

29 Nuevas MIRadas: Los aspectos no médicos de la residencia **32** Desde la RAMSA: 'La Real Academia de Medicina de Salamanca' y 'Cristóbal Pérez de Herrera' **48** La más humana de las ciencias: La vacuna del covid **54** Salud, Humor y Risa: Lágrimas negras... y humor

SALAMANCA MÉDICA74

Revista Oficial del Colegio de Médicos de Salamanca
Enero - Marzo 2022



7 "Al hospital solo le falta atraer talento y ampliar el horario de actividad"



15

Un mundo, una salud

En un planeta interconectado, es crucial avanzar en el enfoque 'One Health' para afrontar retos tan relevantes como las zoonosis, la seguridad alimentaria o la resistencia a los antibióticos en medio de una profunda crisis climática



**Disfruta de un renting completo y flexible
con tu seguro de coche.**



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar, con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | 900 82 20 82
en: www.amaseguros.com

Servicio prestado por ALD Automotive



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 / 913 43 47 00

Síguenos en y en nuestra APP



» El análisis

»»»»» También señala el decreto que el acceso al registro será para directores gerentes de primaria, hospitales, gerentes de área y directores de clínicas privadas. Si lo que el legislador quiere es que los directores sanitarios conozcan qué médicos podrían realizar este acto, no es razonable preguntar quién no quiere hacerlo. Además, al igual que en el aborto, estos registros son muy incompletos, pues la mayoría de los médicos y otros profesionales sanitarios no se registran.

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

Pero es que, además, el derecho constitucional a la objeción de conciencia en una actuación médica, más allá de ser individual por razones de conciencia, religiosas o morales, no tiene por qué ser definitivo. Es decir, un médico puede objetar a participar o llevar a cabo una eutanasia en un caso, pero en otro participar o colaborar. En resumen, lo razonable sería que la administración tuviera un listado de personal sanitario dispuesto a participar o a llevar a cabo esta prestación que han aprobado en el Congreso.

Otra opción que proponemos desde la OMC al Gobierno es que los registros estén en los Colegios Profesionales, que para algo existen, y que así se garantizase que la administración no pudiera penalizar a un médico por ser objetor en este asunto. Somos una corporación de derecho público, con un nivel de autoexigencia ética y deontológica por encima de la mayor parte de leyes.

“El derecho constitucional a la objeción de conciencia no tiene por qué ser definitivo”

Nuestro principal fin es garantizar que quien presta un servicio médico reúna todas las condiciones que, como colectivo médico, nos imponemos (muy por encima de la administración) y que los ciudadanos no son engañados o tratados sanitariamente de forma inadecuada. Somos los primeros preocupados por la salud de la población. Sin embargo, las distintas administraciones siguen acaparando funciones y desconfiando de organizaciones ya centenarias y con unos códigos éticos milenarios, como son los Colegios Oficiales de Médicos.

Un avance en la democracia es compartir el poder; sobre todo cuando el médico siempre ha tenido que guiarse por unas normas que dan confianza a que los ciudadanos ponga su salud en nuestras manos.

En todas las encuestas sobre la asistencia sanitaria, la población manifiesta una gran confianza y respeto por los médicos. Sin embargo, seguimos encontrando reticencias en el reconocimiento que las administraciones y poderes ejecutivos otorgan a nuestras organizaciones.



SUMARIO74



7 “Al nuevo hospital solo le falta atraer talento y ampliar el horario de actividad”

Ocho años después de tomar las riendas del servicio, y gracias a un equipo totalmente implicado, el Dr. Pedro Luis Sánchez ha logrado situar a la Cardiología de Salamanca entre las mejores de España y de toda Europa



15 Médicos, veterinarios y farmacéuticos analizan cómo avanzar hacia el concepto ‘Una sola salud’ entre humanos, animales y medio ambiente

22 Noticias Colegiales

29 Nuevas MIRadas | Los aspectos no médicos de la residencia

30 Palabra de Médico | ‘¿Qué es covid?’ y ‘Abuelidad’

32 Desde la RAMSA | ‘La Real Academia de Medicina de Salamanca’ y ‘Cristóbal Pérez de Herrera’

34 Ciudad y Medicina | Hospitales desaparecidos

38 Maestros con Historia | Sanidad en la provincia de Salamanca (II)

46 Instantes de Vida

48 La Más Humana de las Ciencias | La vacuna del covid

54 Salud, Humor y Risa | Lágrimas negras... y 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



“Al hospital solo le falta atraer talento y ampliar el horario de actividad”

A pesar de que “los recursos humanos” son el hándicap del hospital, el jefe de Cardiología, Pedro Luis Sánchez, está muy satisfecho de dirigir “uno de los mejores Servicios de Europa” con la última tecnología y procedimientos de vanguardia

Cuando se hizo cargo del servicio de Cardiología del hospital, el Dr. Pedro Luis Sánchez ya dijo que veía un “gran potencial y una importante proyección”. Ocho años después, gracias a un equipo totalmente implicado, ha logrado situar a la Cardiología de Salamanca no solo como las mejores de España, sino de toda Europa. Centro de referencia nacional en cardiopatías familiares y solicitada ya esta condición para la hipertensión pulmonar, cuenta con tecnología de vanguardia para los diferentes procedimientos asistenciales y participa en investigaciones punteras a nivel internacional, entre ellas, proyectos sobre las secuelas de la covid-19 en el corazón o la terapia celular. No es un médico vocacional, pero es cierto que, desde bien pequeño, gracias a profesionales como los doctores Luis Castaño y Antonio Gil, amigos de la familia, vio como los médicos eran personas inquietas, que crecían y estaban en constante evolución. Lo ha vivido con su propia experiencia, tanto, que le resulta imposible verse ya como “no médico”.

Después de seis meses de traslado, ¿qué han ganado Salamanca y el servicio de Cardiología con el nuevo hospital?

Salamanca ha ganado un gran hospital, con unas dimensiones impresionantes y dotado con la última tecnología; solo nos falta completar los recursos humanos, que son fundamentales. Tenemos que incrementar el personal y atraer talento, líderes y profesionales bien preparados de otros lugares. Cuando abrió el Clínico, en 1975, entró una generación de gente muy joven, y creo que ahora se repite la historia: va a haber una regeneración de plantillas, tanto médica como no médica, algo que yo veo como una oportunidad.

¿Estamos, entonces, en un punto de inflexión en cuanto a recursos humanos?

Salamanca –y Castilla y León en general– tiene un gran inconveniente, que es la poca flexibilidad con las bolsas de empleo. Son muy rígidas, con unos criterios obsoletos, en los que solo cuenta el tiempo trabajado, y prácticamente nada el mérito de las personas. Además, es una bolsa que no se renueva, porque los méritos no se van activando. Esto es una cesión a los sindicatos, pero yo creo que hay que velar por las dos cosas: por el derecho de los trabajadores a ir donde decidan, pero también por la posibilidad de

» Entrevista



que el hospital tenga capacidad para contratar talento. También falla otro aspecto, que es el horario. Sorprende mucho, y le pasa a la gente que viene de fuera, que la actividad se concentre de 8 a 3, y que por las tardes la mayoría de los servicios estén parados. Tendríamos que aprovechar más los recursos que tenemos.

¿Hay que cambiar la mentalidad?

Hay que pagar al profesional, que al final busca actividad extra-hospitalaria por las tardes porque en el propio hospital no le dan oportunidades de trabajar más. Salamanca debería tener –y la comunidad también, teniendo en cuenta las listas de espera que existen– un papel más proactivo y contribuir a que los profesionales que quieran ganar más dinero, lo ganen dentro del hospital y no tengan que irse fuera.

Hay capacidad, recursos, espacios, pero faltan profesionales...

Sí, y en muchas especialidades, incluso la mía, donde yo, que soy gestor del servicio, no puedo elegir a nadie. Tanto la capacidad de poder elegir o seleccionar a los mejores como la posibilidad de que los que están derecho a trabajar más son dos aspectos que habría que negociar.

¿Cómo podría hacerse? ¿Habría que legislar de otra manera?

