad de aislamiento, el desconocimiento de la enfermedad y la saturación del sistema han impedido que podamos atender a los pacientes como nos gustaría en muchos aspectos.



¿En algún momento ha tenido ganas de tirar la toalla?

Todos somos humanos y hemos tenido muchas sensaciones durante la pandemia, incluyendo el desánimo y hasta el “enfado” con la situación. Mis peores momentos han sido al comienzo de la segunda y de la tercera ola, por la sensación de que había que volver a empezar. Pero, como ya he dicho, había que seguir pedaleando, y eso hemos hecho, no solo yo, sino la inmensa mayoría de profesionales sanitarios dentro y fuera del hospital.

En este año tan complejo, debe resultar difícil especificar sentimientos que no se entremezclen, pero ¿podría asociar un momento o situación concreta a cada una de estas emociones básicas?

- **Tristeza:** el fallecimiento de tantos y tantos pacientes y, especialmente, los profesionales sanitarios afectados de COVID-19.
- **Enfado o ira:** ver que se implantaba desde finales de abril la estrategia de “convivencia con el virus”, con el penúltimo capítulo en las Navidades, para facilitar la aparición de la tercera ola.

• **Impotencia:** los primeros pacientes Covid-19 con neumonía grave que atendí y que fallecieron.

• **Sorpresa:** muchas. Y es que si la pandemia tuviera un guionista, merecería todos los premios. Recientemente, destacaría la noticia de la vacunación del rey emérito con la vacuna china de Sinopharm.

• **Admiración:** el trabajo de muchos de mis compañeros, que, pese a afrontar situaciones familiares y personales muy complicadas, han cumplido con su tarea más allá del deber.

• **Miedo:** el riesgo de contagio, sobre todo en la primera ola, o la posibilidad de transmitirlo a tu familia.

• **Vergüenza:** algunas declaraciones de autoridades, como las de la consejera de Sanidad de Aragón en las que hablaba del “estímulo” que suponía para los médicos hacer sus propios EPI.

• **Alegría:** el desarrollo de las vacunas, sin duda la mejor noticia del 2020. Más cercano, la mejoría de pacientes a nuestro cargo, sobre todo los propios compañeros del hospital.

¿Cree que la pandemia nos ha hecho mejores como sociedad?

La respuesta corta sería no. De hecho, la impresión que tenemos todos es que la pandemia ha potenciado y magnificado los problemas y defectos que ya teníamos como sistema sanitario y como sociedad, desde la polarización política a la fragmentación y descoordinación entre CCAA y Gobierno central, pasando por las carencias del sistema sanitario. Sin embargo, soy relativamente optimista en cuanto a que la pandemia podrá traer algunos cambios positivos, desde las vacunas de ARNm a la organi-

zación en el sistema sanitario. Al menos, creo que hay bastante gente que ha aprendido mucho durante este año.

Una de las decisiones que se tomaron en este contexto de emergencia, que ha debido asemejarse a un escenario bélico, fue la de reducir al máximo el acceso a los entornos sanitarios, lo que ha implicado que pacientes muy graves hayan estado aislados y que miles de personas hayan fallecido en soledad. ¿Cree que esta decisión fue acertada? ¿Se ha logrado “humanizar” un poco la asistencia?

La asistencia a los pacientes con SARS-CoV-2 ha mejorado progresivamente desde el inicio de la pandemia, y creo que tenemos que estar orgullosos, gracias a la investigación y al esfuerzo de muchos profesionales, de la asistencia que se ha prestado y se presta a esta enfermedad. Respecto a la restricción de acceso a pacientes de residencias, desde luego fue una medida extrema y lejos de lo que podemos considerar óptimo, pero la atención en las residencias estuvo en todo momento a cargo de los propios médicos de las residencias y de Atención Primaria, que han realizado un trabajo enorme en ese sentido, así como por un equipo de apoyo hospitalario y del propio Colegio de Médicos.

» Entrevista

No podemos olvidar tampoco que el principal tratamiento para esta enfermedad, la oxigenoterapia, estuvo disponible para estos pacientes, así como otros medicamentos. Lamentablemente, la mortalidad en el caso de ancianos institucionalizados fue muy elevada tanto en los hospitales como en los centros sociosanitarios. La situación en las residencias ha sido, sin duda, uno de los grandes dramas de esta pandemia.

Se han llegado a llenar 12 plantas del Clínico y seis de Los Montalvos por pacientes con COVID-19, lo que ha exigido contar con refuerzo. ¿Cómo ha sido la experiencia de trabajar codo con codo con compañeros de otras especialidades?

Los equipos multidisciplinares han supuesto un reto que creo que el hospital ha superado satisfactoriamente, y todos los profesionales que hemos participado tenemos que sentirnos orgullosos de ello. Por supuesto que ha habido dificultades y reticencias, entendibles en su mayoría por la situación excepcional que hemos vivido, pero una de las pocas cosas buenas que nos deja la pandemia es, precisamente, el trabajo en equipo y el compañerismo. Personalmente, he podido trabajar con muchos profesionales con los que antes no había tenido oportunidad de hacerlo y ha sido una experiencia muy positiva en muchos aspectos.

Hemos depositado en las vacunas gran parte de nuestras esperanzas de superar esta crisis que, más que sanitaria, es una crisis global. ¿Diría que nuestras expectativas son exageradas?

Nuestras expectativas son correctas. Las vacunas, como ha ocurrido con otras enfermedades, nos permitirán alcanzar la ansiada inmunidad de grupo. Existe controversia sobre si se conseguirá erradicar o no la enfermedad, pero lo que sí está claro es que las vacunas cambiarán la pandemia tal y como la conocemos, reduciendo enormemente el número de casos graves de la enfermedad y, por tanto, la saturación hospitalaria. Quería añadir aquí

que me resulta inexplicable que la rica Europa no esté siendo capaz de vacunar a su población a mayor ritmo.

Han desarrollado una aplicación informática que permite 'predecir' el pronóstico de los pacientes con COVID-19, ideada para gestionar mejor las situaciones de elevada presión asistencial. ¿Han tenido que utilizarla? ¿Con qué resultados?

Gracias al trabajo de muchos profesionales del hospital, tanto de Medicina Interna como de otros servicios, hemos podido recoger y analizar los datos de los pacientes COVID-19 que hemos atendido. Así hemos podido desarrollar esta aplicación informá-

"Pretender 'salvar' la economía no ha hecho más que favorecer la extensión de la pandemia"

tica, de gran utilidad para predecir la evolución de los pacientes, y también analizar nuestros datos en tiempo real en relación con variables como la mortalidad o la respuesta a tratamientos, lo que nos ha permitido poder tomar decisiones clínicas y modificar nuestros protocolos. Como he mencionado anteriormente, el trabajo en equipo ha sido fundamental, y no solo en nuestro hospital, porque la aplicación informática se ha desarrollado también en colaboración con el Hospital Clínic de Barcelona.

La pandemia parece haberlo dejado todo en 'standby', desde la atención a personas con patologías menos "urgentes" hasta el abordaje de los importantes problemas y retos a los que se enfrentaba el sistema sanitario. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de este paréntesis?



» Entrevista

Las consecuencias son graves, porque no solo se ha producido un retraso importante en la atención a muchos pacientes, sino que el sistema sanitario y sus profesionales han sido sometidos a un enorme desgaste. Y así, sin solución de continuidad con lo que esperamos que sea el final de la pandemia, tenemos por delante el gran reto de reconstruir el sistema, adecuarlo a la cronicidad y recuperar la atención a los pacientes no Covid.

¿Cree que esta crisis cambiará la atención que se presta en los centros sanitarios o que, cuando logremos superarla, la inercia acabará dejando el sistema sanitario en un punto parecido?

Como he comentado, solo soy relativamente optimista respecto a las enseñanzas que nos deja la pandemia. Sí espero que se promueva una mayor inversión en sanidad, con el foco en una mayor digitalización y atención a las enfermedades crónicas y, por parte del paciente, un mejor uso de los servicios sanitarios. Pero no me atrevería a apostar mucho a favor de ello.

¿Qué impacto ha tenido sobre la actividad habitual de Medicina Interna la necesidad de dirigir gran parte de los recursos hospitalarios a dar respuesta a la epidemia de coronavirus?

El impacto ha sido enorme. Desde el 16 de marzo de 2020 y hasta finales de abril de ese año tuvimos que suspender toda nuestra actividad habitual, excepto los pacientes ingresados en Medicina Interna en el Hospital de Los Montalvos, para poder volcarnos en la atención a los pacientes COVID-19. Posteriormente, hemos sufrido continuos cambios en la organización para intentar acomodarnos a las olas de la pandemia y, a la vez, mantener la atención imprescindible a los pacientes no Covid. El hospital ha sido el último eslabón de la cadena, sin ninguna posibilidad de controlar la pandemia, y solo hemos podido adaptarnos a lo que iba sucediendo. El agotamiento y el desgaste del personal con esta situación, como ocurre en otros servicios del hospital, es notorio. Por poner un ejemplo evidente, en este mes de marzo de 2021 es cuando podemos disfrutar bastantes miembros del servicio de los últimos días de las vacaciones del 2020.

Ha pasado un año que parece un siglo. ¿Qué es lo que más echa de menos de su “vieja normalidad” como internista en el hospital?

Las consultas presenciales y las sesiones clínicas, que ya las estamos recuperando y, sobre todo, los estudiantes.

La Medicina Interna no es una especialidad vinculada a grandes avances tecnológicos y procedimientos punteros, y durante un tiempo no era de las que resultaban más atractivas para los MIR. Si estuviera ante un recién graduado y le preguntara qué tiene de especial la Medicina Interna, ¿qué le diría?

Me gustan mucho unas palabras de Arturo González Quintela, internista y catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela: “Ser internista es una forma de pensar, de actuar y hasta, permítaseme, una forma de ser”. La visión integral del paciente y la capacidad de adaptación del internista le han hecho capaz de cubrir las necesidades asistenciales cuando han surgido nuevos retos, como ha sido la pandemia COVID-19, pero también otros ejemplos no muy lejanos (síndrome de la colza, VIH, etc.).

En el Especial COVID que publicó ‘Salamanca Médica’, el jefe del servicio afirmó que esta crisis “ha servido para colocar la Medicina Interna en el puesto que se merece”. ¿Está de acuerdo?

La pandemia ha puesto en valor el trabajo de todos los profesionales sanitarios y, sin ninguna duda, también de la especialidad de Medicina Interna como una de las principales que ha sostenido la primera línea en la atención a los pacientes COVID-19. Tal y como he mencionado en la anterior respuesta, nos hemos tenido que reinventar para poder atender las exigencias de la pandemia, y lo hemos hecho como parte consustancial de nuestra especialidad. La infección por SARS-CoV-2 no venía en ninguno de nuestros libros, pero rápidamente la hemos asumido como una enfermedad que teníamos que tratar.

El Dr. Francisco Javier Laso nos contaba en una entrevista que cuando se creó el Grupo de Trabajo de Alcohol y Alcoholismo de la SEMI no se entendía muy bien qué tenía que ver el alcohol con la Medicina Interna. Usted tomó el testigo como coordinador de un grupo que hoy es de referencia en este campo. ¿Qué le llevó a interesarse por este ámbito en su labor asistencial y científica?

Mi interés vino motivado precisamente por el profesor Javier Laso, al que tengo que agradecer, además de su mentoría y apoyo profesional, su amistad durante tantos años. Él fue el que inició el trabajo en este campo en Medicina Interna en Salamanca, y también fundó el grupo que menciona a nivel nacional. Aparte de este interés inicial, es un ámbito muy relevante por el impacto sanitario, económico y social del consumo excesivo de alcohol.

Hace no demasiados años, se indagaba poco en las complicaciones orgánicas del alcoholismo, un problema que se reducía al campo de las adicciones y a sus repercusiones familiares, laborales o sociales. Hubiera sido impensable hablar de conceptos como inmunología o genética del alcoholismo o ARN y alcohol, áreas en las que usted investiga. ¿Qué horizonte se abre desde esta nueva perspectiva en la lucha contra esta enfermedad?

Es un campo en el que es más difícil investigar y hay menos recursos que en otros, pese a la repercusión que tiene, y desde luego que esperamos que en el futuro inmediato mejore nuestro conocimiento sobre las diferentes patologías relacionadas con el



» Entrevista

consumo de alcohol. El alcohol tiene una repercusión negativa sobre prácticamente todos los órganos, pero el cerebro sigue siendo una de las grandes fronteras de la ciencia, por lo que todavía nos queda mucho por avanzar en este ámbito.

¿Cree que hemos avanzado algo en la necesidad de reducir la elevada "tolerancia social" que existe respecto al consumo de alcohol?

Sin duda, aunque todavía queda mucho camino. Por ejemplo, ya está claro que no hay que promover el consumo de alcohol por motivos de salud. Tampoco la famosa copita de vino o la cerveza. En este sentido, no quiero dejar de mencionar que deberíamos ver el alcohol igual que vemos los dulces o comidas con elevado contenido graso. Nadie piensa que un pastel o un trozo de tocino sea saludable, aunque lo pueda tomar puntualmente si le apetece. Lo mismo deberíamos pensar del alcohol, con la salvedad de que no hay que consumir ninguna cantidad si se puede poner en riesgo a terceros (conducción, embarazo o manejo de maquinaria).

¿De qué logro alcanzado durante su trayectoria profesional se siente más orgulloso?

Sin duda, me he sorprendido a mí mismo de las tareas que he llevado a cabo durante la pandemia. Probablemente no sabemos de lo que somos capaces hasta que no nos vemos frente a ello. Pero no quiero personalizar, porque esto es aplicable a muchísimos compañeros que también se han reinventado durante la pandemia y se han volcado en la atención a la COVID-19.

"Tenemos esperanza en que las vacunas sean el empujón definitivo para terminar con esta pandemia"

¿Qué faceta le resulta más satisfactoria desde el punto de vista profesional, la asistencial, la docencia o la investigadora?

En mi caso, lo más satisfactorio es intentar desarrollar todas ellas desde el convencimiento de que la medicina tiene estas tres facetas: asistencial, docente e investigadora. Es curioso que cuando presentamos un caso clínico en una sesión todo el mundo tiene claro que eso es asistencia, pero si presentamos el análisis de 10 o 20 casos ya parece que es "investigación" y diferente de la asistencia. No es así, y precisamente en esta pandemia, como comentaba antes, el hecho de poder analizar nuestros datos nos ha permitido tomar decisiones clínicas y modificar los protocolos.

La pandemia ha demostrado que es posible dedicar muchos más recursos para investigar e innovar y, además, en un tiempo récord.

¿Por qué cree que la inversión en investigación sigue siendo una apuesta tan deficitaria en nuestro país?

Está comprobado que la inversión en investigación consigue retornos de calidad, no solo en el ámbito sanitario, como es evidente, sino también económicos y sociales. Pero para ello se requiere una visión a largo plazo, y me temo que muchas veces la gestión presupuestaria es demasiado cortoplacista.

¿Cree que el esfuerzo y los avances alcanzados en estos meses contribuirán a que la sociedad vea en la ciencia una oportunidad de desarrollo y riqueza?



El decálogo

Un libro: 'En busca del tiempo perdido', de Marcel Proust.

Un disco o canción: Mozart.

Una película: 'El Padrino'.

Un plato: La tortilla de patatas.

Un defecto: Pereza.

Una virtud: Paciencia.

Una cualidad que aprecia en los demás: Honestidad.

Un defecto que no soporta: La mentira.

Una religión: Cristiana.

Un chiste: Por hacerlo corto y de médicos, aunque sea malo: "Doctor, que me quemé. ¿Que te queté?".

Es posible, pero, como he dicho, soy solo relativamente optimista en este sentido, y no creo que en un contexto de ajustes, o incluso crisis económica, podamos aumentar mucho el dinero destinado a investigación.

¿Qué le ayuda en estos momentos a "desconectar" y capear la llamada "fatiga pandémica"?

Uno de los problemas de la pandemia es, precisamente, esa dificultad para desconectar y, sin duda, los mejores momentos que he tenido son los de desconexión con mi familia. Pero me temo que a mi mujer le debo muchas más horas de las que ya le debía antes de la pandemia.

EUTANASIA - Cuenta atrás para su aplicación



APROBACIÓN EN EL CONGRESO. La Ley Orgánica sobre la Eutanasia fue aprobada el 18 de marzo por el pleno del Congreso con 202 votos a favor, 141 en contra y dos abstenciones, una vez votados y ratificados los cambios realizados durante su tramitación en el Senado.

La eutanasia llega en plena pandemia y sin consenso de la profesión

Después de su paso por el Senado, la nueva ley orgánica volvió al Congreso el pasado 18 de marzo para su aprobación definitiva. Tras su publicación en el BOE, entrará en vigor a los tres meses. Los profesionales se enfrentan a una nueva prestación del sistema sanitario con una gran complejidad en todos sus aspectos

En un año marcado por la pandemia de covid-19 en casi todos los aspectos de la vida y, de forma especial, en la atención sanitaria, España vivirá también un cambio sustancial en la relación médico-paciente al incorporar la eutanasia a su sistema jurídico como derecho y como prestación del Sistema Nacional de Salud. Tras su paso por el Senado, la Ley Orgánica para la regulación de la eutanasia llegó el pasado 18 de marzo a su último y definitivo paso en el Congreso, donde fue aprobada con 202 votos a favor, 141 en contra y dos abstenciones. Una vez publicada en el 'Boletín Oficial del Estado', en un plazo de tres meses cualquier ciudadano español mayor de edad, con residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia superior a 12 meses podrá pedir acabar con su vida "por causa de padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable".

Aunque no se nombra específicamente en la norma, también se contempla el suicidio asistido, ya que la prestación incluye tanto "la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente" como "la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte".

España se convertirá así en el cuarto país de Europa, tras Holanda, Bélgica y Luxemburgo, en regular la eutanasia, también legal en Canadá, autorizada en Colombia –pero sin texto legal debatido en el Parlamento– y aprobada en Nueva Zelanda para ponerla en marcha a final de este año. Del mismo modo, tiene

EUTANASIA - Cuenta atrás para su aplicación



EL DR. MANUEL MARTÍNEZ-SELLÉS es el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, y pide que se abra un debate con los profesionales sobre la eutanasia. **EL DR. FERNANDO SANZ** cree que la complejidad de una ley “necesaria” exige todavía mucho trabajo para su desarrollo.

amparo legal el suicidio asistido en varios estados de EEUU y de Australia, Alemania, Japón o Suiza.

Según el desarrollo de la nueva prestación, si el paciente es consciente debe solicitar la eutanasia hasta en cuatro ocasiones: dos veces por escrito, con un margen de al menos 15 días y con la alusión expresa a que no es el resultado de “ninguna presión externa”. Una vez se presente la primera solicitud, el médico responsable debe realizar un proceso deliberativo sobre su diagnóstico que incluya los posibles cuidados paliativos y que el paciente tiene que confirmar.

Este paso se repetirá tras la segunda solicitud y, al final, una comisión de evaluación tendrá que aprobar todo el proceso. Pueden pasar hasta 40 días desde la petición para llevar a la práctica la eutanasia, que, según la norma, se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados o en el domicilio del paciente, a cargo del médico responsable del proceso.