Sí, porque esta situación es exclusiva de Sacyl. En Madrid, los hospitales pueden buscar con una selección más definida, y aquí no, excepto en algunas especialidades. Nosotros tenemos la capacidad de *perfilar* plazas en hemodinámica, electrofisiología e imagen cardíaca, pero no para críticos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca avanzada, y lo mismo le ocurre a otros servicios, como Hematología o Traumatología. Hay una rigidez que va a acabar con la excelencia y con la calidad. Recursos humanos es el gran hándicap que tiene este hospital.

Y respecto al servicio de Cardiología, ¿qué se ha ganado en el nuevo complejo hospitalario?

Curriculum vitae**Pedro Luis Sánchez Fernández**

Pedro Luis Sánchez Fernández (Salamanca, 1970) no es un médico de vocación temprana, sino que ha ido fraguando una historia de amor con la Cardiología a golpe de tantos y tantos corazones tratados en un servicio que es referente a nivel regional, nacional e internacional.

Llegó como jefe de Cardiología de Salamanca en octubre de 2013, y después de estos más de ocho años, se muestra orgulloso y optimista con el trabajo realizado, tras tomar la decisión de dejar entonces el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, donde trabajó codo con codo con uno de sus maestros, el Dr. Francisco Fernández Avilés. Anteriormente, había desempeñado su labor como cardiólogo en el hospital de Valladolid y en el de Salamanca, donde hizo la residencia y desde donde se convirtió también en el primer MIR en viajar a Boston. Allí, el Dr. Igor Palacios, también le marcó mucho “en la parte de investigación”.

Pero sin duda fueron los cardiólogos Luis Castaño y Antonio Gil, amigos de la familia, quienes, en su infancia, le despertaron la curiosidad por una profesión “interesante y dinámica”. Los dos, junto al profesor Cándido Martín Luengo, fueron guiando sus pasos hacia la Cardiología ya desde la carrera, que realizó también en Salamanca.

Es coordinador del área cardiovascular del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (Ibsal) e investigador principal del grupo de Cardiología de este instituto, así como del Centro de Investigación en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV) del Instituto de Salud Carlos III, donde participa en líneas de trabajo sobre cardiotoxicidad, cardiopatía isquémica y estructural, imagen cardíaca, terapia celular, electrofisiología y estudios epidemiológicos.



» Entrevista



Estamos fenomenal. De hecho, yo enseño el servicio a muchos invitados de fuera y quedan impresionados por cómo tenemos los procesos y cómo trabajamos todos en una misma planta, cerca de Urgencias, de donde vienen gran parte de nuestros pacientes. Esta cercanía y esta continuidad es única, porque en la mayoría de los hospitales –como antes en el nuestro– la mayoría de servicios van creciendo donde se puede, y se van alejando, con lo que esto supone también para el paciente. Nuestros recursos son los mejores de España, sin duda, pero me atrevería a decir que también de los mejores de Europa. Disponemos de la última tecnología, podemos hacer los procedimientos más increíbles, tanto diagnósticos como intervencionistas; y tenemos un hospital de día que nos da mucha capacidad de gestionar pruebas ambulatorias, sin necesidad de hospitalizar. Esto ha sido un regalo tremendo.

El servicio cuenta con varios sellos de calidad y prestaciones de referencia regional y nacional, pero supongo que siempre se quiere ir a más. ¿Qué retos se plantea a corto, medio y largo plazo para seguir avanzando en la excelencia?

Somos centro de referencia nacional para cardiopatías familiares, lo que significa que cualquier paciente del país puede venir a ser evaluado y tratado de aquellas cardiopatías que tienen una base hereditaria, que normalmente afectan a varios miembros de una familia y que muchas veces se desconocen. Aquí la genética es muy importante, por eso trabajamos con muchos servicios del hospital, no es algo exclusivo de Cardiología. También tenemos sellos de calidad para insuficiencia cardiaca avanzada, para la cardiopatía isquémica crónica... Y ahora hemos solicitado ser centro de referencia nacional también en hipertensión pulmonar; para lo que los servicios de Cardiología y Neumología han colaborado durante muchos años de forma importante y donde tenemos mucha experiencia. Ya está enviada la solicitud, y estamos pendientes de evaluación. Solo hay otros dos centros a nivel nacional, el Clínic

de Barcelona y el 12 de Octubre de Madrid. Nos va a costar, pero en ambos servicios tenemos unos expertos excelentes que llevan muchos años trabajando para lograrlo. Nos gustaría también dar un impulso a la insuficiencia cardiaca avanzada, porque llevamos mucho tiempo apostando por esta patología, a la que al final llegan muchos pacientes. Junto con Valladolid, somos centro de referencia regional para tratar la insuficiencia cardiaca aguda con la ECMO, y ahora estamos en la fase de desarrollar un Código shock cardiogénico para protocolizar este procedimiento de circulación asistida que ya tenemos y garantizar que haya siempre profesionales de guardia con capacidad para dar respuesta inmediata a estos casos graves y garantizar la supervivencia. Normalmente, es una circulación a corto plazo, como puente para que mejore el paciente, y luego poder retirarla, o como puente a una terapia más definitiva, como un trasplante cardiaco. Pero también realizamos asistencia de larga duración, como corazones artificiales para pacientes muy seleccionados que ya no son candidatos a trasplante, porque presentan alguna contraindicación, pero que todavía son relativamente jóvenes. En este proceso, hemos atendido a los dos pacientes más longevos de España y que más tiempo han permanecido con estos aparatos: una mujer que estuvo siete años –nadie había estado tanto tiempo– y un hombre con cinco. Hay que tener en cuenta que la mortalidad asociada a la insuficiencia cardiaca es más alta que en la mayoría de los cánceres, pero no tenemos esa percepción de que se trate de una enfermedad grave, como ocurre con la *espada de Damocles* que supone un diagnóstico de cáncer.

¿Cómo se ha ido consolidando en estos ocho años el hospital de día?

Ha sido una de las mejores iniciativas del servicio. Es un gran pulmón. De hecho, han venido a copiarlo muchísimos hospitales de toda España. Nos ha permitido evitar hospitalizaciones, aumentar el número de procedimientos, atender a pacientes que

» Entrevista

dábamos de alta precozmente para revisarlos de forma inmediata y hacer incluso analíticas o administrar tratamientos intravenosos para los que antes tenían que ingresar. Hicimos una encuesta, y el grado de satisfacción es tremendo. No concebimos trabajar sin un hospital de día.

¿Cuántos pacientes pueden haber pasado por el hospital de día?

Más de 5.000 personas al año. Gracias a este recurso, evitamos en torno a 2.000 ingresos anuales, que es una cantidad muy relevante, teniendo en cuenta que para muchos de ellos no habría capacidad de ingreso en nuestra planta, con lo que eso implica también, por ejemplo, perder la atención especializada de Enfermería. Eso sí, se nos queda pequeño, queremos disponer de un espacio en el futuro edificio de consultas.

Una tecnología también de vanguardia y con herramientas de inteligencia artificial que les posicionan entre los primeros del mundo.

¿Qué destacaría para que así sea y que sería necesario incorporar para seguir creciendo en innovación?

Ahora tenemos cuatro salas, dos de hemodinámica y dos de electrofisiología, con la última dotación tecnológica. Por ejemplo, en una de las salas de hemodinámica, el arco con el que nosotros vemos la angiografía y las imágenes –el primero que se ha instalado en España– realiza unos movimientos que permiten que todo sea más flexible y más rápido. Son salas mixtas, es decir, si un día se estropea una de hemodinámica, se podría utilizar una de electrofisiología; o si un paciente al que le estamos haciendo un procedimiento de electrofisiología necesita una técnica asociada a hemodinámica, no tenemos que cambiarlo a otra sala, porque lo podemos hacer conjuntamente.

“En tecnología, tenemos todo en el servicio, pero no es tanto tener como utilizarla mucho y bien”

La resonancia es nueva, de tres teslas, solo hay una igual en el CNIC que dirige Valentín Fuster, y el TAC es un Spectral, solo hay otro también en España, en la Clínica del Rosario. Disponemos de todo. Pero también es importante decir que no es tanto tener la mejor tecnología como usarla, y aquí la utilizamos más que en otros lugares. Incluso tenemos la capacidad de fusionar diferentes tipos de imágenes, la angiografía, los rayos X, con el TAC o con la resonancia. Fusionamos y utilizamos mucho la tecnología.

¿Por qué su equipo sí y otros no tanto?

Yo creo que es algo generacional. Los profesionales que están coordinando y trabajando en estas áreas son jóvenes y muy preparados, y los que somos un poco más mayores no tenemos esas habilidades tecnológicas. Ahí está la clave.

Incluso han demostrado en un estudio que la implantación y gestión de equipos de resonancia magnética en los servicios de Cardiología es una herramienta útil que permite mejorar los protocolos asistenciales, optimizar la accesibilidad, eliminar listas de espera y, al tiempo, mejorar la formación y desarrollar la investigación.

Sí, lo tenemos publicado, también viéndolo desde la perspectiva del coste y, efectivamente, la resonancia magnética tiene muchas



ventajas. Antes teníamos que salir a formarnos fuera, y ahora vienen aquí de La Paz, del Virgen del Rocío, de Badajoz, del País Vasco..., y de todo el mundo, para formarse con nosotros en imagen cardiaca, debido a la gran cantidad de procedimientos que realizamos: más de 13.000 resonancias del corazón desde que la instalamos en 2014 –esta cifra no la alcanza nadie– y más de 8.000 TAC del corazón desde finales de 2015. Mucha información, mucha experiencia, mucha capacidad de revisar las imágenes...

Algo fundamental también para la investigación...

Para la investigación y para el aprendizaje, y aquí es donde estamos aplicando todas estas herramientas de inteligencia artificial, que facilitan el análisis de grandes datos y nos ayudan a mejorar procesos y a identificar de forma más sencilla patologías.

La labor del servicio también es puntera en la implantación de dispositivos altamente sofisticados para problemas cardiacos.

Tenemos profesionales muy proactivos, que son referentes nacionales y mundiales en diferentes técnicas; se van a otros hospitales de España y del extranjero, incluso a EEUU, para enseñarlas. Por ejemplo, los doctores Ignacio Cruz, Javier Martín Moreiras o Javier Jiménez Candil acuden a otros hospitales, también para realizar estos procedimientos.

¿Por ejemplo?

Tenemos el cierre de orejuela, que es un *taponcito* que ponemos

» Entrevista

en la aurícula izquierda para evitar que se desprendan trombos y provoquen un ictus. Es un procedimiento complejo, porque es preciso ir desde la aurícula derecha a la izquierda y cruzar el septo y, además, las orejuelas son de diferentes formas y los taponcitos, de diferentes tipos. La imagen cardiaca aquí es fundamental, tanto para valorar el tipo de dispositivo que se quiere poner como para guiar la intervención. Otros procedimientos son la apertura de arterias ocluidas, con cardiólogos de gran experiencia, como Martín Moreiras o Alejandro Diego.

Son también punteros en investigaciones que lideran desde Salamanca o en las que participan como colaboradores. Entre las últimas, se incluyen estudios sobre las secuelas de la enfermedad por SARS-CoV-2 en el corazón.

Respecto a la covid-19 hemos sido pioneros en muchos aspectos y colaboramos en numerosos estudios. Aquí hicimos uno, que está publicado en la *Revista Española de Cardiología*, con profesionales del hospital que habían tenido la infección. Lo hicimos junto con el doctor José Bravo, y vimos que la afectación cardiaca después de haber pasado la covid era bastante frecuente. La mayoría presentaba un poquito de inflamación en el pericardio, se quejaba de síntomas compatibles con la pericarditis, y también un poco de inflamación en el miocardio (miocarditis). Es verdad que no eran patologías graves, no hubo nadie que falleciese por fallo cardiaco o cuyo corazón dejase de contraerse adecuadamente. Ahora estamos haciendo el seguimiento, y repetimos la resonancia a los seis meses, donde apreciamos signos de inflamación crónica en algunos de los pacientes. ¿Qué secuelas va a dejar a largo plazo? Pues hay que estudiarlo. El doctor David González Calle tiene una consulta especializada para pacientes que han presentado afectación cardiaca y siguen con síntomas, para ver su evolución. Detectamos muchos pacientes que se fatigan

y tienen síntomas bastantes meses después, pero a largo plazo tendremos que verlo.

También se asocian las vacunas con estas complicaciones cardiacas de miocarditis y pericarditis. Supongo que se trata de un riesgo infinitamente menor a los beneficios, por si a alguien todavía le queda alguna duda...

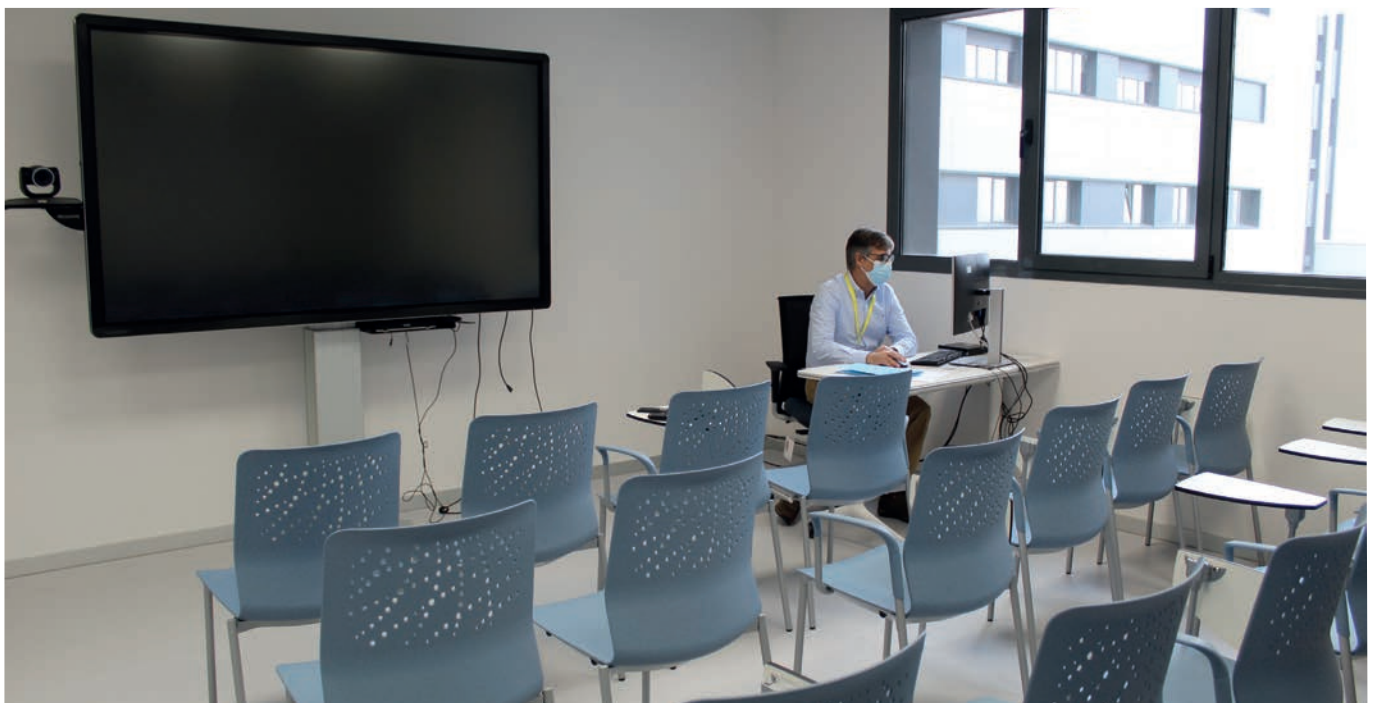
Sí, es la misma respuesta inmunitaria. Nosotros fuimos uno de los primeros grupos que avisamos de lo que estábamos detectando, pero al principio no nos creían mucho, porque toda la atención estaba puesta en la neumonía, que era de lo que la gente moría. Es lo que se está viendo con las vacunas, pero el porcentaje es mínimo, según numerosos estudios. Con la respuesta inmune, se producen anticuerpos, y también una respuesta inmune celular, se confunden con el pericardio y el miocardio y lo inflaman, pero con una prevalencia muy baja, mucho menos que las posibilidades de sufrir una covid grave si no te vacunas.

Pero todavía hay reticencias. En España, la cobertura es muy alta, pero países como Alemania están otra vez en una evolución ascendente de la pandemia y con unas tasas de vacunación bajas.