Si la persona no cumple el requisito de estar consciente, se le puede aplicar si previamente ha “suscrito un documento de instrucciones, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos”.

El médico, el gran protagonista junto con el paciente

En todos los casos, la aplicación queda a cargo del médico responsable del proceso, el otro gran protagonista, junto con el paciente, aunque con la posibilidad de ejercer su derecho a la objeción de conciencia mediante la inscripción previa en un registro no exento de polémica y dificultades. La norma sale adelante con un fuerte respaldo social –el 72,3% de los españoles se muestra a favor, según una encuesta del CIS de enero de este

año– y con una gran celeridad –fue presentada por el Grupo Socialista y tomada en consideración por el pleno del Congreso el 11 de febrero de 2020–, pero también sin el apoyo de la profesión médica española, según el posicionamiento aprobado en la [Asamblea General de Consejo General de Colegios de Médicos \(CGCOM\)](#), ni el de la [Asociación Médica Mundial](#), y ni siquiera con un informe favorable del [Comité Español de Bioética](#), máximo órgano asesor del Gobierno en esta materia.

Así lo señala el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, el Dr. Manuel Martínez-Sellés, que está liderando la lucha para que esta ley finalmente no se llegue a aplicar, aunque la esperanza para evitarlo sea ya “mínima”. Entre las acciones que llevará a cabo está la de pedir a las comunidades autónomas que limiten su aplicación, en su caso, a la de Madrid, pero también luchará para que no haya un registro de médicos objetores “y para que la sociedad sepa que esta ley es una imposición que rechazamos, porque nace sin diálogo con la organización colegial ni con los expertos, quizá porque sabían lo que les íbamos a decir, y además, en un año marcado por la pandemia”.

“Los médicos no nos dedicamos a esto, va en contra de la esencia de la medicina desde sus orígenes; si el legislador quiere que alguien lo haga, que creen otra profesión”, añade Martínez-Sellés, quien indica que está avalado, no sólo por el [Código Deontológico de la institución colegial](#), que dice expresamente que el médico “nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni en el caso de petición expresa de éste”, sino también por el informe de la Asociación Médica Mundial de 2019, al dejar bien claro que la eutanasia quiebra la relación de confianza médico-paciente; o por el Comité Español de Bioética,

EUTANASIA - Cuenta atrás para su aplicación

que hace “un informe demoledor, expresando que la eutanasia y el suicidio asistido no son signos de progreso, sino de un retroceso en la civilización”. Del mismo modo, un comité científico del **Colegio de Médicos de Madrid** ha publicado una monografía completa analizando todo el proceso y el contenido de la ley en la que se concluye claramente que no se puede entender la eutanasia como un acto médico, al tiempo que se pide un nuevo informe al Comité de Bioética y que se permita a los médicos dar su opinión a los grupos parlamentarios.

“Se ha aprobado en plena pandemia, sin consultar a los expertos, no ha habido debate social y, lo más grave, sin tener una ley de cuidados paliativos en España, donde existe menos de un tercio de los recursos que se recomiendan y somos de los pocos países de Europa sin esta especialidad médica”, asegura el presidente del colegio madrileño, “muy preocupado” porque, “en vez de promover los paliativos, la única alternativa que se da a las personas que están sufriendo es la eutanasia; acabar con el sufriente, en vez de acabar con el sufrimiento”.

No se puede aliviar el sufrimiento en todos los casos

Pero el sufrimiento al que no se puede dar solución es, precisamente, “la razón de peso” para que médicos como el Dr. Fernando Sanz, con toda una vida profesional a sus espaldas en Atención Primaria, consideren que esta ley de eutanasia era necesaria. “La experiencia evidencia que los medios actuales de la medicina no son capaces de aliviar el sufrimiento en todos los casos, y eso genera el derecho de que alguien pueda decidir acabar con su vida”, explica, aludiendo, además, al incuestionable apoyo social a esta posibilidad, respaldada también, según destaca, por algunos colectivos médicos, como demuestran estudios sociométricos que se han realizado en Bizkaia, Madrid, Tarragona y Las Palmas, con apoyos cercanos al 70% de los encuestados.

Para Fernando Sanz, el Código Deontológico de la profesión médica parte “de un planteamiento obsoleto y confesional anclado en la concepción de que la vida es un bien otorgado por un ser omnipotente”. Pero añade que, tal y como recoge el preámbulo de la ley de eutanasia, “la vida es un bien que uno administra, es propietario y responsable de ella, y en algunos casos debe haber derecho a ponerle fin, siempre que nos hayamos asegurado de que esto no sirve para delinquir ni precipitar la muerte en personas en una situación desesperada o psicológicamente inestable, con un conjunto de garantías que recoge la ley”.

De hecho, subraya, está considerada como la ley más garantista del mundo. Es el primer texto legal que impone un control previo y, además, una comisión externa de garantías y evaluación tiene que revisar que se han dado todos los pasos en la tramitación y circunstancias del solicitante.

Además, este médico pone de manifiesto que la muerte por eutanasia es “un hecho raro” –en Holanda no llega al 4% de los fallecimientos– y que quien lo solicita “lo hace por razones poderosas, ya lo ha intentado todo y decide que ha llegado el momento de terminar”.

En “un país civilizado”, defiende, “esto debe ser una prestación del sistema sanitario, lo que no solo plantea un cambio cultural importante, porque incorporamos un derecho nuevo, sino que es técnicamente muy complejo, con muchas horas de trabajo para el profesional, que incluyen informes, visitas, compartir el proceso con otro compañero, el debate con el pa-



ciente... Un gran esfuerzo de organización, formación y nuevos recursos”.

“Grandes lagunas” pendientes, como advierte también el doctor Martínez-Sellés, entre las que se encuentra el registro de objetores, que, en palabras del presidente del Colegio de Médicos de Madrid, “obliga a los profesionales a pronunciarse sobre sus convicciones, tiene un carácter intimidatorio y no sabemos qué repercusiones va a generar a nivel laboral”. En este punto, también el CGCOM ha sido claro en su rechazo, al considerar que **su creación podría ir en contra del derecho a la confidencialidad y a la no discriminación**.

Registro organizativo

Mientras, para el doctor Sanz, este registro que impone taxativamente la ley genera al menos dos problemas: por un lado, rompe la confianza entre el médico y su paciente, porque “si mi conciencia no me va a permitir asumir una petición de eutanasia, esta decisión debería formar parte de mi diálogo con él”; pero, además, se pretende hacer un registro previo y permanente, cuando “la realidad no es esa, se puede tener problemas en una persona concreta y un hecho concreto, pero se podría admitir la petición de otro paciente en otras circunstancias”.

Al respecto, considera interesante la propuesta del Comité de Bioética de Castilla y León, que contempla la posibilidad de priorizar la utilidad y la organización, pudiendo dejar ese listado de objetores en manos de los jefes de servicio o los coordinadores de los centros de salud.

En cualquier caso, se trata de una ley orgánica que tendrán que desarrollar las comunidades autónomas y el Consejo Interterritorial de Salud de una forma, además, diligente, porque habrá poco más de tres meses para poner en marcha esta prestación que exige, entre otros aspectos, la formación de los profesionales y la creación del comité de garantías.

CUIDADOS PALIATIVOS - El derecho relegado

¿Hay libertad de decisión sin cuidados de calidad?

El jefe de Paliativos de Salamanca, el Dr. Francisco Vara, explica que, más allá del debate social de la eutanasia, es una responsabilidad moral procurar el acceso a una atención paliativa de calidad y a las prestaciones sociales

El jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del hospital de Salamanca, Francisco Vara, rechaza poner en el mismo plano conceptual la eutanasia y los cuidados paliativos, porque con esta “prestación de ayuda a morir” se puede llegar a pensar que ésta es la única alternativa al sufrimiento. Es más, cree que esta polarización puede transmitir la idea de que los cuidados paliativos son la panacea contra el sufrimiento, y no es así.

“Toda enfermedad terminal produce un sufrimiento en el paciente y en la familia que es inevitable; la misión de los profesionales de cuidados paliativos es intentar aliviar ese sufrimiento hasta un grado que permita al paciente desear seguir viviendo. Puede que no sea lo más práctico ni lo más económico, pero es algo que debemos a la dignidad humana, es una apuesta por la vida”, asegura.

Explica que si uno de los argumentos fundamentales que se han empleado para aprobar esta ley de la eutanasia es el derecho a la autonomía y a la autodeterminación de los pacientes, “no se puede tener libertad a la hora de tomar decisiones si los pacientes no pueden tener acceso a cuidados paliativos de calidad y no tienen resueltos sus problemas familiares y sociales”. De hecho, muchas personas morirán por no tener acceso a estas prestaciones, y eso atenta contra el principio ético de justicia: “Resulta inimaginable, por ejemplo, que en un sistema sanitario como el nuestro fallezca una persona con un infarto de miocardio por no tener acceso a un buen servicio de Cardiología”, añade.

Por ello, considera una responsabilidad social y moral solucionar estas desigualdades, y cree que “tanto los partidarios de la eutanasia como los contrarios a la misma están de acuerdo en potenciar los cuidados paliativos y las prestaciones sociales de manera que sean universales”. En este sentido, le consta que, tanto a nivel ministerial como en la Comunidad de Castilla y León, se están acelerando los planes para que esto sea una realidad con la mayor celeridad posible.

Ley Nacional de Cuidados Paliativos

Por último, el Dr. Vara reflexiona sobre cómo la eutanasia, tras esta ley, “se convierte para el médico en el derecho a disponer de la vida de otro, y esto influye, y no poco, en la relación entre el médico y el paciente, que hasta ahora se basaba en la seguridad de proteger la vida del enfermo, generando una desconfianza hacia algunos profesionales que pueden ser percibidos como agentes eutanásicos”.

Se abre, sin duda, un nuevo escenario para el que, como añade Francisco Vara, no hubiera estado de más un mayor debate “del que se ha privado a la sociedad, e incluso a los propios parlamentarios”, quienes, por otro lado, tienen todavía la asignatura pendiente de aprobar una Ley Nacional de Cuidados Paliativos que comprometa de igual forma a todo el territorio para poder garantizar que las personas puedan decidir dónde, cómo y con quién morir, y no sólo cuándo.



El Dr. Francisco Vara, en primer plano a la derecha, junto a miembros de su equipo de Cuidados Paliativos en el hospital de Los Montalvos.

» Noticias Colegiales

Una sentencia en Salamanca certifica que agredir a un médico tiene efectos penales

El Colegio de Médicos, que se personó como acusación popular, reclama más medidas de seguridad y punitivas que ayuden a erradicar estos ataques



Con motivo del Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, que se conmemora el 12 de marzo, el Colegio de Médicos de Salamanca quiso llamar la atención sobre las conductas de amenazas, coacciones, maltrato, injurias y/o vejaciones e incluso lesiones que siguen sufriendo los profesionales de la salud. Una realidad más triste aún tras un año especialmente duro para la profesión médica. Por ello, se siguen pidiendo a la Administración más medidas de seguridad y punitivas que ayuden a erradicar estas agresiones, ya consideradas atentado contra la autoridad y, por lo tanto, constitutivas de delito.

Así lo pone de relieve precisamente una reciente sentencia del Juzgado de lo Penal Nº 1 de Salamanca contra tres personas que agredieron a un médico de su centro de salud, que sufrió lesiones, además de recibir amenazas e insultos. La magistrada encargada de la causa, en la que el Colegio de Médicos intervenía como parte interesada, y tras la conformidad de las partes, ha condenado al primero de los acusados –como autor criminalmente responsable de un delito continuado de atentado con

la concurrencia en el mismo de la atenuante de reparación del daño– a la pena de dos años de prisión con la accesoria de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de condena y las costas del delito por el que ha sido condenado, sin incluir las costas de la acusación particular.

Indemnización al médico y a Sacyl

A los otros dos acusados se les condena como autores criminalmente responsables de dos delitos de atentado a la pena de un año de prisión para cada uno de ellos. Además, los dos varones son condenados, por un delito leve de lesiones, a pagar un mes de multa con cuota diaria de 5 euros, con la responsabilidad personal subsidiaria de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas. Asimismo, los tres deben indemnizar conjunta y solidariamente a la víctima con 4.000 euros y a la administración sanitaria, según los gastos que se acrediten por asistencia médica.

Al no contar con antecedentes penales, los tres condenados no entrarán en prisión, siempre y cuando no vuelvan a delinquir en el plazo de dos años.

Los médicos sufren el 35% de todas las agresiones al personal sanitario en Castilla y León

Según datos del [Registro de Agresiones de la Gerencia Regional de Salud](#) de Castilla y León, el 35% de todas las agresiones a profesionales sanitarios registradas en 2020 tuvieron a los médicos como víctimas, unas cifras que se dieron a conocer con motivo del [Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios](#), promovido por la OMC.

En total, en la Comunidad se contabilizaron 401 ataques, frente a los 462 del año anterior, lo que supone un descenso en términos globales del 13% respecto a 2019. Sin embargo, destaca el importante aumento del número de agresiones a sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria, con un 15% más de incidentes (211), frente al descenso del 28% en hospitales (249) o del 71% en Emergencias (2). En Salamanca, se produjeron 39 incidentes, con 45 profesionales agredidos, el 9,7% de los registrados en la región. 17 trabajadores pertenecían a hospitales y 28 a Atención Primaria. Por categorías profesionales, de los 45 profesionales agredidos en la provincia, 18 son médicos, 23 personal de enfermería, un TCAE y tres son personal administrativo. Destaca el altísimo porcentaje que representan las mujeres, con casi el 85% de todas las agresiones registradas, seis puntos porcentuales más que en 2019. En España, a lo largo de 2020 se contabilizaron 441 agresiones a médicos, lo que supone un descenso del 35%, según los [datos del Observatorio de Agresiones de la OMC](#).

» Noticias Colegiales

La profesión pide un protocolo único para la Semana Santa

El Consejo de Colegios Oficiales de Médicos hace una llamada de advertencia a la ciudadanía y a las autoridades para que se controlen los desplazamientos

Ante la proximidad de la Semana Santa, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) quiere hacer una llamada de advertencia a la ciudadanía y a las autoridades en relación al curso de la pandemia de covid-19.

Avisa de que en ningún caso se debe pensar que la pandemia ha desaparecido o está en vías de solución cercana: la mayoría de las personas continúan siendo vulnerables frente al coronavirus y menos del 5% de la población está vacunada. La mala evolución actual de varios países europeos debería ser una seria advertencia.

Como ha quedado lamentablemente demostrado, las fiestas navideñas han causado 12.304 víctimas hasta el 13 de febrero: los encuentros familiares y sociales tienen la capacidad de multiplicar los contagios y, a las pocas semanas, las hospitalizaciones y las muertes. Sabemos que acaba falleciendo el 1,4% de las personas infectadas. Por esta razón, la Semana Santa no debe convertirse en un potenciador de la transmisión del SARS-CoV-2, ni en un multiplicador de los casos de covid-19.

Así, el Consejo hace un llamamiento a la responsabilidad de las autoridades



para que se afiance el protocolo conjunto y consensuado en todo el país, que dé confianza a los ciudadanos, tenga sentido epidemiológico y reduzca el riesgo sanitario al mínimo posible. Los desplazamientos entre comunidades asociadas a las fiestas pueden ser un gran detonante de las infecciones.

Otras medidas generales, como mantener la distancia de seguridad o la higiene de manos frecuente, extremar la ventilación en los domicilios, utilizar las mascarillas siempre que esté recomendado y también cuando visitemos a personas mayores o vulnerables, siguen estando plenamente vigentes.

Discriminación de los médicos de la sanidad privada en la vacunación

El CCOMCYL tuvo que intervenir ante la Consejería de Sanidad de Castilla y León para exigir la vacunación de todos los médicos que están en los grupos de vacunación prioritaria y con la misma diligencia para los profesionales de ejercicio privado, que, tras la insistencia de los colegios, finalmente han sido inmunizados. Según lo previsto en la [Estrategia de vacunación](#), estos médicos debían ser vacunados, sin ningún tipo de discriminación, de manera simultánea con los facultativos que, ejerciendo en el sistema público, desempeñan la misma actividad asistencial y, por tanto, se encuentran en el mismo grupo de riesgo.

Los colegios de médicos, además, están respaldando activamente las [campanas de concienciación](#) sobre la vacunación de la covid-19 de las autoridades sanitarias, apelando a la responsabilidad y solidaridad de los ciudadanos a participar activamente para protegerse y proteger a los demás.

Médicos de CyL reclaman medidas ante la desmotivación y la sobrecarga

También piden solución a la escasez de profesionales y una reforma de la AP

Una encuesta realizada a iniciativa del Consejo de la Profesión Médica de Castilla y León, asociación de participación de la profesión médica integrada por el Consejo de Colegios Médicos de Castilla y León, concluye que la covid-19 ha ahondado en los problemas que la profesión médica viene arrastrando durante años, siendo necesario más que nunca tomar

medidas ante la desmotivación, la sobrecarga asistencial y la escasez de médicos en la región, sobre todo con una reforma en profundidad de la Atención Primaria. También han participado en la encuesta el Sindicato Médico de Castilla y León y los decanos de las Facultades de Medicina, entre otras organizaciones y sociedades médicas. [MÁS INFORMACIÓN](#)



» Noticias Colegiales



El Gobierno aprueba la calificación de “enfermedad profesional” para sanitarios contagiados por covid-19

Hasta el 12 de marzo se han notificado 126.569 casos confirmados en personal sanitario, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad

El Colegio de Médicos celebra el decreto que establece la categoría de enfermedad profesional en aquellos profesionales sanitarios que se contagien de covid-19, una reivindicación que llega tras diez meses de trabajo de toda la profesión. No hay que olvidar el gran número de sanitarios contagiados en nuestro país, 126.569 hasta el 12 de marzo, según datos del Ministerio de Sanidad, además de los al menos 108 médicos fallecidos en el ejercicio de su profesión.

Este cambio permitirá que los facultativos puedan acceder a las mismas prestaciones a las que acceden otros colectivos profesionales a los que se les reconoce la enfermedad profesional con el objetivo de dar cobertura laboral durante toda la vida de trabajador, independientemente de cuando pueda contraer secuelas o complicaciones derivadas de la covid-19, ya que estará protegido por la Seguridad Social.

Esta norma se contemplará desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud y hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas

para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19.

Esta medida supone que la consideración de enfermedad profesional comparta con el accidente la cuantía de la prestación económica, la responsabilidad de la mutua en su asistencia sanitaria y el recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene, establecidas en el artículo 164 de la Ley de la Seguridad Social.

Prestaciones económicas

“Todas las prestaciones que tengan su causa en accidente de trabajo o enfermedad profesional se aumentarán, según la gravedad, de un 30 a un 50% cuando la infección se produzca por causa de equipos de trabajo deficientes o actividades en centros o lugares de trabajo que carezcan de los medios de protección reglamentarios, o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad y salud en el trabajo, o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de las condiciones del trabajador”, explica Ricardo De Lorenzo, de la Asesoría Jurídica del CGCOM.