Sí, o China o Australia. Ellos optan por aislar a la gente infectada, y nosotros ya hemos normalizado que ésta va a ser una infección crónica. Yo soy muy partidario de normalizar las cosas. En el hospital, todavía tenemos que hacer PCR para procedimientos, hay muchos obstáculos, y debemos ir normalizando la situación, porque todo esto entorpece incluso la forma de tratar a los pacientes, y se generan muchas dudas.

¿Ha sido la pandemia la peor etapa de su vida profesional?

Ha sido una etapa muy dura, porque hemos vivido el miedo a infectarnos y transmitirlo a la familia, pero también muy reconfor-



» Entrevista

tante, porque el servicio ha estado por encima de las expectativas que uno pudiera tener. El grado de colaboración de mis compañeros con el hospital y con la lucha frente a la enfermedad fue tremendo. Nosotros dejamos de ver pacientes, solo quedaron siete u ocho cardiólogos, de los 27 que somos, tratando a pacientes cardiológicos; el resto, ayudando a Medicina Interna, que coordinaba la atención hospitalaria, y a las UCI. Nos hemos ido fuera a echar una mano, a Soria y a Segovia, y siempre que nos han necesitado, hemos estado allí. Nunca tuve un problema, siempre hubo voluntarios dispuestos, porque todo el mundo entendió que era lo que nos tocaba. Fue una época profesionalmente muy satisfactoria, porque cambió un poco la mentalidad de servicios parcelados, y prevaleció una atención integral entre diferentes servicios y profesionales que enriqueció a todo el mundo.

Todos a una...

Sí, este hospital reaccionó muy bien, y la atención fue muy buena. Aunque teníamos miedo, entendimos que era nuestra obligación. Fue como una guerra; igual hay alguien que no quiere ir al frente, pero aquí todo el mundo participó, lo teníamos totalmente organizado y todos sabían que había que hacerlo.

También participaron en el ensayo europeo CAREMI, que se inició en 2014, para probar una nueva terapia basada en células madre cardíacas alogénicas para tratar a personas que habían sufrido un infarto de miocardio. ¿Qué resultados ha ido dejando este ensayo?

Este estudio se publicó en una revista de prestigio y fuimos el segundo centro español que más pacientes incluyó, a los que se mejoró la función cardíaca. Después ha habido algún estudio nuevo que en el que se vio que la mejora de la función cardíaca no es tan grande como lo que se esperaba, y ahora se están haciendo otras aproximaciones, no solamente para implantar células, sino también tejidos. Recientemente, hemos conocido un trasplante cardíaco con un órgano porcino, que ya incluía parte de todo este aprendizaje con células madre, incluso con alternaciones genéticas de las proteínas del cerdo para evitar el rechazo. Con todo, ahora los estudios están más orientados a pensar que las células no son suficientes, sino que deben ir acompañadas también de tejido de la estructura para mejorar la función cardíaca.

¿Estos pacientes son candidatos a trasplante de corazón?

No siempre. Normalmente, utilizamos terapia celular para evitar la insuficiencia cardíaca futura cuando se ha producido un infarto grande, como era el caso de este estudio. Si no intentas recuperar el músculo, esos pacientes pueden llegar a hacer insuficiencia cardíaca, y alguno de ellos llegar a necesitar trasplante, aunque a este punto llegan muy pocos, unos 300 anuales en España. Hemos estado a la vanguardia en terapia celular, y ahora vamos

a empezar un nuevo estudio con varios hospitales, entre ellos, el Gregorio Marañón. Es un ensayo con un tipo de célula, pero no para mejorar la contracción, sino para evitar arritmias cardíacas. En esto seguimos a la vanguardia, pero para evitar la insuficiencia cardíaca ahora se aboga más por incorporar tejidos.

Y para las personas que han sufrido un infarto grande y no son tratados ni con células ni con tejidos, ¿cuál es el tratamiento?

En este aspecto, se ha volucionado espectacularmente en los últimos años. El mejor tratamiento para la insuficiencia cardíaca hoy en día son los fármacos. El arsenal terapéutico de hace unos años incluía dos clases de fármacos, incluso podríamos decir que tres, pero en el último año se han incorporado dos grupos nuevos

que han cambiado el pronóstico de los pacientes, y la mortalidad ha bajado en los ensayos clínicos. También ha mejorado el pronóstico con nuevos dispositivos que evitan la muerte súbita en estos pacientes, porque cuando un corazón se contrae menos, tiene más opciones de hacer arritmia, y ahí están los desfibriladores (DAI) y otros dispositivos que mejoran la contractividad, como los resincronizadores.

Ya en octubre de 2013, cuando aceptó la jefatura del servicio, hablaba de un tremendo potencial y de una importante proyección del equipo de Cardiología. Con todo lo que ha contado, el

tiempo ha venido avalando y dándole la razón. ¿Qué balance hace de estos más de ocho años?

Estoy muy contento, porque uno no hace las cosas solo, esto lo hace un equipo de gente joven, entusiasta y también con experiencia, que lleva años trabajando. Me queda muy poco por lograr respecto a las ideas que tenía cuando llegué, en el sentido de cómo me gustaría a mí que me atendiesen como paciente en este servicio. Si me hubiese quedado en el Gregorio Marañón, no habría podido hacer todo lo que hemos puesto en marcha aquí.

¿Hay algo de lo que se sienta especialmente orgulloso o alguna circunstancia que le haya tocado especialmente el corazón?

Por ejemplo, muchos pacientes que hemos derivado corriendo con asistencias de corta duración que antes no realizábamos, que han sido rescatados y que han ido bien. Hemos mejorado mucho la atención por las posibilidades que hemos incorporado para la gestión de los críticos cardiovasculares. Y este hospital nos ha dado la oportunidad de contar con la unidad cardiovascular de críticos más espectacular de España, con 15 camas, boxes individuales y toda la tecnología de las asistencias circulatorias. Hay muchas cosas que me han tocado el corazón, pero, sobre todo, estos pacientes que antes morían porque no teníamos posibilidades y ahora tiran para adelante.



» Entrevista

Vidas que no se podían salvar y ahora sí...

Sí, vidas que no se podían salvar porque no teníamos capacidad; aquí luchamos tanto por los pacientes que al final buscamos la mejor solución. Aunque muchas veces no esté en este centro, tenemos la capacidad de enviarlos a otros lugares que sí la tienen, bien porque allí está el profesional que realiza la técnica o porque son mejores que nosotros, y nunca hemos tenido muchos problemas en ese sentido.

¿Estamos en las mejores manos en lo que a Cardiología se refiere?

Sí, tenemos buena relación y conocemos qué se hace en el resto del país. Haber trabajado en varios sitios, tener compañeros que van a otros centros y compartir publicaciones y estudios conjuntos hace que conozcas el mercado. Si cojeamos un poquito en algo, intentamos derivar al paciente o que venga aquí el mejor profesional para realizar el procedimiento.

“De pequeño veía a los cardiólogos Luis Castaño y Antonio Gil y su vida me parecía muy interesante”

Estuvo en Salamanca como MIR y ahora como jefe del servicio; también en Boston, en Valladolid, en el Gregorio Marañón... ¿Dónde empezó todo? ¿Por qué se hizo médico?

La verdad es que no lo sé muy bien, yo no era una persona con vocación de médico. Creo que fue por la cercanía que tenía mi familia con el cardiólogo Luis Castaño. Yo veía que era una persona muy alegre, a la que comentaban muchas dudas, que ayudaba a mucha gente... También por Antonio Gil, que era su compañero en Cardiología Pediátrica. Yo tendría como 10 o 12 años, y no es que escuchase hablar de Medicina y me interesara el tema, pero me parecía que su vida era interesante, que viajaban, que estudiaban... Un poco como es la vida del médico, que al final es muy dinámica y muy cambiante, porque la Medicina siempre está avanzando. Pero no había vocación. De hecho, mi hermano estaba haciendo Derecho y Económicas en Madrid, y yo me presenté, pero no me aceptaron. Luego he descubierto la vocación y conforme hacía la carrera de Medicina, cada vez me gustaba más.

Se le ve feliz, con entusiasmo por lo que hace, ¿no se ha arrepentido?