Nueva donación por los efectos sociales de la pandemia

El Colegio de Médicos realizó una nueva donación de 9.000 euros a Cáritas, Cruz Roja y Banco de Alimentos, como “granito de arena” para mejorar la situación de los salmantinos que peor lo están pasando por la pandemia por covid-19.

Los médicos de Salamanca además de su implicación en la lucha directa contra la pandemia de Covid-19 quieren seguir aportando para mejorar la situación social y familiar de los salmantinos que peor lo está pasando con motivo de esta crisis tal y como acordó la junta directiva. Esta nueva ayuda se suma a los 6.000 euros donados en junio a Cáritas y Banco de Alimentos.

La entrega de esta nueva donación tuvo lugar en el Colegio de Médicos en el transcurso de un breve acto en el que las tres organizaciones estuvieron representadas por Carmen Calzada, directora de Cáritas, Jesús Juanes, presidente de Cruz Roja y Godofredo García, presidente del Banco de Alimentos.

Los representantes de las tres entidades han coincidido en el agradecimiento y reconocimiento especial a la profesión médica salmantina por el compromiso y la vocación de ayuda a los demás.

» Noticias Colegiales

Los doctores Marcelo Jiménez y Marcos González, entre los mejores especialistas del país según 'Forbes'

Dos especialistas del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, los doctores Marcelo Jiménez y Marcos González, figuran de nuevo en la relación de 'Los mejores médicos de España' elaborado por la revista 'Forbes', que desde hace cuatro años incluye entre sus famosas listas una dedicada a los 165 nombres más reconocidos en el ámbito de la medicina, desde el punto de vista asistencial, docente e investigador. La guía 'Best Doctors Spain' de Forbes España busca reconocer la excelencia de la atención médica en todos los campos. [MÁS INFORMACIÓN](#)

Andrés Pérez Domínguez recibe el VI Premio de Novela Albert Jovell de la FPSOMC

El escritor Andrés Pérez Domínguez ha sido reconocido por la profesión médica con el VI Premio de Novela Albert Jovell de 2020 de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), y que edita la editorial Almuzara, por su novela 'La bailarina de San Petersburgo'. El presidente de la FPSOMC, agradeció al premio su dedicación, porque "ser escritor hoy en día es todo un reto", e hizo referencia a un capítulo de la novela en el que el autor describe "desgarradamente la muerte en soledad". [MÁS INFORMACIÓN](#)



Nulo incremento de médicos en Salamanca durante 2020

La estadística de colegiaciones de profesionales médicos durante 2020 en Salamanca pone de manifiesto el nulo incremento de efectivos médicos en la provincia, a pesar de las especiales condiciones vividas durante la pandemia y de los anuncios sobre la realización de miles de contrataciones al inicio de la emergencia sanitaria. No sólo no han aumentado los profesionales, sino que, de cara a la actividad asistencial, hay que restar efectivos por 52 jubilaciones y por

el fallecimiento de ocho médicos en edad laboral durante el año. Así, se registraron 122 altas (excluidos los R1); 120 bajas (excluidos fallecidos), de las cuales 26 corresponden a altas realizadas en el mismo ejercicio; 52 jubilaciones y 23 fallecimientos de profesionales, de los cuales ocho tenían menos de 65 años. Prácticamente el 50% de las altas (59) son de facultativos sin especialidad médica, y la gran mayoría son graduados procedentes de otros países. [MÁS INFORMACIÓN](#)

El Dr. Tomás Cobo, nuevo presidente del Consejo General de Colegios de Médicos



El Dr. Tomás Cobo Castro fue elegido nuevo presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en los comicios celebrados el pasado 27 de febrero, en la que también fue elegida la Dra. Rosa Arroyo Castillo como vicesecretaria general y el Dr. Enrique Guilabert como tesorero. El Dr. Cobo obtuvo 23 votos, frente a los 21 del Dr. Serafín Romero. [MÁS INFORMACIÓN](#)

» Noticias Colegiales

Concedidas las becas de apoyo a la formación MIR a 14 residentes

La dotación total de las ayudas asciende casi a 8.700 euros, convocadas por el Colegio de Médicos con el apoyo de la Fundación Mutual Médica

Un total de 14 médicos residentes han sido adjudicatarios de las IX Becas de Formación de apoyo para realizar estancias, rotaciones o programas formativos, convocadas por el Colegio de Médicos de Salamanca con el apoyo de la Fundación Mutual Médica. Las ayudas concedidas suman una dotación total de casi 8.700 euros.

En la modalidad de apoyo a rotaciones en el extranjero, se concede una beca, con una dotación de 1.000 euros netos a la doctora Raquel Rodríguez Vázquez (Radiodiagnóstico). En la de apoyo a rotaciones nacionales, se conceden diez becas, con una dotación de 500 euros netos cada una, a los doctores Ana María González Pérez (Cirugía General y del Aparato Digestivo), Rubén García Castro (Dermatología Médico-Quirúrgica), Adrián Cascales Martínez (Medicina Física y Rehabilitación), Tatiana Costas Rodríguez (Obstetricia y Ginecología), Marta Roldán Fernández (Aparato Di-

gestivo), Julia Sanz Repetto (Anatomía Patológica), Víctor José Vega Rodríguez (Medicina Interna), M^a Elisa Acosta de la Vega (Reumatología) y Rosa Juana Tejera Pérez (Medicina Interna).

Por último, en la modalidad de apoyo a programas de formación complementaria, se conceden tres becas, con una dotación de 500 euros netos cada una, a los doctores Clara Hernández Correa y Ana García-Puente García, ambos de Medicina Familiar y Comunitaria, así como al Dr. Carlos Reina Báez (Medicina Interna).

Con esta resolución se han tenido en cuenta todas las solicitudes presentadas, aunque haya variado el número de becas previstas inicialmente en cada grupo. Según las bases, eran dos internacionales, seis nacionales y seis de programas de formación. Finalmente, han sido una internacional, diez nacionales y tres de formación, de forma que se han tenido en cuenta todas. [MÁS INFORMACIÓN](#)



Alerta sobre la crisis en la formación de especialistas

La Organización Médica Colegial ha alertado de la importante crisis que atraviesa la formación de médicos especialistas en nuestro país con motivo de la crisis sanitaria provocada por el coronavirus. Así lo puso de manifiesto en la presentación de un informe de la Vocalía Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo de la corporación médica, en el que se recoge que la covid-19 ha alterado el programa formativo de ocho de cada diez MIR. [MÁS INFORMACIÓN](#)

Disponibles los vídeos de las jornadas sobre fatiga por compasión y manejo de la infección por SARS-CoV-2

El Colegio organizó dos sesiones sobre distintos aspectos relacionados con las consecuencias de la pandemia

JORNADA
Actualización en el manejo del paciente con infección por SARS-CoV-2

Coordinación AP-Hospital en el abordaje del paciente agudo y del paciente con Covid-19 persistente

JUEVES 3 DE DICIEMBRE
17.00 h. online

ORGANIZAN:
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL CAUSA
SERVICIO DE URGENCIAS DEL CAUSA

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO D SALAMANCA

colegio de médicos de salamanca

SOLICITADA ACREDITACIÓN SEAFORMEC

Durante los últimos meses, el Colegio de Médicos de Salamanca ha programado dos sesiones sobre distintos aspectos de la pandemia, a cuyos vídeos pueden acceder los profesionales que no tuvieron ocasión de participar en los encuentros.

El primero fue una jornada de [actualización en el manejo del paciente con infección por SARS-CoV-2](#), en la que especialistas de Medicina Interna, Microbiología, Urgencias y Medicina de Familia también

abordaron la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria para el abordaje del paciente agudo y del paciente con covid-19 persistente.

Además el pasado 17 de febrero, tuvo lugar el webinar '[Pandemia y fatiga por compasión en sanitarios](#)', en el que intervino María José Díez Alonso, psicóloga generalista sanitaria miembro del Grupo de Intervención en Emergencias 112 (GRIPDE) del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (COPCyL).

» Noticias Colegiales



La Atención Primaria Rural lanza un grito de socorro para su supervivencia

Esta Vocalía de la OMC realiza un exhaustivo análisis que constata la necesidad de actuar para asegurar la permanencia de este sistema

Desde la Vocalía de Atención Primaria Rural de la Organización Médica Colegial (OMC) se ha elaborado **un amplio documento** de análisis y diagnóstico de la situación previa a la pandemia, durante la crisis sanitaria y con miras al futuro, informe en el que en el que se pone de manifiesto la urgente necesidad de actuar para socorrer a este nivel asistencial en la denominada “España vaciada” si se quiere asegurar su permanencia como necesidad social básica de la población.

El documento, que analiza los cambios sufridos a raíz de la pandemia por SARS-CoV 2, subraya que, en el ámbito rural, los médicos y médicas se ha enfrentado a los mismos problemas que los profesionales en ámbitos urbanos, pero con más pacientes, más burocracia, más aislamiento y menos medios, lo que ha provocado en muchos casos que los facultativos se hayan visto sobrepasados, circunstancias que han favorecido la desmotivación, abandono y agotamiento del personal de Atención Primaria.

Asimismo, en el informe se reflexiona sobre lo que ha ido mal y bien en Atención Primaria Rural en esta epidemia, y extrae

una serie de lecciones aprendidas con el fin de aportar soluciones y propuestas a una situación que viene de mucho tiempo atrás, pero que se ha visto muy agravada durante esta crisis sanitaria y que no puede esperar “ni un minuto más”.

Recursos y cambios organizativos

En ese sentido, desde la Vocalía de Atención Primaria Rural de la OMC se considera que, entre los aprendizajes más relevantes en este periodo, destacan que existe otra forma de trabajar y de ejercer la Medicina rural que necesita de una mejor organización y coordinación para ofrecer mejores resultados, y para ello es imprescindible contar con más capacidad de autogestión, más medios, más recursos y más tecnologías.

Otra de las recomendaciones que plantea este texto es la necesidad de habilitar un fuerte sistema de Salud Pública centralizado que coordine, dirija, defina conceptos, tasas y estadísticas, para luchar contra futuras pandemias de manera más sencilla y eficiente. “No podemos esperar más tiempo para comenzar a socorrer a la AP rural española”, se recalca desde la Vocalía. **MÁS INFORMACIÓN**

También fue noticia...

✓ **Publicado el decreto que regula la gestión y transferencia de los resultados de I+D+i en Sacyl**

✓ **Actualidad sobre carrera profesional**

✓ **La Dra. María Fernanda Lorenzo Gómez, nueva jefa de Urología del CAUSA**

✓ **Actualidad sobre empleo**

✓ **Convocatoria de ayudas para el acceso de hijos y nietos de colegiados al centro de educación infantil BICOS Salamanca**

✓ **El CGCOM pone en marcha el Certificado Médico de Defunción Electrónico**

✓ **El Servicio de Atención Social, un recurso gratuito disponible a través de la FPSOMC**

✓ **Cambios normativos que afectan al médico en relación a IRPF, actividad durante la jubilación y alternativa al RETA de Mutual Médica**

✓ **Actualidad sobre concursos de traslados**

✓ **Las ayudas concedidas por la FPSOMC sumaron 176.408 euros en Salamanca en 2020**

**Accede AQUÍ a
TODAS LAS NOTICIAS**

» Nuevas MIRadas

Por Miriam Sobrino García

*Facultativo especialista en Alergología
en el hospital de Salamanca*

Fin de la residencia y nueva etapa en tiempos de pandemia

La etapa de médico interno residente puede parecer una fase más de la vida, pero detrás de ella existe un gran trasfondo, ya que supone el comienzo de la vida laboral después de las pruebas de acceso a la Universidad, seis años de carrera y el examen MIR. Son cuatro años de intenso trabajo, guardias, estudio, preparación de múltiples sesiones clínicas, comunicaciones a congresos, publicaciones, asistencia a cursos y, en mi caso, también la realización de la tesis doctoral.

Pero todo esto, además de llevar a conseguir el objetivo que todos tenemos, que es ser buenos médicos, también está acompañado de múltiples experiencias, buenos compañeros y grandes amistades que perduran mucho más allá de la etapa de la residencia. Y es que, en este periodo, a pesar de todo el trabajo que conlleva, nos sentimos realmente felices por estar desempeñando por fin aquello que tanto anhelábamos cuando estábamos en la facultad, la medicina. Sacar adelante a los pacientes es todo un reto, pero también es una recompensa enorme y es el sentido de toda nuestra formación.

Lo que no esperábamos era que nos íbamos a convertir dos meses antes de lo previsto en médicos adjuntos en funciones como consecuencia de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2.

Aquellos meses coincidieron con la primera ola de la pandemia y fueron muy intensos, de mucho trabajo, con la crudeza de la enfermedad en su máxima expresión a todos los niveles, en los que la única familia a la que podíamos ver era a nuestros compañeros de trabajo, con los que mantuvimos una relación excelente.

Fue un final de residencia que nunca antes habíamos imaginado, ya que a la incertidumbre propia de esa etapa se sumaba todo lo que suponía la pandemia, como no tener una ceremonia de despedida para recoger el certificado de especialista ni tampoco la clásica comida o cena de fin de residencia, algo que puede parecer insignificante, pero con un enorme valor sentimental.

Pero como dicen los sabios refranes populares, todo esfuerzo tiene su recompensa, y la vida pone a cada persona en el lugar que le corresponde, o al menos eso debería ser, aunque no se cumpla en todos los casos. Y efectivamente, en junio de 2020, comencé mi contrato como facultativo especialista del Servicio de Alergología en el Hospital Universitario de Salamanca. Esto supuso una gran alegría, un honor estrenarme rodeada de mis compañeros del Servicio de Alergología, grandes maestros, excelentes profesionales y personas de las que estoy muy agradecida.

Durante el comienzo de esta nueva etapa, desempeñé mi labor en la consulta de Alergología, alternándola con la labor asistencial en la planta de hospitalización de Medicina Interna y las guardias cuando fue necesario como consecuencia de la segunda y la tercera ola de la pandemia. En relación a estas dos últimas fases de la pandemia, en mi opinión, aunque existía el cansancio



y descontento de los sanitarios en cuanto a la actitud por parte de la población general, era un terreno más conocido, y la llegada de la vacunación supuso un toque de esperanza y algo más de tranquilidad para todos.

Reflexionando sobre las tres olas sucedidas hasta el día de hoy y mi participación en ellas en primera línea, a pesar de la crueldad de la enfermedad para muchos pacientes, personalmente he visto recompensado mi trabajo con la alegría de todos los que han salido adelante, la emoción de sus familiares tras la angustia que previamente habían padecido y el compañerismo que ha existido en todo momento en los equipos COVID.

Actualmente, afronto con ilusión un nuevo reto: la realización de un proyecto de investigación clínica acompañada de actividad asistencial. Si algo nos ha recordado la pandemia es que la asistencia clínica y la investigación se retroalimentan positivamente entre ellas y ayudan a avanzar en el ámbito de la medicina.

Finalmente, me gustaría hacer hincapié en la importancia del aprendizaje continuo, ya que, como enunció Carl Friedrich Gauss, “no es el conocimiento, sino el acto de aprendizaje; y no la posesión, sino el acto de llegar a ella, lo que concede el mayor disfrute”.

» Palabra de médico

Por Fernando A. Navarro

Traductor médico, Cabrerizos (Salamanca)



Textos seleccionados por el autor a partir de su *Laboratorio del lenguaje*; reproducidos con autorización de 'Diario Médico'

¡QUÉ DIFÍCIL ES EL INGLÉS! 'Herd immunity'

Durante la pandemia covídica, no podía evitarlo: cada vez que oía a alguien hablar de la “inmunidad de rebaño” (ojo, no solo periodistas; también investigadores de prestigio y médicos con su especialidad y todo), me sentía tratado como un borrego.

El inglés *herd* puede significar **rebaño**, por supuesto que sí; es un término colectivo para designar un grupo grande de animales que viven juntos, y al hato de ovejas o cabras lo llamamos en español ‘rebaño’. Pero decimos **piara** si son cerdos, **manada** si animales salvajes como lobos, antílopes o elefantes, **bandada** si aves, **banco** si peces, **enjambre** si insectos.

Aparte, *herd* puede aplicarse también en inglés a un gran número de personas, en cuyo caso nadie diría en español “rebaño”, sino más bien **multitud**, **muchedumbre**, **gentío** o **grupo**. Traducir no es sustituir la palabra usada en un idioma por la primera que encontramos en un diccionario bilingüe de bolsillo, sino transferir significados adaptados a un contexto. En ocasiones, por ejemplo, he visto usar *the herd* en inglés con el sentido levemente despectivo que tienen para nosotros **la plebe** o **la masa**; y *herd instinct* no es ningún “instinto de rebaño”, sino el instinto gregario.



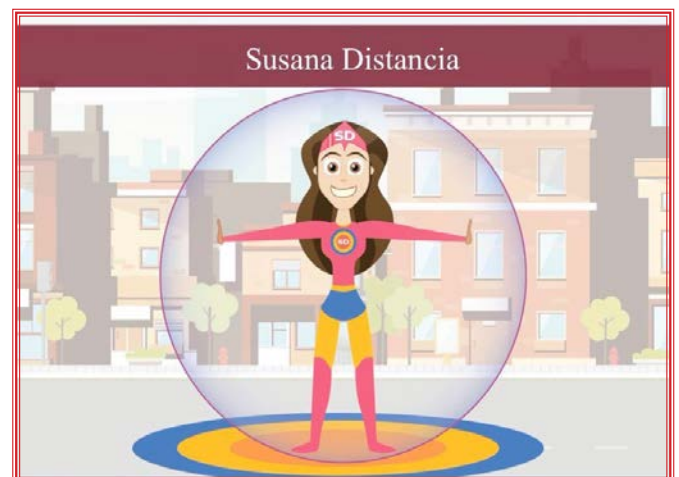
A menos que se trate de un texto de veterinaria en relación con alguna epizootia ovina o caprina, por favor, hablemos de **inmunidad colectiva** o **inmunidad de grupo** en referencia a la que ofrece a toda una colectividad humana la inmunización de una parte significativa de ella, suficiente para quebrar la cadena de contagios.

NOMBRE CON MENSAJE

Susana Distancia

El 20 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud de México presentó una superheroína anticovídica destinada a promocionar las medidas de distanciamiento social entre sus compatriotas; su nombre, **Susana Distancia**, ¡elemental!

En dibujos animados, Susana Distancia nos explicaba su superpoder: «¡Hola!, soy Susana Distancia. Tengo un superpoder que me ayuda a frenar al Covid-19: cuando extendiendo mis brazos, puedo crear un espacio de metro y medio que me mantiene lejos del malvado coronavirus; esa es la sana distancia. ¿Y sabes qué es lo mejor? ¡Que tú también lo tienes!».



HUMOR Y CORONAVIRUS

Pandemia y nuevas modas literarias y periodísticas

El número 2.237 del semanario satírico *El Jueves* fue un monográfico «Semana Santa en casa» publicado a principios de abril de 2020. En pleno pico de la pandemia, pues, y en una sociedad dominada por la visión médica, epidemiológica y virológica de la vida cotidiana, y con nuevas costumbres adaptadas a la cuarentena; también en lo tocante a los hábitos de lectura:

«Mal año para las editoriales, pero no para la literatura, y menos aún para un género en auge como el prospecto de medicamento, el cual ya ha enganchado a miles de lectores achacosos que abandonaron su etapa *young adult* hace tiempo. Entre los mayores éxitos, *Paracetamol 500mg* ha sido aclamado tanto por el gran público como por la crítica, que ha elogiado su trepidante capítulo “Conducción y uso de máquinas”, así como el giro final en el apartado “Posología”. Vista la duración del confinamiento, las editoriales han modificado ya su estrategia y pelean por adquirir los derechos de éxitos como *Omeprazol cápsulas*, *Sintrom 4mg* y, especialmente, *Tranquimazin Forte*, el Danielle Steele de los prospectos. “Puro *thriller* la angustia que sentí leyendo el apartado de contraindicaciones..., ¡ya le gustaría a Stephen King!”», sentencia un crítico.»

Por cambiar, en tiempos de sinfinamiento cambiaron incluso los refranes. Sigue una selección de los que me fueron llegando durante la cuareterna por Twitter, Telegram, WhatsApp o correo electrónico:

A Dios rogando y en tu casa amasando.
A papel higiénico regalado no le mires la marca.
¿Adónde va Vicente? A ninguna parte.
Al mal tiempo, buena casa.
Allá donde fueres, multa tuvieres.
Aunque la mona se vista de seda, en casa se queda.
Dios los cría y ellos se contagian.
Dos no se contagian si uno no quiere.
El que se fue a Sevilla se ganó una multilla.
En abril, contagios mil (con su variante «En abril, kilos mil».)
En boca cerrada no entran virus.
En casa del herrero, la familia entera del herrero.
Hasta el 40 de mayo no te acerques al yayo.
Más vale jabón en mano que cien virus volando.
No dejes para mañana lo que puedas desinfectar hoy.
No hay cuarentena que cien años dure.
No por mucho madrugar vas a poder salir a desayunar.
Santa Rita Rita Rita, estate en casa quietecita.
Todos los caminos llevan al refrigerador.
Vísteme despacio, que no tengo ninguna prisa.

Como era de esperar, el SARS-CoV-2 trastocó asimismo la actualidad informativa en todos los medios de comunicación, y la redacción del satírico *El Mundo Today* no fue una excepción.



Desde hace nueve meses, la alargada sombra del coronavirus ha venido dejándose sentir en muchas de sus noticias:

«La crisis del coronavirus obliga a George Clooney a volver a Urgencias»
«Convocan un aplauso a las 20:10 para agradecer la labor de toda la gente que aplaude a las 20:00»
«Roca agradece los aplausos a los sanitarios, pero dice que el verdadero mérito es de los médicos»
«Forbes publica la lista de las 50 personas con más papel higiénico del mundo»
«El Gobierno estudia nacionalizar el coronavirus para que se propague lento, tarde y mal»
«Que toda la humanidad esté en peligro de muerte podría no ser bueno para la economía, alertan los expertos»
«El virus gigante que ahora preside la OMS insiste en que la crisis del coronavirus está “completamente controlada”»
«El Gobierno hará test para comprobar que los españoles han entendido las fases de la desescalada»
«El Gobierno dejará comer sopa de murciélago en la segunda fase de la desescalada»
«Lay's, cada vez más cerca de sacar unas patatas con sabor a la vacuna del coronavirus»
«La OMS admite que la vacuna del coronavirus existe desde hace meses, pero todavía hay que esperar un poco más porque los chips no están listos»
«Un virus informático de origen chino inhabilita la aplicación Radar Covid»
«Científicos concluyen que ser presidente de Estados Unidos acelera la recuperación de los pacientes con coronavirus»
«La OMS recomienda, sin querer señalar a nadie y mucho menos a Madrid, tener gobernantes “mentalmente sanos” al frente de la gestión de la pandemia»

» Medicina para todos

Por Iluminado Oliva

Cirujano



Un médico excelente dedicado a los enfermos de lepra y sida

“Benicio Sanz Colomo era un médico fuera de serie. Terminó la licenciatura en Medicina con muy buenas notas y no se paró a pensarlo, se fue a ayudar a los que más le necesitaban, a África, a curar a los leprosos”

Nos ha dejado en estos días (enero 2021) Benicio Sanz Colomo, un médico fuera de serie. Lo conocí hace 55 años, cuando iniciamos los estudios de Medicina en la Universidad de Salamanca, y ya siempre fue mi amigo. Nació en un pueblo de Navarra, Larraga (1942). Había trabajado en el hospital de San Juan de Dios de Barcelona como enfermero cuando vino a estudiar aquí, por tanto, tenía unos conocimientos de las patologías mucho mayores que los de la mayoría de nosotros. Durante los seis años (1966-1972) fue un referente, un compañero ejemplar: ordenaba los apuntes de las clases, los perfeccionaba con consultas a manuales y nos los regalaba a todos los que los queríamos. Fue Alumno Interno por Oposición en la Cátedra de Patología Médica de D. Fermín Querol (lo que ahora se llama Medicina Interna), Premio Dr. Cañizo 1972 (un galardón que se da al mejor estudiante de La Facultad cada año), etc. Su capacidad de trabajo era sorprendente. Como persona también era entrañable: se llevaba bien con todos, jamás se enfadaba, con sentido del humor, tolerante, siempre con su sonrisa.

“Con el inicio de la guerra en Sierra Leona, volvieron a Barcelona, donde ejerció como dermatólogo”

Terminó la licenciatura en Medicina con muy buenas notas y no se paró a pensarlo, se fue a ayudar a los que más le necesitaban: a África –a Sierra Leona–, a curar a los leprosos, liderando el Programa de Control de la Lepra de este país. Allí permaneció nueve años, y, durante toda su vida, sus seres queridos escucharon las múltiples aventuras e historias maravillosas transcurridas en esa etapa. África y sus gentes quedaron en su corazón. Cuando construyó una familia, volvió con ella a seguir trabajando allí en la prevención de la lepra (su esposa Lourdes es enfermera). Más generosidad es difícil de imaginar.

Pasaron los años, y, con el inicio de la guerra en Sierra Leona, decidieron volver a Barcelona, donde ejerció como dermatólogo, llegando a ser director del Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Tropical de la ciudad.



Sus conocimientos de medicina y, sobre todo, de la lepra, son destacados en sus publicaciones. Vaya como ejemplo decir que ha escrito un capítulo sobre ese tema en el manual de ‘El Farreras’, que es de uso habitual entre los médicos de España e Hispanoamérica (Sanz Colomo B. Lepra. En: Farreras P. Roznan

» Medicina para todos

C. Medicina Interna. 13 ed. Barcelona: Doyma 1996; p. 2371-76). Durante sus años de profesión, compaginó la atención al paciente con la docencia.

Fue evaluado como el mejor profesor del Máster de Tropicales de la Universidad de Barcelona en varias ocasiones (década de los 90). Era conocido por preguntar a todas las promociones si había alguna persona navarra entre el alumnado, haciendo la broma de que pasaría a ser alumna o alumno favorito. El amor por su tierra le acompañó siempre. Además, por las tardes, durante muchos años, acudió a centros penitenciarios para atender a pacientes de los mismos.

Aquejado por la enfermedad de Parkinson, cuando ya no podía ejercer la profesión, siguió impartiendo conferencias por diferentes partes, extendiendo sus conocimientos hasta que su salud se lo permitió.

“Durante muchos años, acudió a centros penitenciarios para atender a pacientes de los mismos”

También continuó atendiendo a pacientes en el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Tropical durante varios años de modo gratuito, pese a estar jubilado.

Últimamente, superó un accidente vascular cerebral (un ictus), pero cuando estaba en el proceso de rehabilitación, la contaminación por el dichoso coronavirus a consecuencia de introducir en su habitación a un paciente sin PCR contrastada y sin mascarilla (que posteriormente resultó ser positivo), le ha segado la vida. Poco se hizo por intentar salvar a la persona que, desde la sanidad pública, a tantos dedicó todo su amor y buen hacer.

Su esposa, sus hijas, sus nietos, toda su familia, y todos los que le conocimos, sentimos esta pérdida en lo más profundo de nuestro ser. Su recuerdo y sus lecciones permanecerán. Sus pacientes de sida, lepra, enfermedades tropicales... nunca le olvidarán.



» Ciudad y Medicina

Por Jesús Málaga

*Fachada del Hospital de los Hurdanos de Lagunilla / FOTOS: Antonio Gil*

El Hospital de los Hurdanos

Fundado en el siglo XVI, se encuentra en el centro de la localidad de Lagunilla. Tras varias décadas vacío, este edificio en ruinas, que todavía presenta cierta belleza exterior, espera su recuperación y utilización

La provincia de Salamanca no se corresponde en nada en sus límites con los de la administración eclesiástica. Nada menos que cuatro diócesis llegaron a poseer competencia en ella. Todavía en la actualidad, tres mitras se dividen el territorio y sus 370.000 almas, a saber: Salamanca, Ciudad Rodrigo y Plasencia. La cuarta, Coria, se descolgó con un convenio con Salamanca y Ciudad Rodrigo intercambiando territorio para hacer coincidir sus competencias con los límites provinciales, en el caso de Coria, con la provincia de Cáceres. En aquel acuerdo amistoso, llevado a cabo en 1959 tras el Concilio Vaticano II, el obispo de Salamanca, Francisco Barbado Viejo, se hizo cargo de la parroquia de Lagunilla, que pasó de Coria a Salamanca. Se trata de una población situada al sur de la provincia, cercana a Béjar y dependiente históricamente del ducado de Montemayor, que llegó a tener un palacio en sus inmediaciones, aunque algunos historiadores creen que el citado inmueble fue una pertenencia de la familia de los Flores.

Lagunilla pertenece en la actualidad a la comarca de la Sierra de Béjar, partido judicial de la ciudad textil y a la mancomunidad Ruta de la Plata. Tiene algo menos de quinientos habitantes, cuando a mediados del pasado siglo llegó a contar con más de dos mil.

En cuanto a su historia religiosa, Lagunilla llegó a ser cabeza de arciprestazgo en el siglo XIX. En el centro del pueblo se encuentra el Hospital de Santo Domingo, conocido popularmente como Hospital de los Hurdanos. Fundado en el siglo XVI, se han encontrado referencias a su existencia en los siglos posteriores hasta nuestros días; en la actualidad se encuentra abandonado. En 1700, y en presencia del marqués de Montemayor, se fundó en sus dependencias una escuela que estuvo a cargo del capellán del hospital que enseñaba a los niños, entre otras cosas, religión y gramática. Unos años antes, en 1695, entra en la historia del hospital una mujer, Aldonza Porras y Zifontes, hermana del entonces obispo de Coria. Aldonza, que está enterrada en la iglesia del pueblo, entregó toda su herencia, joyas, tierras e inmuebles para construir el edificio que acogiera el hospital. Para ello dejó al prelado, su hermano, encargado de administrar su hacienda después de su muerte para llevar a buen fin su compromiso. Aldonza vivió permanentemente en Lagunilla, seguramente en el palacio que el obispo de Coria mantenía en aquel lugar para pasar los veranos en lugar fresco, alejado de los calores extremos de la cabecera de la diócesis.

Los avatares históricos acaecidos en España desde la puesta en marcha del hospital en esta segunda época no influye-

» Ciudad y Medicina



A la izquierda, una imagen del Hospital de los Hurdanos, actualmente en ruinas. Sobre estas líneas, un detalle del escudo que puede observarse en su fachada.

ron especialmente en su funcionamiento. En la guerra de la Independencia acogió algunas guarniciones de soldados de los pueblos de los alrededores para convalecer de sus heridas, pero aunque los franceses realizaron incursiones sobre Lagunilla no destruyeron ni el palacio del obispo ni el hospital, no así el conocido como palacio de los marqueses de Montemayor, que quedó arrasado.

El rey Alfonso XIII visitó Lagunilla cuando se dirigía a visitar las Hurdes, el 18 de junio de 1922. Dicen las crónicas que al llegar el monarca al pueblo llovía con ganas, pero a pesar del mal tiempo se celebraron festejos de homenaje al monarca. Es aquí donde vuelven a salir noticias del hospital; las monjas que lo regentaban fueron las encargadas de servir la comida al rey y a su séquito.

En 1895, el obispo de Coria, Ramón Peris Mencheta, entregó la administración y dirección del hospital a las franciscanas, dedicándolo también a la enseñanza. Con posterioridad, en el solar resultante del derribo de las casas del capellán y en parte del jardín se construyó una escuela de párvulos. Cuando Pedro Segura, el que fuera con el tiempo cardenal, regentaba la diócesis de Coria, mandó colocar una inscripción con el siguiente texto: “Ministerio de la Gobernación. Patronato Nacional de las Hurdes. Hospital Asilo para hurdanos pobres”.

Estas nuevas instalaciones fueron inauguradas en plena dictadura de Primo de Rivera, el 18 de junio de 1924. La puesta de largo contó con la presencia del general Martínez Anido y,

por supuesto, del obispo Pedro Segura. Desde entonces, acogió a 24 ancianos, 12 de cada sexo, a los que hay que sumar dos más nativos de Lagunilla.

El 1 de julio de 1945, los ancianos acogidos en el hospital fueron trasladados a una nueva residencia situada en Las Mestas, en plenas Hurdes. Se quería conseguir así que estuvieran en su tierra de origen sin sufrir el desarraigo de vivir sus últimos años de vida fuera de su patria chica. Se sabe del amor de los hurdanos por su tierra, a pesar de lo pobre que es y lo fatigosa de trabajar. Asimismo, las monjas franciscanas fueron trasla-

dadas a otros conventos de su comunidad. Pocos meses estuvo el hospital sin residentes y religiosas que los atendieran. Al año siguiente de la marcha, el obispado de Coria cedió el edificio a las monjas Carmelitas.

En 1951, con un prelado nuevo, Manuel Llopis Iborra, el hospital vuelve a resurgir. El obispo instaló en él el seminario diocesano de verano y convirtió parte del inmueble en una casa de ejercicios y espiritualidad.

Debido a las buenas temperaturas de los veranos en Lagunilla y las tórridas que se producen en esas fechas en la provincia de Cáceres, el éxito de la casa de ejercicios espirituales duró años. Hay que tener en cuenta que el funcionamiento del seminario y la casa de espiritualidad coincidieron con la presencia del obispo y toda su cámara en su palacio, limítrofe con el hospital. Era entonces cuando Lagunilla, en plena submeseta norte, se convertía en una población talar. Los viejos del lugar

“Se sabe del amor de los hurdanos por su tierra, a pesar de lo pobre que es y lo fatigosa de trabajar”

» Ciudad y Medicina

recuerdan que todo el pueblo estaba lleno de sotanas, siendo las celebraciones litúrgicas frecuentes y de gran boato. Pero todo iba a cambiar de repente. En 1959, tras las transformaciones que se produjeron después de la celebración del Concilio Vaticano II, como ya hemos comentado, la Santa Sede aprobó la reestructuración territorial de las diócesis limítrofes con la de Coria para hacer coincidir en lo posible su territorio con los de las provincias de Cáceres y Salamanca. Algunos pueblos de Coria pasaron a la diócesis de Salamanca y Ciudad Rodrigo y otros salmantinos y miobrigenses a Coria. Los de la Sierra de Gata pasaron de Ciudad Rodrigo a Coria y Lagunilla de Coria a Salamanca, diócesis cuyo titular era un dominico, fray Francisco Barbado Viejo. Este cambio de diócesis hizo entrar en declive a las infraestructuras religiosas de Lagunilla, el palacio de verano del obispo dejó de ser ocupado por los prelados cacereños, desaparecieron los seminaristas, se cerró la Casa de Ejercicios y el hospital fue abandonado. En la actualidad, visitar estas edificaciones produce cierta tristeza. El hospital en ruinas espera su recuperación y utilización. Todavía presenta cierta belleza exterior, dando empaque a su entorno. El vecino palacio del obispo fue vendido y sus propietarios, vecinos de Lagunilla, lo convirtieron en casa de verano. Algunos escudos nobiliarios en buen estado son testigo de las glorias pasadas.

Lagunilla, que llegó a ser residencia episcopal y, según la tradición, de los marqueses de Montemayor, era la entrada desde Extremadura por Abadía hacia la submeseta norte. Desde hace años ha seguido los pasos de despoblación que el resto de

las poblaciones del interior de la Península, la llamada “España vaciada”. La que antaño fuera trasiego de ganaderos, cruce de caminos y una de las poblaciones más dinámicas del sur de la provincia de Salamanca se ha ido apagando, dejando para el recuerdo sus señas de identidad: el Hospital de los Hurdanos, el palacio del obispo de Coria y el palacio de los marqueses de Montemayor.

En los años de la República, Lagunilla no estuvo exenta de conflictos. En esta localidad talar se llegó a celebrar una boda laica. El novio, Dionisio Martín Sánchez, desfiló acompañado de los miembros de la Casa del Pueblo de la localidad celebrando el acontecimiento con gritos alusivos a sus convicciones ideológicas.

En el recorrido salió a su encuentro Luisa Hernández Martín, contestando a los manifestantes con vivas a la fe y a la iglesia católica, produciéndose un enfrentamiento dialéctico de tal magnitud que trascendió a la prensa de entonces y se saldó con

denuncias al gobernador civil de la provincia.

También se denunció, ya en los años de la guerra civil, el abuso por el cobro de multas del jefe falangista de Lagunilla, Miguel Pajuelo, que fue denunciado por el alcalde del pueblo al gobernador civil, según consta en una carta dirigida por el edil a la autoridad provincial y que se conserva en el Archivo Histórico Provincial de Salamanca.

Después de varias décadas vacío, el Hospital de los Hurdanos espera su recuperación; para ello se busca una institución que lo rehabilite y, desde aquel inmueble, proyecte y dé a conocer la rica historia de este singular hospital.

“La que antaño fuera una de las poblaciones más dinámicas del sur de la provincia se ha ido apagando ”



Vista general del palacio del obispo de Coria, ubicado en la localidad salmantina de Lagunilla.

» Maestros con Historia

Por Ramón Martín Rodrigo

Licenciado en Geografía e Historia y en Historia del Arte
y doctor en Geografía e Historia



Sobre Higiene en general y en Salamanca

Textos, informaciones y nombres de doctores*

“Han sido infinitas las descripciones de sitios como naciones, regiones, ciudades, calles y plazas en que se veían modos de proceder totalmente contrarios a lo racional para gozar buena salud”

1. El nombre de Higiene

Esta denominación proviene de Higeia, deidad griega –hija del médico Asclepios– que se encargaba de todo lo concerniente a la limpieza, cuidado y prevención de enfermedades. De ella procede el nombre de Higiene. Asclepios fue un médico muy famoso, hombre con esposa e hijos que, tras su muerte, fue divinizado. Le dedicaron varios templos, y a ellos acudían los enfermos, algunos de los cuales decían que sanaban tras dormir y conocer en sueños el procedimiento de sanación que efectivamente se les realizaba. Hipócrates fue considerado como el fundador de la Higiene. Se decía que descendía de Asclepios.