Ya no me veo de *no médico*, pero no he sido vocacional. Lo digo para quien tampoco lo sea, porque, al final, creo que profundizar en una carrera e integrarte en el día a día de la actividad profesional hace que te enamores de la especialidad. La carrera es más bien de conceptos, y la mía era dura; había cosas que no me gustaban y no entendía para qué podían valer en Medicina, pero también te das cuenta luego de que las bases las tienes que aprender. En nuestra generación, la elección de carrera no era tan dura y con tanto estrés como ahora, tampoco había tanta información. Pero el mensaje que debe prevalecer es que tienes que hacer lo que te gusta, y si te gusta la Medicina y al principio no entras, siempre hay vías alternativas para lograrlo. Medicina es una carrera que recomiendo, es bonita, hay trabajo y siempre lo va a haber. Por poner un ejemplo, yo no encuentro cardiólogos, y pasa con muchas especialidades... Aunque no basta con pensar que tiene buenas salidas, al final es vocacional, y veo que es algo que se está

perdiendo. Ahora en Medicina tenemos a los ingenieros de antes, pero deben tener vocación, no solo notas muy altas.

La parte humanística, de contacto personal, de empatía... no la da un expediente de diez, eso sale muy de dentro...

Yo creo que se está perdiendo un poco, pero bueno, también se puede aprender después.

¿Cuál es el futuro de la Cardiología, los principales retos de la especialidad?

Hay que ir hacia la ambulatorización de la mayoría de los procedimientos y a recuperar también la Cardiología clínica, porque igual los cardiólogos nos hemos dedicado mucho a las técnicas diagnósticas. Y aquí hay dos retos claros: la atención aguda del paciente crítico y la patología crónica, con la insuficiencia cardiaca, que va a ser un desafío de unas dimensiones tremendas. ¿Cómo podemos controlar esa megaepidemia que nos llega de insuficiencia cardiaca? Pues hasta ahora hemos trabajado mucho en los hospitales, y yo creo que tenemos que empezar a salir y a ver a los pacientes en Atención Primaria, en interconsultas como las que tenemos en Béjar o Ciudad Rodrigo o en los propios domicilios, en el caso de las insuficiencias cardiacas terminales, como hacen los equipos de Cuidados Paliativos o como se ha hecho con el cáncer. Debemos intentar alejar un poco al paciente del hospital, que quede solo para cuando no haya más remedio, para los agudos y para las técnicas o los procedimientos de imagen avanzados.

¿Cómo lo hacemos? ¿Sacamos el hospital fuera o fortalecemos la relación con Atención Primaria?

Las dos cosas. El cardiólogo no tiene que trabajar solo dentro del hospital, hay que empezar a pensar que, igual que tenemos las



» Entrevista

consultas fuera, podemos ir a otros sitios, Y con Primaria llevamos dos años muy difíciles, pero hay que seguir avanzando.

Cardiología es una de las primeras especialidades que eligen los MIR. Pensaba que estaba el futuro asegurado, pero ya me ha comentado que no...

No, no. De hecho, aquí curiosamente nos encontramos con que Sacyl nos quitó un residente en formación el año pasado, y nos dejó solo con dos. Este año lo hemos recuperado. Se forman diez cardiólogos en la comunidad, y es una cantidad insuficiente. Por ejemplo, en El Bierzo hay -5 cardiólogos, y en Soria tampoco se cubren sus plazas. La gente joven bien formada y con ilusión no quiere ir a trabajar a centros donde el estímulo es asistencial, fundamentalmente, y se pierden la investigación. Para solucionarlo, hemos propuesto trabajar en red y que haya contratos compartidos entre centros de Castilla y León. Que se puedan formar aquí y luego vayan a Soria, o que puedan desplazarse a otro centro cuando sea necesario. Aunque sea un esfuerzo añadido, yo creo que la idea será muy positiva, como de hecho lo hemos vivido con la pandemia. Si nos dejasen a los cardiólogos organizar la asistencia, nos apoyasen y se hicieran contratos de larga duración, con ese compromiso de trasladarse en momentos puntuales y organizados, probablemente solucionaríamos el problema de la falta de profesionales. Porque el hecho de que en Ponferrada haya pacientes no atendidos por un cardiólogo por un problema cardíaco grave también es responsabilidad de los de Salamanca. Debemos intentar que todos los pacientes tengan el mismo acceso a la asistencia, y los profesionales también somos responsables, no solo la administración.

Pues tenemos una mentalidad por estos lares... De "me lo quitas a mí para dárselo a Valladolid"...

Sí, tenemos esa mentalidad, pero hay que intentar trabajar en red y echar una mano. La solidaridad de la pandemia fue eso, la solidaridad de una guerra está siendo eso, y debemos verlo así, y trabajar entre todos para definir cómo lo hacemos, qué ventajas le damos a quien se va a otro centro, cómo le facilitamos los viajes. Yo creo que es posible con el compromiso y con la garantía de buenos contratos para atraer también a gente que se forma en otras comunidades, porque normalmente les ofrecen mejores contratos que aquí.

Para terminar, debemos recordar que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte y, además, conocemos los factores de riesgo, ¿qué podemos hacer?

Educación y formación. En este aspecto, la Atención Primaria tiene un papel determinante, y debemos fijarnos también en iniciativas que se están implementando en el ámbito educativo. Por ejemplo, el Dr. Valentín Fuster está realizando muchos programas de educación dirigidos a familias y a niños, enfocados a fomentar la dieta sana, controlar la obesidad, mejorar los hábitos saludables, luchar contra las bebidas hidrocarbonadas y la comida basura o incrementar el ejercicio. También hay que empezar a tener *screening* poblacionales más extendidos, aunque lo prioritario es educar. Una persona de 45 años que fuma y nunca ha tenido un problema es muy difícil que deje de fumar si no quiere; en estos casos, los programas de Primaria son claves. La dieta mediterránea nos ayuda en España, no somos de los peores países, pero la población cada vez vive más, y los problemas cardíacos se van incrementando con la edad.



El decálogo

Un libro. *La princesa prometida*, de William Goldman.

Un disco. *Mothership. The very best of Led Zeppelin*.

Una película. *Los puentes de Madison*, de Clint Eastwood.

Un plato. La paella.

Un defecto. Soy cabezón.

Una virtud. La tenacidad.

Una cualidad que valora en los demás. Que me digan lo que piensan.

Un sueño. Trasplantar de corazón en Salamanca.

Una religión. La católica.

Un chiste. Jaimito está en el colegio, y dice el profesor: "Para mañana nos tenéis que decir todas unas palabras que empiecen por *hiper*, y el significado". Al día siguiente, el profesor dice: "Dinos tu palabra, María". Y responde: "Hipermercado, que es un mercado grande".

-¿Y tú, Jaimito? -pregunta el profesor.

-Droguería -responde.

-Pero esa no tiene *hiper*.

-Sí, droguería YPERfumería.

Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'



La pandemia ha provocado confinamientos extremos, pero vivir aislados no es la solución, sino avanzar en la prevención y en la higiene.

Cómo avanzar hacia 'Una sola salud' entre humanos, animales y medio ambiente

En un mundo cada vez más interconectado, es crucial incrementar la colaboración entre múltiples disciplinas (médicos, veterinarios, farmacéuticos...) y hacerlo a nivel global para afrontar retos tan relevantes como las zoonosis, la seguridad alimentaria o la resistencia a los antibióticos en medio de una profunda crisis climática

Ha tenido que llegar una pandemia brutal para que el concepto *One Health*, en el que llevan años trabajando las administraciones y los profesionales sanitarios de todo el mundo, se haya puesto definitivamente de moda. Y es que, cuando hablamos de salud, fijarnos solo en los humanos es una visión relativa y cortoplacista, porque la realidad es que la sanidad humana, la sanidad animal y el medio ambiente están totalmente interrelacionados. Bastaría con decir que la covid-19, que es una enfermedad zoonótica que ha pasado de animales a humanos, ha dejado ya 460 millones de infectados y seis millones de muertos en el mundo; más de 11 millones en España, con 100.000 fallecidos con la infección confirmada, según datos oficiales; y 90.000 contagios en Salamanca, donde se han registrado 2.000 víctimas mortales, la mitad en los hospitales. Pero es solo un ejemplo.

Animales y humanos compartimos cerca de 300 patologías. Es más, según la Organización Mundial de Sanidad Animal

(OIE), un 60% de las enfermedades infecciosas humanas conocidas son de origen animal (animales domésticos o salvajes), al igual que un 75% de los agentes patógenos que las causan. De acuerdo con la OMS, se han descrito más de 250 enfermedades zoonóticas, y cada año aparecen en el mundo cinco nuevas patologías humanas, tres de ellas de procedencia animal. Se calcula que las zoonosis endémicas son responsables de más de mil millones de casos de enfermedad en personas de todo el planeta y de millones de muertes cada año. Una muestra paradigmática de esta realidad ha sido el SARS-CoV-2.

“La covid-19 nos ha dejado claro que la salud no entiende de fronteras, máxime en un mundo tan globalizado como el actual. Hemos visto que un paciente podía contagiarse hoy en China y estar mañana transmitiendo la infección en Alemania. Del mismo modo, estamos viendo que, por eficaces que seamos en los países occidentales desarrollando vacunas e implementado planes de vacunación, mientras no consigamos niveles aceptables

Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'

a nivel mundial, esos países con bajas tasas de inmunización seguirán suponiendo un riesgo potencial de selección de mutantes que, inevitablemente, nos acabarán afectando”, asegura al respecto el jefe de Microbiología del Hospital de Salamanca, el Dr. Juan Luis Muñoz Bellido. Advierte que “esto que se ha demostrado en relación con el SARS-CoV-2, que no deja de ser una situación sobrevenida y difícilmente previsible, es así también para otras enfermedades que llevan siglos con nosotros”. Entre ellas, muchas que clásicamente tenían unas limitaciones geográficas muy marcadas, debido a que se transmiten a través de artrópodos vectores (mosquitos, garrapatas, etc.) cuyo desarrollo y supervivencia tienen una serie de condicionantes climáticos (temperatura, humedad ambiental, etc.), límites que se están difuminando mucho debido al cambio climático.

Así, en este momento hay colonias estables de *Aedes albopictus* (mosquito tigre), un potencial transmisor de dengue, la fiebre amarilla o la fiebre chikungunya, en buena parte de la cuenca mediterránea. Asimismo, aunque sea de manera excepcional, se han descrito casos autóctonos de paludismo en Italia, Grecia y España, algo que, en el caso de nuestro país, no se veía desde los años 50 del siglo pasado.

“Se han descrito casos autóctonos de paludismo en España, algo que no se veía desde los años 50 del siglo XX”

“Un factor crucial en este aspecto son también los movimientos de personas y mercancías a nivel mundial, que han alcanzado una intensidad y amplitud difíciles de prever hace apenas 50 años. Estos movimientos pueden hacer que situaciones virtualmente imposibles en condiciones naturales, como que un artrópodo vector de una determinada virosis endémica de una zona de África sea trasplantado a Norteamérica, puedan llegar a darse. De hecho, esto ha ocurrido. El virus de la fiebre del oeste del Nilo, endémico de la zona que le da nombre, actualmente se detecta en la práctica totalidad de los estados de Estados Unidos”, añade el microbiólogo.

Aumentar las colaboraciones entre disciplinas

Ejemplos concretos que bastarían para entender por qué son cada día más las voces que piden avanzar de forma eficaz y definitiva en este concepto de *Una sola salud* y aumentar los esfuerzos de colaboración entre múltiples disciplinas (personal médico, veterinario, farmacéutico, investigador, etc.) que trabajan local, nacional y globalmente para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente.

Muy urgente si se tienen en cuenta los cambios que se han ido produciendo en estas interacciones. La población crece y se expande a nuevas áreas geográficas, donde se vive en estrecho contacto con animales salvajes y domésticos en un mundo cada vez más interconectado e interdependiente, lo que hace que las posibilidades de que enfermedades de animales pasen a las personas sean mayores y que el brote de una patología infecciosa en un país realmente pueda convertirse en una preocupante situación de emergencia sanitaria para el mundo. Además,



- 1 Juan Luis Muñoz Bellido, jefe de Microbiología del HUSA.
- 2 Manuela García Romero, vicepresidenta segunda del CGCOM.
- 3 Antonio Rubio Blasco, presidente del Colegio de Veterinarios.
- 4 María Engracia Pérez Palomero, pta. Colegio de Farmacéuticos.

nuestro planeta está experimentando cambios climáticos graves por el uso que se le da a la tierra, con prácticas de deforestación e incremento de la ganadería intensiva. La pérdida del hábitat de millones de especies hace que busquen nuevos nichos cada vez más cerca de las personas, aumentando así el riesgo de zoonosis.

Con todo, las áreas en las que el enfoque *One health* está siendo especialmente necesario son la inocuidad de los alimentos, el control de zoonosis y la lucha contra la resistencia a los antibióticos.

Médicos, veterinarios, farmacéuticos y microbiólogos comentan en este reportaje los necesarios avances que se deben ir implementando y que en España empiezan a materializarse. Por un lado, con la creación de la Plataforma *One Health*, en cuyo ideario, al que se han adscrito ya más de 100 colegios profesionales y sociedades médicas, se indica que “el mayor desafío en el siglo XXI es preservar la salud de la población en un mundo en constante movimiento, en el que personas, animales y medio

Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'

ambiente forman parte de una compleja red de interacciones y lo que sucede a unos afecta a todos". Y por otro, con la transformación y modernización de la red de vigilancia nacional de salud pública, para la que se está ultimando un nuevo real decreto que incluye la creación de una mejor y más moderna Red Estatal de Vigilancia.

En el ámbito de la Microbiología, y ante estas enfermedades emergentes, "es esencial estar preparados para sospecharlas y diagnosticarlas. Hay que disponer de servicios que cuenten con los recursos necesarios para hacer un diagnóstico certero y rápido. Ha llegado el momento de descentralizarlos y que, como mínimo, todas las comunidades autónomas dispongan de recursos propios para hacerlo", asegura el Dr. Muñoz Bellido.

"Tenemos que ser muy conscientes de que la salud humana y la salud animal son interdependientes y están vinculadas a los ecosistemas en los que coexisten. Esto nos lleva a un cambio de visión hacia una mirada holística de la enfermedad bajo el concepto *One Health*: en un mundo globalizado, con un crecimiento elevado de población humana, con deforestación y pérdida de la biodiversidad, aumentan las posibilidades de que enfermedades del mundo animal pasen a las personas y tenemos un claro ejemplo: la covid -19", corrobora la Dra. Manuela García Romero, vicepresidenta segunda del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y miembro del Grupo de Trabajo de Salud y Cambio Climático de la corporación.

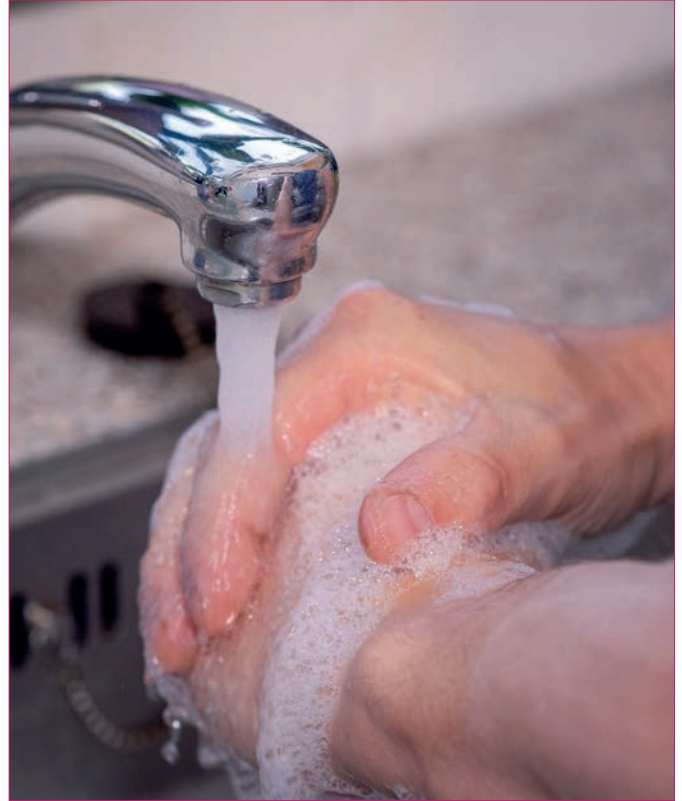
1,7 millones de virus no descubiertos

Como explica, se estima que 1,7 millones de virus "no descubiertos" viven en mamíferos y aves, de los cuales hasta 827.000 podrían tener la capacidad de infectar a las personas.