Desde entonces hasta nuestros días, la Higiene ha ido evolucionando enormemente, y actualmente cualquiera entiende que esta ciencia comprende todas las reglas y preceptos para evitar y prevenir enfermedades, especialmente las contagiosas.

2. Un texto del año 1853 y breve comentario

“En tanto que el hombre se descriía tras las cavilaciones y los vicios, una mano oculta arroja al hombre la muerte. Barren la Tierra contagios, aislamientos y epidemias: aquí mata el tifus; más allá, la peste; más lejos, el escorbuto; en tal punto, las viruelas; en tal comarca, las fiebres; en otra, la peste fría; y en todos los climas y pueblos, los aneurismas, las escrófulas, la gota, la clorosis y la tisis diezman la otra mitad que se salvó del contagio, viniendo a ser el mundo una enfermería” (Diario de Palma, 13 de junio de 1853).

Aquí aparecen tres palabras muy significativas: contagios, aislamientos y epidemias. Sin embargo, aún en nuestros días, infinidad de personas viven sin enterarse de ello o sin querer hacer caso de recomendaciones. Es más, en la actualidad no faltan los que alardean de no creer en preceptos higiénicos y niegan la evidencia de la actual pandemia. Los llaman “**negacionistas**”. Desgraciadamente, el panorama presentado en aquella fecha parece de actualidad, especialmente la frase de que **estamos en una enfermería mundial**. Fijémonos que aún no habla del cáncer ni de otras enfermedades de la actualidad, como las



causadas por la drogadicción, el alcoholismo, la depresión, la obesidad y las hambrunas.

3. Recordando epidemias, endemias y pandemias

Las grandes mortandades por enfermedades infecto-contagiosas han sido una constante y **se han sucedido inexorablemente en la historia de la humanidad**. Recordando algunas de estas grandes enfermedades letales de la era contemporánea, que no todas, vienen rápidamente a la memoria las de los siguientes si-

» Maestros con Historia



tios y épocas: Alepo (1827), EEUU (1833), Lisboa (1846), Oporto (1899), Rusia (1908), Rotterdam (1909), Manchuria (1911), etc. Y en España: Pasajes (1798), Cádiz (1804), en la nación (1834, 1855-56, 1884-85 y 1886), Bilbao (1893) y 1918-1919.

Como cualquiera puede advertir, el mundo no sólo resulta una enfermería en determinadas fechas, sino que ha venido siéndolo desde hace mucho tiempo.

4. Causas de estos males de enorme morbilidad y mortalidad

Según opinión unánime de los más significativos hombres de ciencia, las causas de que estos males se den en la sociedad han sido y son: la ignorancia, la miseria, la rutina, el hambre, la emigración, los hacinamientos humanos, el descuido, las catástrofes y agentes portadores de microbios, como algunos mosquitos, etc., e incluso el incumplimiento de lo más razonable a la salud, la burla y el desafío a las normas dadas para prevenir y para curar enfermedades.

No es que Pandora abra su caja alguna que otra vez, es que en la vida del ser humano se desarrollan **muchos vicios perniciosos** para la misma. Son **plagas para la humanidad** las guerras y revoluciones, la vida social masificada con ausencia de principios higiénicos en agrupaciones multitudinarias, en cárceles, en campos de refugiados, viajes, trabajo, distracciones, la prostitución, el alcoholismo, las comilonas y excesos de bebidas y la drogadicción.

5. Exposición de necesidades higiénicas y obligación de cumplirlas

Sobre todo desde la segunda mitad del siglo XIX en adelante, han sido infinitas las descripciones presentadas de sitios como naciones, regiones, ciudades, calles y plazas en que se veían modos de proceder las gentes totalmente contrarios a lo racional para gozar buena salud. Los más diversos periódicos, como *El Diario de la Salud*, revista de *Higiene y utilidades de medicina popular* y revistas científicas, incluidas las de médicos, así como los diversos boletines de los colegios médicos, academias y asociaciones, como la Sociedad Española de Higiene de Madrid,

fueron exponiendo que tales lugares eran verdaderos focos de insalubridad. Esa denuncia tenía dos finalidades: para que se eliminasen las causas de infección y se buscara remedio para quienes habían sufrido las consecuencias. Estos males, puesto que perjudicaban a colectividades, deberían ser remediados por las autoridades. Se publicaron **reglamentos de Higiene y leyes de Sanidad e Higiene** y libros sobre Higiene, como el *Tratado completo de Higiene Pública*, de Levy. Además de la acción estatal, también se difundió la necesidad del cuidado individual, de cada familia y cada colectividad, que debe ser atendida por las personas a quienes atañe. Consecuentemente, también es precisa una Higiene privada.

6. Avances en la prevención y curación de las enfermedades infecto-contagiosas

Para cortar y erradicar las enfermedades infecto-contagiosas hacía falta avanzar en conocimientos médicos y farmacéuticos e inculcar en las sociedades los preceptos higiénicos: la desinfección de enfermos, ropas y locales, el aislamiento de enfermos (pabellones específicos y separados en hospitales), cierre de recintos, la vacunación y la aplicación de medicinas eficaces.

Corresponde a las autoridades a nivel estatal dar leyes, crear centros como hospitales, garantizar la formación de médicos a través de la docencia y especialistas. Las autoridades han venido fomentando la urbanización y la mejora de poblaciones y vivienda.

Ya se habían creado muchos organismos oficiales en diversos países con fines sanitarios y distintos nombres: academias, sociedades, preventorios, centros de salud o de higiene, etc. cuando, terminada la Primera Guerra Mundial, varias naciones advirtieron la existencia de grandes masas de población depauperadas y expuestas a padecer una hambruna general y a contraer enfermedades. Por eso, en 1920 se creó la **Sociedad de Naciones**, y dentro de esa institución, una **Oficina de la Higiene**, siendo sus objetivos la lucha contra las epidemias y la formación de expertos. El fracaso de la Sociedad de Naciones y la Segunda Guerra Mundial dieron al traste con aquella Oficina. La creación de la ONU, con la serie de organismos adscritos, originó la OMS (1948), que vela a nivel mundial por cuanto concierne a la protección de la salud de todas las gentes.

7. Un texto breve de 1884: Desinfección obligatoria

“El distinguido profesor de Higiene de la Escuela Militar de Val de Grace, señor Vallín, ha publicado un magnífico ‘Tratado de desinfectantes y de la desinfección’. Considerada la desinfección como una verdadera medida profiláctica, quedaba por estudiar qué agentes reputados eran los que obrasen mejor; los cuales explica la cita obra”.

El autor de este artículo precisa: “Muchas enfermedades contagiosas o infecciosas se hacen epidémicas por falta de una ley. La desinfección es obligatoria en Francia, Holanda, Bélgica, Inglaterra, EEUU, Suiza, Noruega, Dinamarca y Alemania. Y en donde había un individuo atacado, se obliga a desinfectar todo y a quedarse en casa, pero todavía (en 1884) no hay ley semejante en España. Aquí encontramos individuos convalecientes con ropas sucias que van sembrando tras de sí los gérmenes

» Maestros con Historia

productores de la enfermedad. Los contagios pueden darse en la calle, en la iglesia, en el teatro, en la diligencia. Entre todos costaría muy poco establecer las referidas medidas sanitarias, pues existe **un cuerpo de médicos higienistas jóvenes estudiosos de gran interés médico y laborioso.**

8. Recordatorio de acciones en España para favorecer la aplicación de medidas higiénicas

Los liberales querían que en España aumentase la cultura y mejorase la salud. Los mejores exponentes del intento encaminado a conseguir ambas cosas son el **Plan de Estudios de 1845** (revisado en 1847) y la creación de la **Dirección de Sanidad** en 1847. El mencionado Plan incluía la Enseñanza de la Higiene, creándose cátedra de esta materia en algunas universidades. En 1855, se promulgó la Ley de Sanidad. Desgraciadamente, además de las continuas pestes de viruela, en España se padecieron las dos grandes oleadas de cólera morbo, la de 1855-56 y la de 1884-86. Los sucesivos Gobiernos, la Real Academia de Medicina, los colegios médicos y otras entidades, como las Sociedad Española de Medicina de Madrid, se preocuparon de difundir y aplicar los conocimientos médicos y las normas higiénicas.

En 1871, se creó el **Instituto de Vacuna**, que estudiaba los sueros y procuraba que se hiciera extensiva la inoculación de la vacuna contra la viruela, y en 1899 quedó constituido el **Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología**. En 1904, se dio la conocida como **Instrucción de Sanidad**. Como aún seguían las enfermedades contagiosas haciendo estragos, se vio la necesidad de agrupar varios centros en uno, que en 1911 paso a denominarse **Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII**. En 1910 se crea (se recrea o se transforma) un cuerpo de higienistas del que será inspector general el doctor **Bejarano**, y habrá jefes provinciales; además, se crean algunos dispensarios y se elabora un reglamento para el servicio de Higiene, para el **cuerpo de higienistas** que se formará por oposición. En 1914, se promulgó la **Ley de Epidemias**. Luego se aplicaron sucesivos planes de erradicación de enfermedades: cólera, viruela, tuberculosis, sarampión, escarlatina. En 1936, se creó el **Ministerio de Sanidad**. En 1944, se promulgó la **Ley de Bases de Sanidad**.

9. Creación del cuerpo de higienistas, su pronta y grande reputación

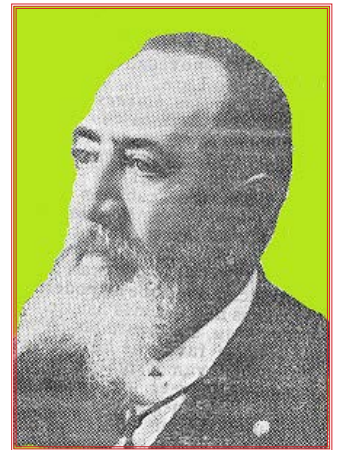
Antecedente de lo que va expuesto en el epígrafe precedente es que, en 1859, se creó en Madrid el Cuerpo de Médicos Higienistas. Las autoridades del Gobierno cayeron en la cuenta de la necesidad y las ventajas que se derivaban de seguir cuidados higiénicos. Luego la creación de higienistas se extendió a Barcelona, Sevilla y a otras provincias. Enseguida la prensa comienza a llamarlos los “célebres” higienistas. El campo de su atención se hace múltiple: saneamiento de solares, desinfección de locales, alimentación, bebidas, ventilación de viviendas y escuelas, baños de mar, bailes, etc. Su fama sube, y los medios de propaganda aprovechan la ocasión, anteponiendo en ciertos anuncios frases como “los médicos higienistas aconsejan” el empleo de tal substancia. Sin embargo, su fama provenía de algo más serio y encomiable: los buenos resultados que, por su dedicación, se observaban en Madrid.

10. Las circunstancias higiénicas de Salamanca

La capital de Salamanca, de pocos miles de habitantes en el siglo XIX y en la primera mitad del XX, tenía unas características bien definidas. Una visión muy certera la presenta Hipólito Rodríguez Pinilla en 1908, y lo recuerda en 1933: dos arroyos o albercas, bajando del norte al sur, llevaban sus aguas y las inmundicias vertidas en ellas al Tormes; también la existencia de establos y cría de animales dentro de sus muros; abundantes pozos negros; falta de agua corriente; falta de urbanización, a pesar del derribo de la muralla; existían solares abandonados; era deficiente el servicio de recogida de basura, etc. Pero Salamanca también tenía una Universidad con Facultad de Medicina en la que se enseñaba y se estudiaba la Higiene (**Luis Sánchez Granjel**: *La Facultad Libre de Medicina de Salamanca: 1868-1903*), circunstancia positiva frente a multitud de poblaciones que apenas si contaban con un corto número de facultativos.

11. Por la Higiene: Fomento de la Salud y la Economía de Salamanca

En febrero de 1909 se formó en Salamanca una Asociación para el Fomento de la Salud y la Mejora Económica de esta ciudad. La integraban personalidades representativas de diversos sectores de la capital. Lo primero que hizo fue pedir a un grupo de doctores un informe sobre las causas y remedios de las llamadas fiebres infecciosas, que tanta morbilidad y no poca mortalidad producían entonces en esta población. Respondiendo a la petición de la Asociación de Fomento, los médicos de Salamanca se pusieron a trabajar de inmediato y a conciencia, y presentaron muy pronto un estudio con el compromiso de imprimir ejemplares y repartirlos. Ese informe lo firmaron nada menos que los siguientes doctores: **Isidro Segovia, Antonio Díez** (en la imagen), **Hipólito R. Pinilla, Agustín Cañizo, Filiberto Villalobos y Casimiro Población**. Seis grandes figuras médicas. Da cuenta de esto un artículo que se tituló precisamente *Por la Higiene*. Y se añade que realizaron el informe desinteresadamente y se comprometieron a difundir las recomendaciones y remedios en pro de mayor salubridad de la ciudad y mayor salud de todos los ciudadanos.



12. Profesores de Higiene y alumnos brillantes en el conocimiento de esta ciencia en la Facultad de Medicina de Salamanca

Contrariamente a lo que sucedía en Madrid, en Salamanca, a fines del XIX y comienzos del XX, apenas se hablaba de los médicos higienistas. Según Sánchez Granjel, en la Facultad de Medicina primeramente la docencia separó la Higiene Pública de la Privada, luego se unieron en una asignatura; y algún tiempo la

» Maestros con Historia



Higiene se unió a la Cátedra de Fisiología. Resumiendo mucho, podemos citar como profesores de esta asignatura a **Antonio Díez González** y **Serafín Pierna Catalán** (en la imagen), que aprobó la oposición a la Cátedra de Higiene en 1929. Se ha de unir a ellos **Francisco Muélledes**, que en 1921 aprobó oposiciones de Higiene, pero orientada su labor a la prevención y cura de las enfermedades venéreas. Además de los citados en el epígrafe precedente, también otros médicos, aunque no impartieran esta

asignatura, dejaron constancia de sus conocimientos de Higiene, como fueron **Arturo Núñez**, **Daniel Mezquita** y **Juan José González Peláez**.

Hubo además un número grande de estudiantes excepcionales que obtenían matrícula de honor o sobresaliente con premio en la asignatura de Higiene, entre los que cabe señalar **Francisco Díez**, **Eduardo Villegas**, **Casimiro Población** (1905), **Arcadio Grande**, **Celedonio D. Bellido** (1908), **Francisco Méndez** (1915), **Gabriel Alonso**, **Lucio Escudero** (1930), **Manuel Muñoz Orea**, **Gonzalo García Rodríguez**, **Julio Pérez Martín**, **José Carlos Herrera**, etc.

13. Consejos, conferencias, publicaciones y cursillos de Higiene

Se puede afirmar que la publicación de artículos sobre Higiene ha sido un hecho cierto constante y comprobable en España y también en Salamanca. Seguidamente copio unos consejos de Higiene popular por lo sencillo y claro que resultan. Fueron publicados en *El Adelanto* en 1906:

“Poneos la vacuna, sed limpios, bebed agua de fuente hervida y filtrada, lavad vuestras ropas, no abuséis del vino ni del aguardiente, y no padeceréis el tífus”.

Las recomendaciones higiénicas fueron especialmente reiteradas con ocasión de la pandemia gripal de 1918, publicándose no sólo las normas emanadas de la Jefatura Provincial de Sanidad, sino también recomendaciones de Gregorio Marañón y otros destacados médicos de España. Más cercanos a los salmantinos, publicaron buenas orientaciones **José González Castro** (Crotontilo), **Ramón Carranza** (*Arte de Prolongar la vida*), **Celestino Martín Argenta** (*Discurso*, en 1914, y un opúsculo para prevenir el cólera, la viruela, el sarampión y la escarlatina, así como unas instrucciones para el saneamiento de Béjar), **Daniel Mezquita** (*Cartilla Sanitaria*), **H. Rodríguez Pinilla**, **Pierna Catalá** (*El Problema sanitario en Salamanca*), **Ambrosio de Prada**, sobre la prevención de la tuberculosis, etc.

La Facultad de Medicina, el Colegio Médico y la Academia Médico-Farmacéutica procuraron que se impartiesen conferencias sobre este el tema de Higiene, patrocinando la presencia en la tribuna de doctores de reconocidos méritos, como **Maestre**,

Weimberg y **Jiménez Díaz**. En la década de 1920, y especialmente en la de 1930, por decisión de la II República avanzó mucho la difusión de la Higiene en la provincia de Salamanca. Influyó en esa evidente progresión el recuerdo de las víctimas de 1918, la creación de Centros de Higiene Primarios (el de Ciudad Rodrigo) y Secundarios (el de Peñaranda), la atención del **Dispensario Social de Higiene**, la inauguración del edificio el **Instituto Provincial de Higiene** en 1934 y los nuevos preventorios.

Todos ellos tenían como objetivo la erradicación del cólera, de la viruela, el paludismo, la tuberculosis y demás enfermedades infecto-contagiosas. La II República hizo, además, notoria propaganda, como grandes carteles, en uno de los cuales decía: “España quiere hombres sanos y fuertes”.

La reseña de la inauguración de los Centros de Higiene y las palabras oportunas de los médicos sanitarios lógicamente tuvieron una aceptable repercusión. También desde esos años fue frecuente la realización de cursillos divulgativos y cursos de perfeccionamiento para médicos, éstos últimos señaladamente en los años cuarenta. Conforme avanzaba la bacteriología (*Discurso* por **Arturo Núñez**, 1917), los laboratorios de análisis para detectar microbios contribuyeron mucho a la expansión del mismo nombre de Higiene y dar utilidad al estudio de las enfermedades contagiosas. Fueron laboratorios establecidos en la ciudad el de Higiene, dirigido por **Íñigo Maldonado**, y los de **Félix Arcocha**, **Rafael Muñiz** y **Celedonio D. Bellido**.



Resumiendo

Hemos visto cómo, de cuando en cuando, fue necesario volver a aplicar los preceptos de la Higiene. También en la actualidad nos conviene no olvidarlos, pues, como escribió el Dr. José Ave-no Lanuza en 1907: “Si guardas correctamente todo esto, vivirás largo tiempo”.

HAEC BENE SI SERVES, TU LONGO TEMPORE VIVES

* En la última revista ‘*Salamanca Médica*’ escribí sobre Sanidad en Salamanca hasta los años 40 del siglo XX. La idea era continuar el tema hasta 1978. Como sigue siendo conveniente no salir de casa para hacer investigaciones, me ha parecido adecuado ofrecer unos apuntes sobre Higiene. Son complementarios de lo expuesto sobre la Sanidad, por cuanto generalmente han ido de la mano una y otra. De paso, hago una aportación de médicos especialistas en Higiene y de los que, sin serlo, también estuvieron interesados en que, en la ciudad y la provincia de Salamanca, se consiguiese mejorar la salud mediante las prácticas higiénicas.

» Historia

Por José M^a Manuel García-Osuna y RodríguezHistoriador diplomado en Estudios Avanzados de Historia Antigua y Medieval
y médico de Atención Primaria

Julia Domna. La dinastía de los Severo en Roma (IV)

Julia Domna se vio obligada a tomar partido por Basiano, y no pudo llorar en público a su hijo muerto. Caracalla era cruel y violento, y tenía la certeza de que no le temblaría el pulso a la hora de prescindir de sus propios colaboradores si estos defraudaban sus propios planes. A partir de ahora, Basiano solo confiaría en sus legionarios y en sus pretorianos; el nuevo autócrata de Roma solo deseaba la guerra y pretendía llegar, en la historia, a la altura del propio rey Alejandro III Magno de Macedonia [Pela, 20 o 21 de julio de 356 a. C., Rey de Macedonia, desde 336 a. C. hasta su muerte en Babilonia, 10 o 13 de junio de 323 a. C.].

Basiano será entonces calificado, entre los círculos más crípticos de la oposición, como Caracalla, porque utilizaba una larga capa céltica. No tiene el más mínimo inconveniente en permitir que su madre se encargue de la política interna del SPQR, como emperatriz viuda y madre del nuevo emperador; sería la consejera por antonomasia de su hijo y, como siempre, la típica maledicencia de los romanos dejaría crecer los rumores sobre la existencia de un posible incesto entre madre e hijo y una equivalente impotencia sexual del emperador, ya que Caracalla no volvió a casarse o a tener concubinas nunca más, aunque solo tenía ¡19 años de edad!

XIII.- EL IMPERIO DE CARACALLA ENTRE LOS AÑOS 212 Y 217 D. C.

En estos años, Julia Domna recibirá los epítetos de “*Pia Felix y Mater Senatus et Patriae*”. También serán novedosos los títulos de “*Mater populi romani et Mater totius divinae domus*”. Por consiguiente, ya poseía todas las prerrogativas posibles. Las élites intelectuales del Imperio de Roma se van a acercar a Caracalla por la mediación de su inteligente y cultísima madre. En el año 213 d. C. se celebran los *Fatres Arvales* (literalmente, los hermanos arvales o de la tierra trabajada), que eran una cofradía sacerdotal romana creada en el siglo VIII a. C. Estaba compuesta por doce *flamines* (su nombre hacía referencia al soplo o *flatus* con el que se encendía el fuego sagrado del altar) o sacerdotes consagrados al culto de *Dea Dia*, que era una muy antigua divinidad romana protectora de las cosechas y de la agricultura, ahora identificada con la diosa Ceres.

En las actas de esa cofradía se recogen múltiples loas a Caracalla y a Julia Domna, verbigracia: “Bravo, Julia Augusta, madre de Augusto. Gracias a ti, Augusta, dirigimos nuestra mirada al Augusto, que los dioses os protejan a los dos por siempre...”. Pero Caracalla solo estará interesado en la guerra, por lo que su madre se encargará de todas las reformas jurídicas, sociales y religiosas.

«Incluso es factible pensar que la famosa Constitución Antoniniana, o decreto de ciudadanía para todos los habitan-



Busto del emperador Diocleciano. Museos Capitolinos (Roma).

tes del Imperio, procede de su labor legislativa. Este decreto tuvo importantes consecuencias, ya que supuso que todos los habitantes del Imperio contribuyeran económicamente al sostenimiento del mismo y, de esta manera, se pudiera sufragar el enorme gasto militar que se estaba realizando en la expansión por Oriente. Además de las repercusiones económicas, las implicaciones políticas, culturales y religiosas fueron notables. Se equiparó a todos los habitantes del Imperio en rango, en derechos y en jurisprudencia. Al mismo tiempo, este decreto supuso la incorporación en términos de igualdad de todos los dioses del Imperio. Es el acercamiento más evidente de Oriente a Occidente realizado por Julia, que quiso unir legítimamente estos dos mundos de los que ella participaba por igual» (P. Aguado García; Op. Cit., pág. 56).

Entre los años 214 al 216 van a continuar las campañas bélicas romanas en el Medio Oriente. Al atravesar el Helesponto, la milicia imperial romana visitará Troya y Pérgamo, y Caracalla y toda su corte descansarán en esa última ciudad durante unos

» Historia

días, utilizando sus baños; y así de reposados, podrán ya estar listos para afrontar la guerra contra los irreductibles partos o persas.

La ciudad de Pérgamo será embellecida, y la misma emitirá monedas agradeciendo y conmemorando la visita de Caracalla y de Julia Domna. En el año 133 a. C., su último monarca llamado Átalo III [Philometor Euergetes. Rey de Pérgamo entre los años 138 y 133 a.C. Dedicó su tiempo a la medicina, a la botánica y a la jardinería], el cual legará, en su testamento, su reino al SPQR, y Roma la convertirá en la capital de la provincia romana de Asia Menor.

En el invierno del año 214, madre e hijo se encuentran en Nicomedia, que era la capital de Bitinia, para pasar allí dicha estación.

«Corría el rumor de la supuesta relación ilícita entre Caracalla y su madre, hasta el punto de llegar a desposarse con ella, según su biógrafo de la *Historia Augusta*: “Interesa saber cómo dicen que se celebró el matrimonio con su madrastra Julia. Dicen que un día que esta bellísima mujer se presentó casi completamente desnuda, simulando que se trataba de un descuido, y Antonino (Caracalla) le dijo: ‘Te querría si fuera lícito’, ella le replicó diciendo: ‘Si quieres, es lícito, o acaso no eres tú el emperador, y tú das las leyes y no las recibes’. Al oír esto, su pasión desordenada se vio azuzada a cometer el crimen, y celebró unas bodas que él, más que nadie, debería haber prohibido, si hubiera sido consciente de que era él a quien le competía legislar. Tomó pues por esposa a su madre (a la que no se debería llamar por otro nombre) y sumó a su fratricidio un incesto, ya que se unió en matrimonio a aquella a cuyo hijo había asesinado poco antes”» (P. Aguado García, Op. Cit., pág. 57; texto-4, pág. 93, *Historia Augusta: Vita Caracalla*, 10).

La *Historia Augusta* es la unión de las obras de seis autores diferentes, escritas entre los reinados de Diocleciano [*Gaius Aurelius Valerius Diocletianus Augustus*, c. 22 de diciembre de 244, *Salona*-Solin, Croacia-emperador de Roma desde 20 de noviembre de 284 a 1 de abril de 286 en solitario; y desde esa fecha hasta el 1 de mayo de 305 como Augusto de Oriente. Pasa a mejor vida el 3 de diciembre de 311 en el Palacio de Diocleciano-Split] y de Constantino I el Grande [Flavio Valerio Aurelio Constantino. *Naissus*-Nis, Serbia-emperador de Roma desde el 25 de julio de 306 hasta 22 de mayo de 337, en Nicomedia-Izmit, Turquía], a saber: Flavio Vopisco, Aelius Sparianus, Vulcacius Gallicanus, Iulius Capitolinus, Elio Lampridio y Trebellius Pollio.

La *Historia Augusta*, que abarca el período comprendido entre los años 117 y 284, trata de defender a madre e hijo, en

contra de esa rumorología incestuosa, y para ello adelantará el nacimiento de Caracalla al año 174, y así su madre sería Paccia Marciana (?-185), que había sido la primera esposa de Septimio Severo. De esta forma, Caracalla sería el hijastro de Julia Domna; pero los biógrafos principales del momento histórico, como son Dión Casio (*Historia de Roma*, desde la fundación de Roma, 753 a. C., hasta el año 229. El senador Dión Casio nació en 155 y murió en 235) y Herodiano (*Historia Romana*, desde el año 180 hasta el año 238. El autor nació c. 178 y murió en 252), ignoran este dato pseudohistórico.

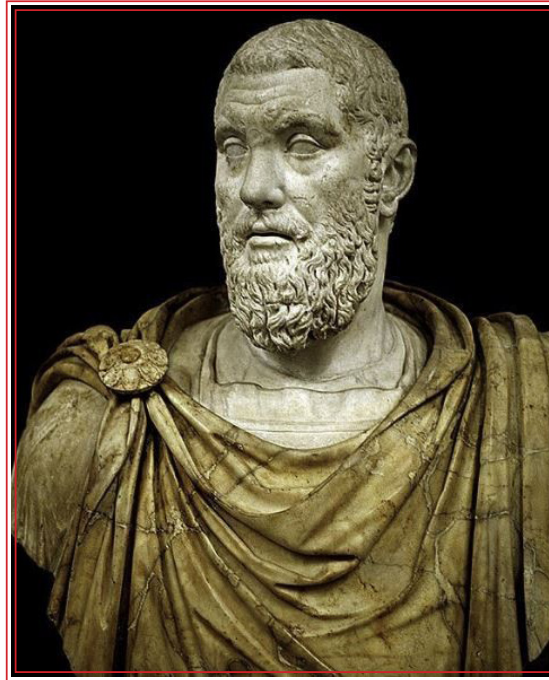
El objetivo de la *Historia Augusta* es el de conectar a Caracalla, en su posible depravación, con Cómodo, con Nerón [*Nero Claudius Caesar Augustus Germanicus*. Anzio, 15 de diciembre de 37-emperador de Roma desde 13 de octubre de 54 hasta, Roma, 9 de junio de 68. “Nerón” significa “fuerte” en el dialecto latino de los sabinos] o con Calígula [*Gaius Iulius Caesar Augustus Germanicus*. Anzio, 31 de agosto de 12 d. C.-emperador de Roma desde el 16 de marzo del año 37 hasta su asesinato, en Roma, el 24 de enero del año 41. El emperador calificó de *¿adiatrepsia?* su propia conducta: “es un trastorno en la alimentación sin límites temporales”].

El dato sobre el incesto de Caracalla con su madre es total y absolutamente falso, y el origen del rumor se debe al poder destacado que, de las decisiones imperiales tomadas por Julia Domna, se ejercían sobre el Senado de Roma. Su rol político era muy superior al de las anteriores emperatrices, y sus funciones superaban con mucha amplitud a las de las consortes y las matronas o madres imperiales. Existen relieves conmemorativos monetales conjuntos de Caracalla y de Julia Domna, siempre en igualdad de condiciones, hecho

sin precedentes en la historia de Roma.

Era la emperatriz plenipotenciaria, se la puede definir como a un prefecto del pretorio y la indubitable mano diestra del emperador y, a la par, ambos atributos políticos. Caracalla delegaba en su inteligentísima madre las funciones públicas, las administrativas y las judiciales; ella ejercía como emperador cuando su hijo se encontraba fuera de la ciudad. El lugar de Julia Domna estaba definido por su titulación única en la historia de “*Mater Senatus et Patriae*”.

«Caracalla se ocupaba de la guerra y dejaba a Julia los asuntos de Estado, que ella despachaba como si fuese el emperador: “Él se manchaba con sangre, ni en este ni en otros asuntos prestaba atención a los consejos maternos, a pesar de que eran excelentes. Julia se ocupaba de recibir peticiones, de despachar correspondencia en varias lenguas. Se incluía su nombre en



Busto del emperador Macrino. Museos Capitolinos (Roma).

» Historia



Ruinas de la ciudad siria de Emesa, la actual Homs.

términos de alabanza en sus cartas al Senado, declarando que ella estaba bien. ¿Necesito yo añadir que ella realizó recepciones públicas para los más notables hombres y actuaba como si fuera el emperador?» (AP. Aguado García; Op. Cit., pág. 61; apud Texto-5, pág. 94, Dión Casio, *Historia Romana*, 79).

XIV.- LOS PLANTEAMIENTOS JURÍDICOS Y LA ADMINISTRACIÓN INTERNA DE LA ROMA DE CARACALLA

En primer lugar, el incremento en un 50% del sueldo de los legionarios y de los pretorianos. Se incrementa el número de los funcionarios y de sus salarios.

En segundo lugar, redujo las exenciones fiscales, reorganizó las contribuciones, amplió la base fiscal e instituyó nuevos impuestos para la oligarquía. Por lo tanto, los ingresos del fisco romano se incrementaron, a expensas de los ciudadanos romanos más acomodados y de la inclusión de los nuevos ciudadanos provinciales para que contribuyeran plenamente, por lo que la base imponible se extendió a todas las provincias imperiales. Caracalla decidió que la mayor parte de los ingresos fuesen a parar al presupuesto militar. Aunque Julia Domna no estaba de acuerdo en esto, y tampoco en que la milicia fuese el mayor apoyo del emperador.

En abril del año 215, Caracalla y su madre comienzan la campaña contra los partos. En primer lugar, llegan a la población de Tiana, que era la patria chica del místico y filósofo neopitagórico Apolonio. En el verano de dicho año, llegaron a Alejandría, donde se homenajeó a Caracalla remedando al héroe macedo-

nico Alejandro III, el Magno, ya que el emperador admiraba profundamente al soberano de Macedonia.

«Los alejandrinos se burlaban de él con frecuencia, hacían burlas sobre el asesinato de su hermano, y a su madre la llamaban Yocasta (en la mitología griega, reina de Tebas, hija de Meneceo, hermana de Hipónome y de Creonte y esposa de Layo, madre de Edipo, quien mataría a su padre y se casaría con su madre). Le ridiculizaban, porque, siendo un hombre pequeño, quería imitar a Alejandro y a Aquiles, que eran héroes muy fuertes y de gran estatura. Todas aquellas bromas forzaron a Antonino, cuyo temperamento era colérico y sanguinario, a tramar contra ellos un plan de perdición» (P. Aguado, Op. Cit., págs. 63 y 64; Apud Herodiano, op. cit., IV, 9,2).

Entonces, Caracalla convoca a todos los jóvenes alejandrinos, indicando que su pretensión es la creación de una falange en honor del héroe griego. Pero, sin previo aviso, las legiones romanas los rodean y los asesinan, luego se excava una fosa común y son sepultados; todas las familias de Alejandría perdieron a alguno de sus miembros en aquella pavorosa y crudelísima e inexplicable degollina. Quizás la causa estribe en que se quiso vengar de las burlas de los alejandrinos, aunque, lo real y palmario fueron las revueltas y sublevaciones que se produjeron por todo Egipto, ya que sobre el país de los antiguos faraones iba a recaer el gasto financiero de tan descabellada expedición. De esta forma, evitaba que los egipcios, cuando estuviese en plena campaña militar, no le enviasen los necesarios suministros.

En la primavera del año 216 d. C., Caracalla y su corte llegan hasta Antioquía. El emperador está acompañado de su guardia pretoriana personal, la cual se va a retirar hasta la urbe de

» Historia

Edessa para poder planificar la globalidad de esta campaña, que Caracalla se malicia que será un auténtico paseo militar romano y, a la par, pasar el invierno.

Julia Domna permaneció en Antioquía despachando múltiples correos imperiales y siendo la cabeza visible del resto de la delegación romana.

XV.- LA MUERTE DE CARACALLA Y DE JULIA DOMNA

Cuando Caracalla se dirigía a la ciudad de Carras, actual ciudad turca de Harran, para celebrar las fiestas en honor de la diosa Cibeles, en abril del año 217, fue asesinado, inesperadamente, por un soldado de su escolta personal, quien cumplía las órdenes del prefecto del pretorio y futuro emperador Macrino [*Marcus Opellius Macrinus*. Cesarea, Mauritania Cesariense, c. 165-Emperador de Roma desde 8 de abril de 217, hasta, Archelais, Capadocia, junio de 218].

La hipocresía de Macrino fue de tal magnitud que, dando grandes muestras de dolor, anunció oficialmente la muerte del emperador. Realizada la incineración, sus cenizas fueron enviadas a la emperatriz-madre hasta Antioquía. El dolor de Julia Domna fue muy grande, ya que Caracalla tenía un afecto y un respeto imponentes hacia ella, quien sintió un gran temor al saber que iba a perder todas sus prerrogativas. El nuevo emperador le ordenó que abandonase Antioquía y se trasladase a su Siria natal. Las órdenes de los augustos se obedecían sin rechistar.

«Al enterarse de la noticia de la muerte de su hijo y del destierro a que la condenaba Macrino, Julia intentó consolidar su poder ante los soldados y, al no conseguirlo, prefirió suicidarse: “Entonces Julia, que se encontraba en Antioquía al ser informada de la muerte de su hijo, quedó tan afectada que se dio un golpe violento y trató de morir de hambre... Macrino le envió un mensaje amistoso y ella cobró ánimo, y dejando a un lado sus ganas de morir, empezó a intrigar con los soldados, quienes le tenían mucho cariño, porque les recordaba a su amado emperador. Ella con esto esperaba llegar a ser la única gobernante y hacerse igual a Semíramis o Nitocris (Semíramis fue una reina de Babilonia y Nitocris de Egipto, las dos gobernaron en solitario), puesto que era de la misma región que ellas... (*Aquí el texto en griego está deteriorado y faltan fragmentos*)...Macrino le ordenó que abandonase Antioquía cuanto antes, y ella, temiendo ser desposeída del título de Augusta... decidió que no le importaba más vivir. Rechazaba la comida, aunque se podría decir que estaba grave, dada la enfermedad del pecho que tenía desde hacía mucho tiempo. Este fue el destino de Julia”» (P. Aguado García, Op. Cit., pág. 68; texto-6, págs. 95 y 96, apud Dión Casio, op. cit., 79, 5).

Julia Domna entró en una muy profunda depresión, dejó de comer y se abandonó a su suerte hasta morir. Su cadáver fue enterrado en el Mausoleo de Augusto; más adelante, su hermana Julia Mesa la enterraría en el homónimo de los Antoninos, junto a su esposo, Septimio Severo, y a sus hijos Geta y Caracalla. Macrino decretó la apoteosis imperial, y a Caracalla y a Julia Domna se les concedieron honores divinos.

«Suicidio de Julia: “Macrino incineró el cadáver de Antonino y, después de colocar las cenizas en una urna, la envió a la madre de Antonino, que se encontraba en Antioquía, para que le diera sepultura. Habiendo perdido a sus hijos en parecidas circunstancias, ella se suicidó, no sabemos si lo hizo volunta-



Busto de Julia Mamaea. Museos Capitolinos (Roma).

riamente o forzada por una orden”» (P. Aguado García, Op. Cit., pág. 68; Texto-7, pág. 96; apud Herodiano, op. cit., IV, 13, 8).

XVI.- EL JUICIO DE LA HISTORIA ANTIGUA

Dión Casio realizará un juicio sumamente positivo sobre ella; lo más sobresaliente será su templanza, y la describe, asimismo, como culta, inteligente y profundamente infeliz. Herodiano también la juzga muy favorablemente. Solo la *Historia Augusta* la vilipendia severamente como adúltera, libidinosa, incestuosa y muy ambiciosa; esta imagen espuria será la transmitida por fuentes posteriores paganas o cristianas que beben de esta última fuente. Estimo que su depresión ciclotímica la condujo a dejar de comer; la patología torácica que se cita podría estar relacionada con un proceso neumónico no curado o una tuberculosis pulmonar o, por qué no decirlo, con un cáncer de tipo mediastínico; en las tres circunstancias, su pérdida de apetito y caquexia subsiguiente serían consecuencias obvias de esta patología. Se ha citado siempre que los tísicos sufrían problemas anímicos importantes, síndrome ansioso-depresivo o psicosis reactiva, el caso patognomónico del hecho es el del compositor de música culta polaco Frederic Chopin. *Continuará...*

Un apunte curioso: La emperatriz que inspira estos capítulos históricos de ‘Salamanca médica’ protagoniza las dos últimas novelas de Santiago Posteguillo, ‘Yo, Julia’ y ‘Y Julia retó a los dioses’.