Es verdad que tenemos una capacidad cada vez mayor de prevenir pandemias, pero ahora mismo el enfoque se ha dirigido a contener y controlar las enfermedades después de que surgen, a través de vacunas y tratamientos. Sin embargo, los esfuerzos deben encaminarse a la prevención: "Depender de las respuestas a las enfermedades después de su aparición es un camino lento e incierto y supone un gasto importante", añade.

Para afrontar todos estos retos, hay tres líneas de trabajo que está desarrollando el CGCOM. Por un lado, la Alianza contra el Cambio Climático, que, "además de sensibilizar a la administración y a la población sobre el enorme impacto en la salud que éste conlleva, quiere poner de manifiesto que el sector salud contribuye considerablemente a incrementar la huella de carbono, una línea de trabajo con la que resulta imprescindible comprometerse".

En segundo lugar, abrazar la mirada *One Health*, formando parte del comité organizador de la *Plataforma One Health, una sola salud*, para la realización de acciones dirigidas a mejorar la salud de nuestros ciudadanos. Y, por último, formar a profesionales y ciudadanos a través de la FFOMC. En esta línea, partiendo del objetivo de difundir conocimiento, sensibilizar y concienciar, tanto a los profesionales como a la sociedad, "hemos puesto en marcha un ciclo de seminarios en los que analizaremos los efectos que sobre la salud ejerce el cambio climático, y abordaremos cómo influyen el calentamiento global, la contaminación en las ciudades, factores relacionados con el agua y las mareas, aspectos sanitarios de la economía circular e incluso la relación entre inteligencia artificial y salud medioambiental".



La higiene de manos se ha demostrado como una de las medidas más eficaces para evitar las infecciones.

Sobre los cambios organizativos que se requieren en el sistema sanitario para implantar el concepto *One Health*, la Dra. Manuela García Romero pide potenciar la investigación, identificando las necesidades prioritarias, creando convocatorias específicas de proyectos interdisciplinarios y estableciendo una red de expertos de las diferentes disciplinas, incluidas las ciencias sociales y las humanidades.

Además, considera crucial la identificación de los riesgos más previsibles y, para ello, pide reforzar las medidas de prevención y valorar los diferentes escenarios que podrían producirse, con planes de contingencia para dar una respuesta rápida y eficaz; así como avanzar en la educación, incluyendo el concepto *One Health* en los Programas de Promoción de la Salud de escuelas, institutos o en los planes de estudio de grado y postgrado, sin olvidar la divulgación hacia la sociedad.

Nueva ley de salud pública

A la Administración sanitaria y, en concreto, respecto a la nueva ley de salud pública, desde el CGCOM se han realizado diferentes alegaciones. La Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública debe seguir el enfoque *One Health*, siguiendo las recomendaciones que se recogen en la [Guía tripartita para hacer frente a las enfermedades zoonóticas en los países](#), elaborada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Mundial de Sanidad Animal y la Organización de las Naciones Unidas para

Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'

la Alimentación y la Agricultura (2019). Siguiendo lo establecido en este documento, el Consejo propone que la red esté liderada por un Comité de Coordinación Multisectorial Estatal integrado por representantes de la salud humana, la sanidad animal y el medio ambiente, así como representantes de otros ámbitos para cubrir los factores sociales y culturales que condicionan la salud de la población. El Consejo pide suficientes recursos, incluidas las tecnologías necesarias, para interconectar los datos de salud humana, salud animal, salud ambiental y seguridad alimentaria, realizar un análisis avanzado de toda esta información y poder desarrollar los mecanismos para la prevención, detección precoz y contención en origen de las enfermedades.

En la misma línea, **Antonio Rubio**, presidente del Colegio de Veterinarios de Salamanca, cree que lo principal es

“concienciar a los poderes públicos sobre la importancia de esta interconexión entre la salud humana, la sanidad animal y los ecosistemas, y que las autoridades tengan en consideración, no sólo la atención asistencial, sino la labor preventiva y predictiva que otras profesiones aportan, como es el caso de la Veterinaria, algo que, lamentablemente, no ha ocurrido en esta terrible pandemia”.

Rubio apuesta también por poner en valor los equipos multidisciplinares, compuestos por profesionales de diversos campos. “No parece razonable que, con los conocimientos que existen actualmente, la tarea asistencial, que es fundamental, no se vea implementada con la labor preventiva que ejercen el colectivo veterinario y el farmacéutico y, a su vez, con el control en las poblaciones selváticas y estudios medioambientales de

deforestación que provocan el desplazamientos de especies salvajes a entornos más urbanos”, añade, consciente de que, “al no afrontar los problemas desde esta múltiple visión, perdemos capacidad sinérgica, obviando de forma peligrosa conocimientos sobre predicción de nuevas epidemias, enfermedades emergentes, farmacología, parasitología, etc”.

Como ejemplo, asegura que un hito sanitario de trascendental importancia, como fue la consecución de la vacuna contra la covid en un tiempo récord, “no se habría producido sin el conocimiento previo que los laboratorios de sanidad animal

venían realizando desde hace décadas”. Por último, pide “dotar presupuestariamente todo lo que concierne a la Sanidad, incrementando la labor preventiva y, por supuesto, integrar a la profesión veterinaria en todos los ámbitos de

“La Red de Vigilancia en Salud Pública debe estar gobernada por un comité multisectorial estatal”

la salud pública”. Para el presidente de los veterinarios salmantinos, esta profesión es el primer eslabón de todo este proceso, los centinelas encargados del control de ese 60% de agentes zoonóticos que provocan infecciones humanas. “Lo hacemos en los centros veterinarios mediante la detección de enfermedades transmisibles como la rabia, leishmaniosis, toxoplasmosis y parasitosis de todo tipo, en el ejercicio de la clínica libre con los animales de producción, mediante las campañas de saneamiento ganadero, con controles oficiales frente a la salmonelosis, garantizando la seguridad alimentaria en todo su procesado y en el manejo de zoonosis emergentes, como es el caso del virus del ébola, el Crimea Congo e incluso el SARS-CoV-2”.

Con todo lo expuesto, considera imprescindible que el colectivo veterinario sea protagonista en la nueva red de salud



Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'

pública, primero, porque ya está reconocida como profesión sanitaria en la Ley 44/2003 de Ordenación, y también porque su labor preventcionista es fundamental para evitar el colapso de la atención primaria y hospitalaria.

“Habría que empezar por catalogar los centros veterinarios como sanitarios, equiparándolos al resto de profesiones sanitarias. Es incomprensible que a estas alturas del siglo XXI pretendan desmarcar nuestra profesión del concepto general de salud pública y nos quieran encasillar en otros departamentos ministeriales. Debemos recordar que nuestro emblema, *Hygia pecoris, salus populi* (la higiene de los animales, la salud del pueblo) ya marca en la sociedad nuestra importante labor”.

Las oportunidades de la red de farmacias

“La actual pandemia nos ha abierto los ojos, haciendo necesario establecer estrategias que nos permitan tener una visión global de la salud, incluyendo los tres componentes que la conforman: salud humana, salud animal y salud de los ecosistemas. Es evidente que existe la necesidad de que profesionales de diferentes disciplinas trabajemos colaborativamente para abordar la salud desde un punto de vista integral, considerando no sólo esta interrelación, sino también todos los factores que la condicionan: sanitarios, económicos, sociales y culturales. Sólo así seremos capaces de hallar las soluciones más eficientes a los complejos retos de salud que se nos plantean”. Son palabras de María Engracia Pérez Palomero, presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Salamanca, quien también quiere poner en valor la sólida formación y experiencia de su profesión, así como las competencias, definidas en la legislación, en el ámbito de la salud pública.

“No basta con publicar normas de salud pública, hay que difundirlas para que se conozcan y se cumplan”

Además, se puede conformar una Red Nacional de Farmacias Centinela en la nueva Red de Vigilancia de la Salud Pública. De esta manera, explica, “podemos dotar a la Administración sanitaria de una fuente de inteligencia coordinada, eficaz y que dispone de un amplio alcance territorial y una gran capilaridad en la población, lo que permitirá hacer frente a posibles situaciones de riesgo y facilitará una actuación ágil y precoz”.