» El Desván de Arte

Por José Almeida (*)

Doctor en Medicina y Cirugía y licenciado en Bellas Artes

Los orígenes de la ciudad (y II)



El Puente Romano

Se trata de una magnífica obra de ingeniería, a la vez que huella estética dejada por los romanos en Salamanca, considerado el segundo monumento histórico de la ciudad. Estampa o iconografía ligada a Salamanca que transmite perspectiva a la vista general de las catedrales cuando se contemplan desde la orilla izquierda del río Tormes, y es la mejor vista del “alto soto de Torres”, que dijera Unamuno.

Los romanos eran verdaderos expertos en la construcción de puentes y acueductos, que construían con grandes piedras almohadilladas simplemente apoyando unas contra otras, sin mortero ni argamasa. Dominaban el arco de medio punto y las dovelas se estabilizaban merced a su forma de cuña montadas sobre una armadura de madera que retiraban al completarse la rosca del puente. El monumento es de una belleza austera, sin adornos superfluos; los espolones o tajamares adosados a los

pilares aguas arriba para cortar la corriente y los contrafuertes de refuerzo tienen su razón de ser.

Fue construido en tiempos del emperador Trajano, a finales del siglo I. Mide 176 metros de longitud y consta de 26 arcos, de los cuales solo son originarios los 15 septentrionales, los más próximos a la ciudad, y los 11 restantes son reconstrucción del siglo XVII.

Ha soportado el paso de numerosas tropas a lo largo de más de veinte siglos: las legiones romanas, las huestes bárbaras, las tropas moras y cristianas durante la reconquista, los ejércitos de Napoleón y, en fin, todo el tráfico rodado hasta principios del siglo XX. Fue el único puente que unía las dos orillas hasta que se construyó, en 1913, el de hierro de Enrique Estevan.

Su fortaleza es tal que, en las décadas de los 50-60 del siglo pasado, se derivaban hacia él los camiones de más de 16 tone-

» El Desván de Arte | Salamanca: Los orígenes de la ciudad (y II)

ladas que transportaban la maquinaria pesada que se dirigía a Aldeadávila para la construcción de la presa, ante el riesgo de poner en peligro el puente nuevo.

El Puente Romano ha sido testigo de numerosos acontecimientos o sucesos del río, tales como riadas y desbordamientos; el más célebre de todos ellos, la riada de San Policarpo, por tener lugar un 26 de enero del año 1626, que sorprendió a los moradores durmiendo. Murieron más de cien personas, y fueron afectadas la mayor parte de las casas del arrabal. Pero hubo muchas más avenidas del río, lo que obligó a algunas órdenes religiosas a trasladar sus conventos hacia zonas más seguras de la ciudad; entre otros, los dominicos, que habitaban la iglesia de San Juan el Blanco; o las monjas agustinas recoletas, que se trasladaron a la iglesia de La Purísima.

“El Puente Romano ha sido testigo de numerosos sucesos del río, como riadas y desbordamientos”

Yo mismo he sido testigo, en mis años de adolescente, de una riada que casi “ciega” los ojos del puente, sobrepasando la carretera e inundando los barrios aledaños, afectando incluso al pueblo cercano de Tejares, hoy un barrio de la ciudad. Con la construcción del embalse de Santa Teresa, en 1963, se reguló el curso del río, con lo que se previnieron catástrofes de este tipo.

Aunque menos popular que la de San Policarpo, la riada de Santa Bárbara, acaecida un 4 de diciembre de 1498, derribó varios arcos de la mitad meridional del puente que ya habían sido reparados con anterioridad tras la crecida del Día de Difuntos de 1256. Avalan estos datos el hecho de que, ya en el siglo XVI, se hablase de la “puente nueva” y de la “puente vieja”.

En una ocasión pude contemplar que se “candó” el río; es decir, se cubrió de una gruesa capa de hielo, y recuerdo que en el periódico local ‘La Gaceta’ apareció la fotografía de un grupo de jóvenes alrededor de una mesa jugando a las cartas en medio del curso del río. Puedo dar fe de ello, porque yo conocía a los jugadores, que eran empleados de la desaparecida Fotografía Paulino de la Plaza Mayor.

Y no menos digno de resaltar fue un acontecimiento artístico de 1984, cuando el río fue escenario de una original exposición de esculturas flotantes del reconocido artista local Ángel Mateos, escultor de formas geométricas puras que juegan con la luz y las sombras, que levantó gran expectación, junto con no pocas reticencias y alguna que otra incomprensión.

La ribera del Tormes suele ser el escenario habitual de los fuegos artificiales de las fiestas de la ciudad, que con sus fulgurantes destellos iluminan las catedrales, que se reflejan en el río cual diáfano espejo, constituyendo un espectáculo sorprendente.

El puente ha tenido añadidos espurios a lo largo del tiempo que, afortunadamente, se han ido retirando en distintas épocas, tales como un castillete para conmemorar la boda de Felipe II con María de Portugal, celebrada en 1543 en nuestra ciudad, luego desmochado y, en la actualidad, zona de descanso en medio del monumento; y las almenas medievales, que, lejos de embellecerlo, eran además ilusorias a los efectos defensivos.

En 1890, se llegó a proponer la monstruosa idea de derribar los pretilos para ensanchar el puente con vigas de hierro y barandilla del mismo material, que fue aprobada por unanimidad del Concejo. Menos mal que, al año siguiente, con la nueva Corporación municipal, el concejal Enrique Estevan salvó al puente con la construcción de uno nuevo de hierro, que en justo reconocimiento lleva su nombre. En 1931, fue declarado Monumento Histórico Artístico, junto con la Vía de la Plata, y en 1998, Bien de Interés Cultural.

Resulta curioso el hecho de que, con el Tormes, lejos de unir la ciudad, los salmantinos teníamos la sensación de que el río era el límite o frontera de la urbe, y no fue hasta bien entrados los años sesenta cuando se construyeron las primeras viviendas “allende el río”, como se decía entonces en el argot local, lo que hoy es el barrio de San José.

Todo lo que estaba situado al sur de la vía fluvial se consideraba ajeno a la ciudad y, en cierto modo, zona marginada. En ese terreno trastormesino, más concretamente en el Teso de la Feria, se estableció, a finales del siglo XV, la Casa de la Mancebía por gracia del príncipe Juan, hijo de los Reyes Católicos. Estaba regida por el “Padre putas”, personaje nombrado por el municipio para el buen gobierno de la institución, y su recuerdo sigue perdurando en las fiestas de la ciudad. A uno de los cabezudos que recorren las calles para regocijo de los pequeños se le llama el Padre Lucas, que no es más que un eufemismo para señalar al regidor de aquel prostíbulo.

Tal institución siempre ha influido en la cultura y en las costumbres salmantinas, hasta tal punto de que ha dado origen a la tradición popular del Lunes de Aguas, en la que se conmemoraba con gran regocijo general el traslado de las rameras en barcas adornadas con ramas –de donde les viene el nombre– a la ciudad para cumplir con las obligaciones pascuales después de la Cuaresma. Fiesta popular que sigue celebrándose la octava del lunes de Pascua y constituye una jornada de alegría y alborozo en el campo, donde se degusta el típico hornazo de Salamanca.

“En ese terreno trastormesino se estableció, a finales del siglo XV, la Casa de la Mancebía”

Para mí, no descarto que pueda tratarse de una leyenda popular carente de rigor histórico, ya que la Casa de la Mancebía fue suprimida en 1630 por una pragmática de Felipe IV, y esta tradición tan arraigada bien pudiera estar relacionada con ritos ancestrales, que vienen de muy antiguo.

Tan solo unos años más tarde de aquella regia prohibición se fundó, por don Gabriel Dávila, la Casa de Aprobación o de Recogidas, para acoger a las prostitutas enfermas o ancianas y jóvenes arrepentidas, en un edificio de la Ronda de Santi Spiritus. Se trata de un modesto monumento del siglo XV que se reformó en 1648 para albergar a las prostitutas desahuciadas bajo la tutela del cabildo catedralicio. En su fachada se conserva un bello grupo de la Anunciación, nada desdeñable, del siglo XVIII.

» El Desván de Arte | Salamanca: Los orígenes de la ciudad (y II)

El Verraco

Es el primer monumento histórico de Salamanca, con una antigüedad de más de dos milenios, en la actualidad maltrato y mutilado. Siempre ha estado tan vinculado a la ciudad que forma parte de su seña, y el toro, por mérito propio, figura en el escudo salmantino, junto al puente y la encina (para algunos sería una higuera), el árbol que simboliza el campo charro.

Se trata de un monumento megalítico: una escultura zoomorfa que representa claramente a un toro de pie esculpido en granito sobre una base o plinto tallado en el mismo bloque y reparado con mortero cuando se partió. Es una expresión artística propia del pueblo vetón que se puede encontrar por todo el territorio de la antigua Vetonia. El máximo exponente de esta manifestación artística lo podemos encontrar en El Tiemblo (Ávila), con los célebres Toros de Guisando. Tenían un carácter apotropaico o mágico-religioso, que bien pudiera estar en relación con hechos conmemorativos de victorias: como simples mojones marcadores del terreno o con el fin de recabar la protección y reproducción del ganado.

El toro de la puente –uno de los tres paradigmas del bestiario salmantino de Luis Cortés, junto con el gallo de la torre de la

Catedral Vieja y la rana de la Universidad– ha sufrido multitud de peripecias a lo largo de la historia. En 1834, fue mandado destruir por el entonces gobernador Cambronero, perdiendo la cabeza y partiéndose en dos al ser arrojado al Tormes. El corregidor, en su ignorancia, pensaba que los verracos eran signo de ignominia mandados colocar en las ciudades comuneras por el emperador Carlos.

La escultura fue rescatada del río en 1867 y depositada en el Museo de Salamanca y, tras estar rodando por distintos lugares, estuvo incluso colocada en medio del Puente, como figura en el escudo de la ciudad. En 1954, fue de nuevo recolocada en los alrededores del río, hasta que en 1994 se trasladó al lugar que hoy ocupa, a la entrada del Puente Romano. Por cierto, colocado sobre un plinto poco acorde con el legado patrimonial.

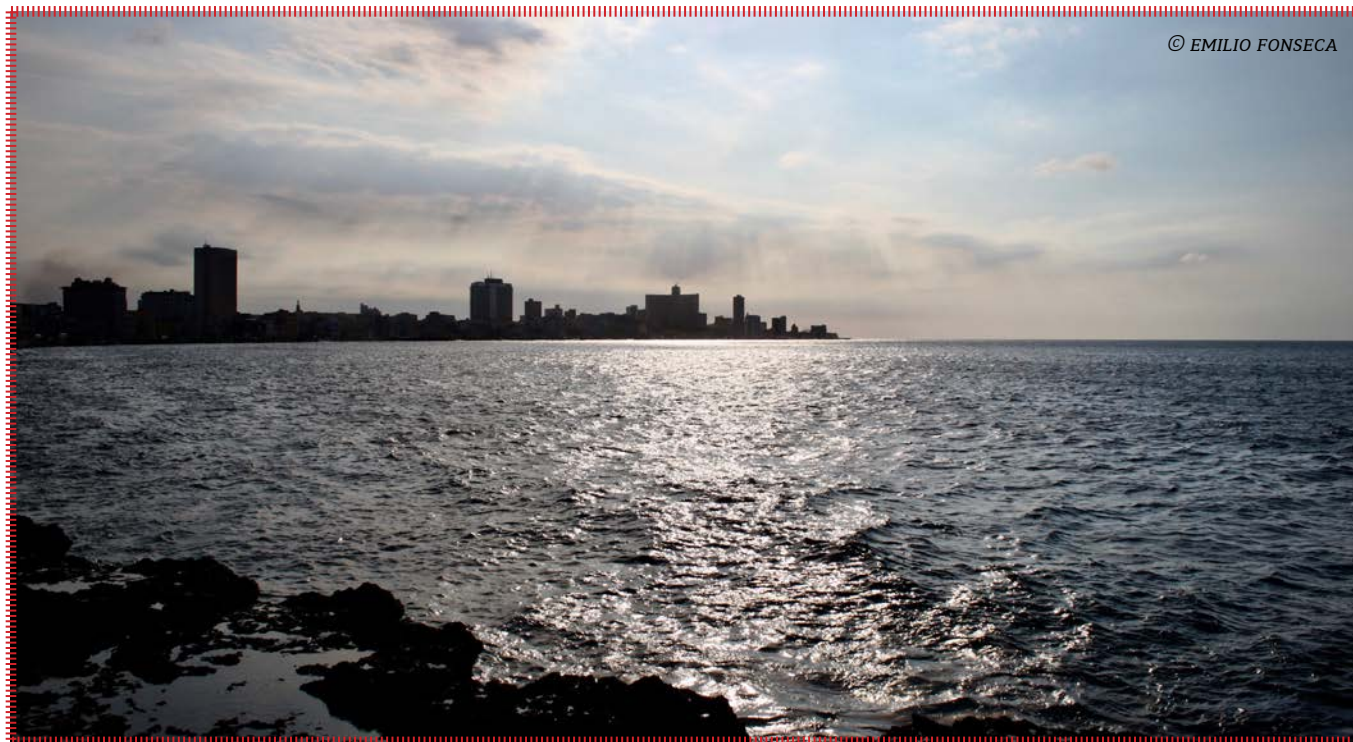
Este verraco entró por la puerta grande de la literatura española en el siglo XVI con la novela picaresca ‘La vida del lazarillo de Tormes’, en el episodio donde le dice el ciego: “Lázaro, llega el oído a este toro e oirás gran ruido dentro de él”, propinándole acto seguido una gran “calabazada”, al tiempo que le increpa: “Necio, aprende, que el mozo de ciego un punto ha de saber más que el diablo”.



(*) El Prof. José Almeida Corrales nos dejó el 3 de enero de 2019. Tal y como él deseaba, ‘Salamanca Médica’ ha continuado publicando hasta este mismo número los artículos y los dibujos que dejó preparados como sentido homenaje a este gran médico y artista que, con sus colaboraciones, enriqueció esta revista desde sus inicios.

Instantes de Vida

*Un espacio para publicar tus fotografías. Da rienda suelta a tu imaginación y envíanos tus fotos.
¿El premio? Las mejores y más apropiadas serán publicadas como portada de vuestra revista,
'Salamanca médica'*



Vistas desde la planta de Oncología del nuevo hospital © EMILIO FONSECA

» Instantes de Vida



© EMILIO FONSECA

¿Cómo colaborar?

Por e-mail:

salamancamedica@saludadiario.es

Características técnicas:

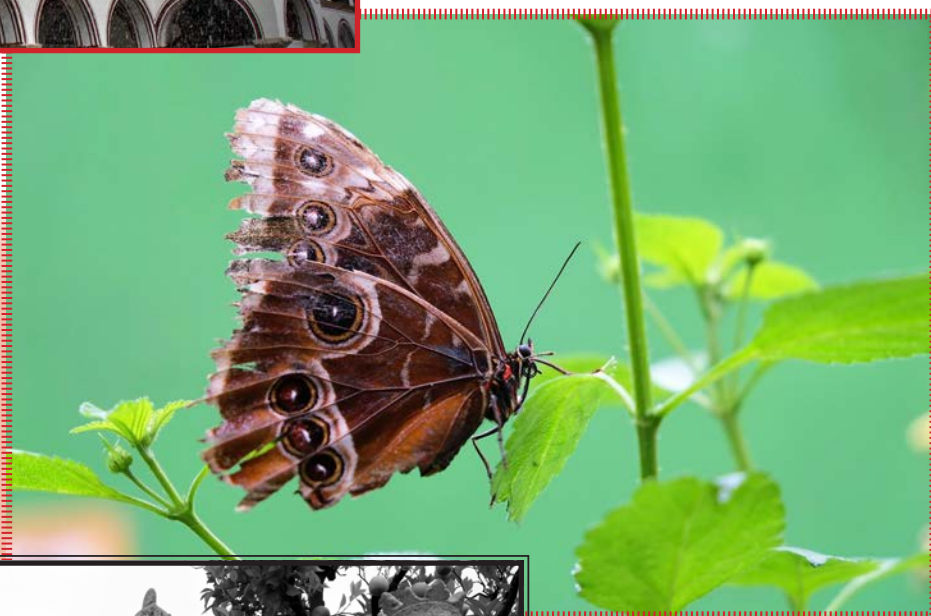
.jpg .tif o .pdf de alta calidad

Por correo ordinario:

C/ Bientocadas, 7

37002- Salamanca

(Ref.: Salamanca Médica)

*En el zoo*

© RICARDO BRAVO

*Reis portugueses*

© RICARDO BRAVO

» La más humana de las ciencias

Coordina:
Juan Manuel Igea

*Presidente del Comité de Humanidades
de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica*



El mejor amigo del médico jubilado

«**Q**ueridos amigos y compañeros. Me siento de veras muy emocionado ante esta cálida despedida que acabáis de brindarme. Agradezco mucho vuestros sinceros abrazos, vuestros generosos comentarios y vuestros inmerecidos elogios a mi trabajo y compañerismo en este centro de salud al que he dedicado mi vida. Solo puedo deciros que os echaré de menos siempre y que confío en que no me olvidéis nunca».

D. Luis recordaba como si fuera ayer su escueto y tembloroso discurso de despedida del centro de salud en el que había trabajado durante 40 años ininterrumpidos. Sus colegas le miraban con respeto y cariño y las enfermeras, con lágrimas en los ojos. Y es que había sido siempre un hombre cabal y respetuoso que había exhibido en todo momento un comportamiento generoso con sus compañeros y sus pacientes. Incluso durante aquella espantosa pandemia que le acompañó en sus últimos años de ejercicio, que puso a prueba su verdadero talante como médico, supo comportarse con valentía y dignidad y pensar más en sus pacientes que en su propia seguridad. El viejo juramento hipocrático había sido siempre para él un compromiso ineludible e impermeable a las decepciones y desengaños de la profesión.

Pero también recordaba que el momento de la jubilación

llegó en un momento en que se encontraba ya algo hastiado y que deseaba dejar algo del tiempo que ya se le iba escapando para hacer todo aquello que la medicina le había arrebatado durante tantos años de ejercicio. Los compañeros que se habían jubilado antes que él le habían explicado que el éxito de una jubilación feliz es planificarla antes a conciencia. Y por eso se tenía preparado un completo programa de actividades. Quería practicar ejercicio, porque en tantos años de recomendarlo a sus pacientes con fruición, y generalmente poco éxito, él no se había movido más allá de los paseos entre la mesa y la camilla de su consulta y los desplazamientos entre el centro y su casa. Se había propuesto, además, dejar de fumar definitivamente, tras una vida entera de intentos fallidos de hacerlo, a pesar de los efectos nefastos que había presenciado del tabaco sobre muchos de sus pacientes. Quería dedicar más tiempo a comprar en el mercado municipal, algo que le apasionaba, y a cocinar platos sanos y deliciosos para él y su mujer, que todavía tenía años por delante de atender su pequeña librería. Iría a ver con más frecuencia a su única hija, que trabajaba como veterinaria en la capital próxima, y trataría de pasar más tiempo con ella. Y, por último, su gran sueño de leer con calma libros antiguos de medicina, donde siempre creyó que estaba la clave de todo el conocimiento médico.

» La más humana de las ciencias

Al principio también trató de no perder la conexión con sus compañeros y su antiguo centro de salud, pero enseguida vio que su presencia allí interrumpía su ajetreado trabajo y les hacía perder tiempo. Todos eran muy amables y siempre contaban con él para cualquier celebración, pero sus visitas al centro exigían un tiempo del que no disponían. También les ayudó inicialmente en algún caso difícil, pero conforme pasaban los años, D. Luis iba olvidando el día a día de la práctica médica, y cada vez se hacía más patente su falta de actualización continua. La medicina hipocrática y la galénica le daban una visión global de la salud y la enfermedad, pero, a efectos prácticos, no le resolvían las dudas cotidianas del ejercicio moderno de la medicina.

Los primeros dos años pasaron deprisa, y D. Luis sentía que aprovechaba su tiempo y cumplía su planificación con plena satisfacción. Incluso abandonó el tabaco por completo en unos pocos meses y se deshizo de su mechero y sus ceniceros para siempre. Después llegaron algunos pequeños achaques. El azúcar y la tensión se dispararon, a pesar de sus sesiones matutinas de ejercicio y sus largos paseos, y la próstata empezó a reclamar atención. Tuvo un pequeño ictus que, por fortuna, no dejó secuelas, y un catarro fuerte en invierno que casi acaba en el hospital le dejó cansado y con menos energía para continuar con su planificada jubilación. A veces se sentía solo en casa, se cansaba rápido de leer a Galeno y sus largas disquisiciones y remedios caducos, y comenzó a leer filosofía e historia, pero con menor interés y tesón. Su mujer estaba todo el día fuera atendiendo su librería, y entre semana la casa estaba demasiado vacía y triste. Perdió, además, todo interés por la medicina moderna, y cuando algún antiguo paciente le pedía consejo sobre algún tema de salud, se sentía completamente perdido y

ajeno a tal práctica, como si nunca hubiera sido médico. Cayó en un estado de cierta apatía y abandono y empezó a pasar más tiempo del debido en casa sentado, viendo programas matutinos y vespertinos de televisión, lo que acrecentó su pereza, su natural tendencia al sedentarismo y su apatía general por todo. Su mujer, su hija y los pocos amigos cercanos advirtieron esta deriva de D. Luis con preocupación y trataron de solucionarla en la medida de sus posibilidades, pero se hacía imposible sacarle de su indolencia.

Un día de primavera en que D. Luis se sintió más animado y con más fuerzas se fue a visitar a su hija a la capital para invitarla a comer. Coincidió que ella tenía en la consulta veterinaria una perrita abandonada y asustadiza de color blanco y manchas marrones de no más de dos meses que alguien le había traído con la esperanza de encontrarle un hogar. A D. Luis siempre le gustaron los perros, pero nunca tuvo tiempo de cuidar de uno.

Se acercó al cachorro con curiosidad y le acarició, y el animal le miró con sus grandes ojos marrones sin mostrar miedo ni extrañeza. Se sintió de inmediato identificado con ese ser perdido y solitario, como él ahora. Su hija contempló el cuadro desde el fondo de la consulta y enseguida entendió la necesidad que tenían el uno del otro. Le puso una correa y, con una excusa, se llevó a la perrita a comer con ellos a una terraza cercana. El animal no se separaba de D. Luis y éste no dejaba de mirarla y cuidarla, incluso desatendiendo la conversación de su hija, que en aquel momento aprovechó para relatarle algunos asuntos de importancia de su trabajo. Quedaba claro que se había forjado una amistad inquebrantable entre D. Luis y Luna, el nombre con el que bautizaron padre e hija a ese pequeño cachorro de color blanco y manchado.

Así que Luna y D. Luis viajaron al pueblo de vuelta y se



» La más humana de las ciencias



convirtieron en amigos inseparables. Luna era lo primero y lo último que veía D. Luis al empezar y acabar el día. Reanudó sus largos paseos, ante la insistencia de Luna por hacerlo. Empezó a leer todo lo que pudo sobre perros para aprender a cuidarla y educarla con propiedad. Se estableció una lucha continua por determinar quién dominaba a quién, y podemos decir que ganó Luna con una amplia ventaja. Era una perrita lista, de reflejos vivos, terca y sensible que casi siempre se salía con la suya respecto a la hora en que se salía a pasear, el camino que se tomaba, lo que comía y a qué sillón se subía en el salón. D. Luis, que siempre fue un hombre educado, pero difícil de doblegar, cayó rendido al dominio de su nueva y joven compañera, que, a cambio, le ofrecía una devoción entregada, una mirada sencilla y auténtica de la vida y, sobre todo, un fuerte acicate por volver a disfrutar de la vida plenamente. La mujer de D. Luis y sus amigos se sintieron encantados con la positiva e inesperada influencia de Luna y la aceptaron como una más en la familia.

Solo en ciertas ocasiones en que D. Luis pasaba por algún pequeño problema médico, un catarro un poco más fuerte, una indisposición transitoria inexplicable o cualquier otra cosa, Luna cambiaba de actitud y parecía ignorarle completamente, rehusando su cercanía y compañía. Incluso evitaba estar en la misma habitación que él y se resistía a salir de paseo en su compañía. La situación revertía en cuanto D. Luis superaba felizmente el pequeño achaque y la relación volvía a la normalidad. Este comportamiento insolidario de Luna irritaba profundamente a D. Luis, que veía en él una ingratitud profunda. En una de sus visitas a su hija, le comentó esta actitud, y ella le restó importancia, explicando que algunos perros son muy sensibles a la enfermedad de sus amos, que ellos mismos se entristecen y que por eso se mantienen en apariencia fríos y

distantes durante esos trances. De algún modo, probablemente a través del olfato, perciben que algo anda mal y se mantienen alejados, quizás también como un mecanismo de supervivencia natural para evitar contagios, pero que en ningún modo lo interpretara como un mecanismo consciente de abandono hacia él. La explicación le pareció a D. Luis satisfactoria y, en contra de su orgullo herido, aceptó esas ausencias transitorias de su fiel compañera.

Un par de años después, aproximadamente, de la feliz unión entre Luna y D. Luis, éste empezó a manifestar una tosecilla seca continua que poco a poco fue creciendo, llegando a veces a despertarle por las noches. Acudió a su antiguo centro de salud para consultarlo con un joven colega, que le examinó y le hizo una radiografía del tórax sin encontrar nada. Tampoco el otorrinolaringólogo del centro encontró nada anómalo, salvo una pequeña irritación faríngea, por lo que se tranquilizó al respecto. Hacía ya más de tres años que no fumaba y, en verdad, nunca había fumado mucho. Mientras tanto, siguió con sus lecturas, sus visitas al mercado, sus comidas y sus lecturas históricas y filosóficas, tratando de aprovisionarse de caramelos y de tener siempre disponible una botellita de agua para aclararse la garganta. Luna aprendió por fin a sentarse a la espera de su comida, a acudir cuando se la llamaba y a no destrozar las alfombras, pero probablemente fueron pequeñas concesiones con el fin de tener a D. Luis contento y con la sensación de disponer de un cierto control sobre su relación.

Durante el otoño, D. Luis sufrió un catarro con una fiebre alta que le duró dos o tres días y que incrementó la tos de un modo algo alarmante. Acudió de nuevo a su centro de salud y todo parecía estar bien. Una nueva radiografía de tórax mostró una normalidad absoluta. Pero surgió algo que afectó mucho a

» La más humana de las ciencias

D. Luis. Luna, que como siempre se había alejado de él mientras padecía ese catarro, no inició ningún acercamiento cuando el cuadro había pasado. Por más que D. Luis tratara de engatusarla con caprichos y rogarle literalmente que se sentara junto a él o salieran juntos a pasear, Luna se mostraba apática y triste, y solo quería tumbarse sobre su manta en el suelo de una habitación apartada. Evitaba incluso su mirada.

Un día la cogió en los brazos, la metió en el coche y la llevó a la ciudad, a la consulta de su hija, para que la examinara, temiendo que estuviera enferma. Nunca había estado apática tanto tiempo, ya tres semanas, y D. Luis se encontraba ya restablecido, salvo por aquella tos pertinaz que no acababa de irse. Luna se dejó explorar, sacar sangre e incluso hacerse unas radiografías sin rechistar, cuando siempre eran necesarias cuatro manos sujetándola para ponerle cualquier vacuna. Volvieron los dos al pueblo, cansados tras el ajetreo del día, que no alejó la preocupación de D. Luis por su perrita. Estuvo varios días abatido, reflexionando sobre qué podía causar ese alejamiento y esa tristeza a Luna, aunque todos le decían que lo dejara estar y que todo volvería a la normalidad de forma natural y espontánea.

Pero D. Luis siempre fue un clínico hábil en el ejercicio de la medicina, y sabía que algo estaba ocurriendo, pero que nadie conseguía dar con la solución. Una noche casi no durmió dándole vueltas al asunto, pero se levantó con una idea que le pareció entonces evidente. Se trataba de una ecuación con dos factores. Si Luna estaba bien y el estudio que había hecho su hija, una veterinaria de prestigio reconocido, era correcto, el problema no estaba en Luna, sino en él mismo, por más que él se encontrara bien de salud, salvo por esa tos molesta atribuida a una irritación en la garganta. Así que trató de eliminar el subjetivismo de la ecuación y de evaluarse a sí mismo como lo hubiera hecho con un paciente. Una tos prolongada en un exfumador de edad avanzada, con una exploración otorrinolaringológica y una radiografía de tórax normales, sin otros factores que apuntaran a otras causas de tos crónica, exigía un estudio más profundo. Sin dilación, se acercó al centro de salud y le pidió a su colega que solicitara una exploración más precisa, algo que solo podía hacerse en el hospital, una tomografía computarizada del pecho.

La prueba pudo llevarse a cabo tan solo unos días después gracias a la mediación de un antiguo colega que trabaja en el servicio de radiología del hospital, y el resultado fue claro: un pequeño tumor situado detrás de uno de los bronquios principales invadía su pared posterior y quedaba oculto a la vista de las radiografías tradicionales. Un estudio posterior descartó metástasis a distancia, y una hábil intervención quirúrgica eliminó limpiamente el tumor y algunos ganglios próximos, haciendo desaparecer de inmediato aquella molesta tos que aquejaba a D. Luis desde hacía meses.

Tan solo una semana después de la operación, D. Luis se sentía totalmente restablecido, ya sin necesidad de proveerse de caramelos ni agua para la tos. Le dieron el alta y su mujer e hija le llevaron a su casa. Lo primero que hizo fue acercarse a la habitación de Luna, que descansaba tumbada y distraída, mirando a la terraza sobre su manta. Luna giró la cabeza y le miró fijamente durante unos instantes de incertidumbre, se incorporó perezosamente y le olisqueó la cara con detenimiento. De inmediato, comenzó a mover el rabo alegremente, como hacía semanas que no hacía, y lamió las manos y la cara de D. Luis,



en un gesto de profunda reconciliación, a lo que él solo pudo responder con un gesto de emoción que de trató contener sin éxito. Cogieron la correa, haciendo caso omiso a los consejos de esposa e hija de D. Luis de descansar primero, y los dos salieron a pasear por el campo como si nada de todo lo vivido recientemente hubiera ocurrido nunca. Días antes, los médicos del hospital expresaron a D. Luis su preocupación porque hubiera podido quedar algún resto del tumor y le recomendaron radioterapia y quimioterapia. Pero D. Luis sabía que eso hubiera acabado con sus últimas fuerzas para llevar una vida digna y disfrutar de su planificada jubilación junto a su nueva compañera Luna. Y, además, acaba de obtener la aprobación de su experta y certera amiga. Si Luna estaba feliz, era sencillamente porque sabía que él ya no albergaba ninguna enfermedad. El juicio clínico de Luna había estado siempre fuera de toda duda.

© Todos los derechos de esta publicación corresponden a su autor

» Salud, Humor y Risa

Por Germán Payo Losa

Director de Educahumor



Cerebros de odio sin humor

“El humor es la manera de ver las cosas con claridad” (A. Mingote)



“**L**e clavaría un piolet en la cabeza. Le pondría una bomba lapa en el coche. Me alegro cuando dan un tiro en la nuca. A ver si te mueres”. Encantador este repertorio, que, como está escondido en letras de rap, algunos defienden que es libertad de expresión y que, para luchar por ella, incendiar contenedores y robar ropa de tiendas es lo mejor.

Mensajes que destilan odio de ese calibre semejante prepararon las matanzas, atentados y guerras a lo largo de la historia por todo el mundo. Primero se inyecta el odio. Se le señala como diferente y enemigo. El paso siguiente, exterminar, está hecho.

El fanático **no tiene sentido del humor**. Considera que todo el que no piensa como él, en casos extremos, tiene que

ser borrado del mapa. El humor, la gente que nos hace reír, aun en circunstancias difíciles, nos proporciona una distinta perspectiva, divertida y sorprendente. El ver de otra forma, tomar otro punto de vista, es una gimnasia mental de la que el fanático carece, que le impide poner la base del humor, la capacidad de reírse de sí mismo.

La película *No soy tu enemigo* (*The Best of Enemies*) narra la lenta evolución del jefe del Ku Klus Klan de un pueblo del sur de Estados Unidos que proclama orgulloso la supremacía de los blancos, anglosajones y protestantes, y de un modo aterrador para los negros. El proceso de apertura de su mente empieza cuando se enfrenta a la maldad de los suyos, con los propios vecinos llevados a la ruina por no apoyar sus ideas.

» Salud, Humor y Risa

LUCHO PARA QUE NADIE TENGA QUE ACOSTARSE
CON SU JEFE PARA ASCENDER... PARA QUE PUEDA
LLEGAR SOLA Y BORRACHA A CASA, SÍ ES SÍ...



Sarrio

Es la confirmación de que “la puerta del cambio sólo se abre desde dentro”.

En *Patria*, de F. Aramburu, vemos la evolución de un joven de ETA que ha matado a varias personas y va abriendo su mente a algo diferente, hasta aborrecer dentro de sí lo hecho. Ese cambio interior es un trabajo para el que uno ha de cambiar. Es difícil.

“Tengo dos amigos cuyos padres fueron asesinados por ETA. Y en uno se equivocaron de persona”, me cuentan. Algunos de los que se arrepienten cuentan su proceso. Tenían el cerebro lavado. No pensaban. Ejecutaban órdenes y nadie cuestionaba nada.

“¡Atención: jubilados! Lo saben todo y están dispuestos a contárselo”. De un modo semejante, un fanático está dispuesto a convencerte. Porque tiene LA VERDAD. Un árabe decía, para defender que en su país no hay libertad religiosa y otros credos tienen prohibido estar allí: “Si necesitamos a alguien que nos enseñe física o matemáticas que no sabemos, traemos a alguien que sepa, pero nosotros tenemos la verdad en nuestra religión; no podemos permitir a nadie que venga a enseñarnos mentiras de otras religiones, como no aceptamos alguien

que enseñe mentiras en matemáticas o física”. Así, clarito: Yo tengo la verdad. Tú no. Punto.

¿Qué hacer entonces?

No se puede dialogar con un fanático, como con un imbécil. Es inútil. Que no me amargue la vida ni me indigne es una meta. Verlo con humor, otra.

Si a mí me dicen: “A ver si te mueres”, yo respondería: “Pues mira, te voy a dar el gusto con ese deseo, pues me has caído bien.” Y luego comentaría, como dice una amiga: “Mirad qué cosa más graciosa me ha dicho este imbécil”.

Leía: “¡Qué virtud enorme es saberse callar! Yo lo logro en ocasiones, pero me salen subtítulos en la cara.” Ante los fanáticos, puedes no callarte y dar tu punto de vista, sin esperanza de que cambie, o puedes cambiar de tema. “Los turistas ingleses declaran que no volverán a España hasta que sea seguro saltar por los balcones”.

Y cuando la obsesión impide dialogar, el fanatismo destruye la convivencia familiar.

El humor ve otra perspectiva y nos hace reír, porque la verdad es como una casa muy grande, que vista desde fuera tiene muchas perspectivas, y más desde dentro.

» Salud, Humor y Risa

Y hablar de otras cosas más positivas. “En 24 horas se ha batido en España el récord de trasplantes. 19 donaciones, 38 trasplantes (riñón, hígado, corazón, páncreas...) y han intervenido 27 hospitales, 13 comunidades autónomas, ocho aviones, 12 aeropuertos, y policías, pilotos, celadores, médicos, enfermeras...”. Para sentirse orgulloso. M. Vincent escribía: “Vivimos en el mejor país del mundo para vivir. Pero somos los más quejicas”.

Ser iguales sin odio

La palabra tiene una influencia, como las ondas producidas por una piedra en un estanque. Además de las dañinas de rencor, agresividad, fanatismo, las hay curativas, de cariño, comprensión, apoyo. Siempre tendremos ambas. Elegimos.

Para las mujeres, unas palabras de la cantante y actriz Bebe. La autora de temas tan conocidos como *Malo* o *Ella* lanza este mensaje para algunas feministas en el Día Internacional de la Mujer:

“Feliz día a todas las mujeres que desde hace muchos años hicimos el camino para que un montón de descerebradas se lo encontraran todo hecho y puedan salir a gritar que quieren

volver “solas y borrachas” a casa. Feliz día a las mujeres que sabíamos que podíamos **ser iguales sin odio**, que estudiamos y trabajamos codo con codo con compañeros y que volvimos a casa con amigos. Que mimamos a nuestros hombres porque queremos y porque nos miman. Feliz día a las mujeres que supieron escuchar un ‘guapa’ con una sonrisa y un rubor. Feliz día a todas las mujeres que no necesitamos una manifestación para saber que somos iguales”.

Y que podemos reír juntos. “Cariño ¿soy inteligente?” / “Sí, pero asintomático”. En un concurso para expresar en una frase el estado máximo de felicidad, ganó: “Mi mujer duerme”. Si aceptamos podernos reír y no ofendernos, mejor.

Me parece injusto que haya mujeres que se llaman Angustias, Dolores, Socorro y Soledad y no haya ningún hombre que se llame Agobio, Espasmo, Pesao o Cansino.

Hace cuarenta años no teníamos ni móviles ni internet, por eso las gillipollices que hicimos no las contamos y no están documentadas, luego no nos las atribuirán.

Y con quien no tiene humor y se ofende por todo, a mí me vale esto: “No te alteres con el primer tonto que aparezca; hay más”.



¿Conoces el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)?



¡ LO MÁS IMPORTANTE ERES TÚ !

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) es un programa para facilitar a los médicos el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas que puedan interferir en su práctica profesional. Mediante un convenio suscrito por ambas partes el PAIME-CYL dispone de una subvención para la asistencia sanitaria específica de este colectivo.

Un programa creado por médicos y dirigido específicamente a los médicos enfermos