Añade que esta red puede actuar como coordinadora de los diferentes sistemas de vigilancia existentes, vinculando su actividad al principio de información para la acción a través de este enfoque de *Una única salud*.

“Los profesionales sanitarios hemos demostrado estar a la altura de las circunstancias, pero necesitamos herramientas”, asegura, y por eso ve indispensable en el nuevo decreto de salud pública la identificación de las necesidades prioritarias en materia de investigación; el refuerzo de las medidas de prevención, valorando los diferentes escenarios y elaborando planes de contingencia; la inclusión del concepto *One Health* en los programas de promoción para la salud y la difusión y divulgación hacia la sociedad, ya que no basta con publicar normas, sino que hay que conocerlas y cumplirlas.



'Declaración de Zaragoza' para fortalecer la salud pública

Este mes de marzo se ha aprobado por unanimidad 'La Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública' entre el Gobierno y las CCAA. La ministra de Sanidad explicó que el compromiso de esta declaración incluye medidas concretas que llevarán “al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y al desarrollo coordinado en todo el Sistema Nacional de Salud con estructuras públicas dotadas de los recursos humanos, tecnológicos y presupuestarios necesarios”, y anunció que, para ello, se va a constituir “un grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud que elaborará una propuesta antes de la finalización del 2022 con el objetivo de mejorar la política de personal en este área”. Carolina Darias reconoció que se trata de un objetivo muy ambicioso, “porque la nueva Estrategia de Vigilancia incluirá enfermedades transmisibles y no transmisibles y otros aspectos como la salud animal, la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental. Todo bajo la mirada One Health”. Habrá un impulso a la modernización con la integración de todos los sistemas de vigilancia en salud pública y una mayor digitalización de la Atención Primaria, para lo que se destinarán fondos europeos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR).

Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'

✓ EL RETO DE LOS ANTIBIÓTICOS

La otra gran amenaza: bacterias resistentes

El uso prudente de los antimicrobianos, la investigación para encontrar nuevos fármacos contra las infecciones y la concienciación de los profesionales sanitarios y los ciudadanos son claves contra esta otra 'pandemia silenciosa'

En el concepto *One Health*, una de las claves es la lucha contra las bacterias resistentes, un enorme problema de salud pública en todo el mundo que causa, según diversos estudios, más de 1,2 millones de muertes anuales, con unas estimaciones nada optimistas que hablan de más de 10 millones de fallecimientos en el año 2050 si no se toman medidas.

“La resistencia a los antimicrobianos podemos considerarla también, en buena parte, como una situación epidémica. Es un problema de salud global y multidisciplinar que hay que abordar desde muchos puntos de vista. Por supuesto que es crucial incentivar el desarrollo de nuevos antimicrobianos, y ello implica tanto estimular la investigación como poner en marcha cambios normativos que hagan este desarrollo más atractivo para la industria farmacéutica. Pero no es menos importante conservar los que tenemos”, asegura, al respecto, el jefe de Microbiología del Hospital de Salamanca, el Dr. Juan Luis Muñoz Bellido.

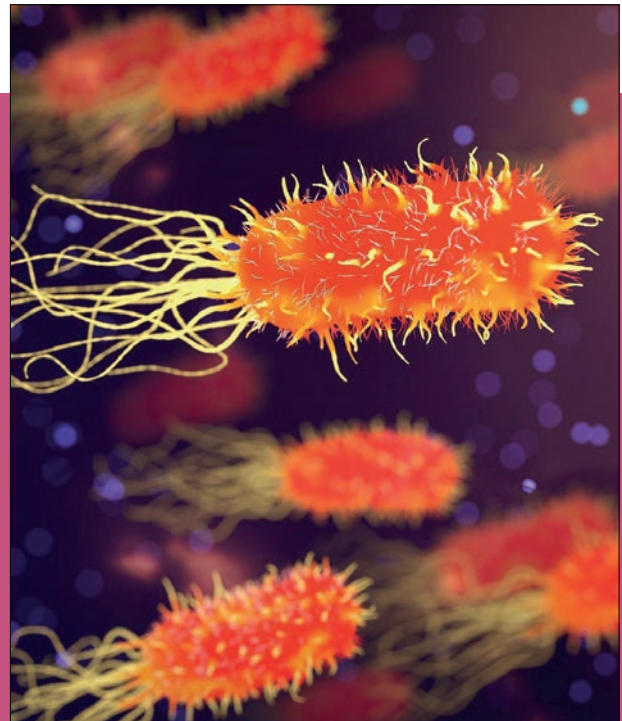
En este aspecto, a nivel nacional se está haciendo un esfuerzo con la puesta en marcha de los Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) en los diferentes hospitales, dentro del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antimicrobianos (PRAN). También es muy importante, añade el experto, impulsar la implantación, a nivel mundial, de medidas ya vigentes en Europa desde hace años, como es la prohibición de los antimicrobianos en alimentación animal como promotores del crecimiento. Su uso en estas áreas puede suponer una presión selectiva de una gran dimensión, que conduzca a la selección de resistencias que, inevitablemente, van a acabar repercutiendo a nivel mundial.

Antibióticos similares en humanos y animales

En la mayoría de los casos, los antimicrobianos usados en veterinaria y en salud humana pertenecen a las mismas familias y comparten similares mecanismos de acción, lo que incrementa los riesgos de transmisión de bacterias resistentes entre el ser humano y los animales a través de la cadena alimenticia o por otras vías de contacto (heces, contacto directo, etc.). Es muy preocupante que algunos de los antibióticos que se utilizan ampliamente en animales son aquellos que se preservan para los casos más difíciles en la clínica humana, como la colistina, para los cuales se han detectado mecanismos de resistencia.

Por eso es tan crucial, como indica el Dr. Muñoz Bellido, controlar ese uso masivo de antibióticos solo con el objetivo de optimizar la ganancia de peso de los animales o como agentes preventivos de la enfermedad.

En el hospital, como comenta el jefe de Microbiología, además de la progresiva implantación del PROA en todos los



Las bacterias resistentes causan más de 1,2 millones de muertes al año en todo el mundo.

servicios y en la asistencia extrahospitalaria, “es importante poner en marcha la tecnología que nos permita detectar e identificar rápidamente a los microorganismos multirresistentes y caracterizar los mecanismos de resistencia”. En este momento, se está a la espera de que, desde la Consejería de Sanidad, se autorice un Laboratorio de Resistencia a Antimicrobianos de nivel 2 que, si finalmente se consigue, “nos permitiría disponer de la tecnología necesaria para caracterizar los microorganismos multirresistentes en las condiciones que requiere un hospital de nuestro nivel”.

Más allá del ámbito hospitalario, el PRAN –formado por todas las comunidades autónomas, diez ministerios (Sanidad, Consumo, Agricultura, Economía, Educación, Ciencia, Universidades, Interior, Defensa y Transición Ecológica), más de 70

Reportaje - Hacia el enfoque 'One Health'

✓ EL RETO DE LOS ANTIBIÓTICOS



PUBLICACIÓN. Los farmacéuticos y divulgadores Luis Marcos Nogales y Raquel Carnero Gómez son los autores del libro 'Antibióticos vs bacterias. De la resistencia al contraataque' (Ed. Larousse).

sociedades científicas, organizaciones colegiales, asociaciones profesionales y universidades y alrededor de 300 colaboradores expertos- aborda la problemática de la resistencia a los antibióticos desde seis líneas de acción: vigilancia del consumo y de la resistencia a los antibióticos; control de la resistencia a los antibióticos; prevención de la resistencia a los antibióticos; investigación para mejorar el conocimiento sobre la resistencia; formación dirigida a los profesionales sanitarios y comunicación con campañas para población general y específica. Así lo explican los farmacéuticos y divulgadores Raquel Carnero Gómez y Luis Marcos Nogales, autores del libro *Antibióticos vs bacterias. De la resistencia al contraataque* (Ed. Larousse), en el que abordan esta problemática de forma didáctica y contribuyen, precisamente, a la necesaria concienciación sobre este grave problema de salud pública.

“Todos podemos colaborar en la reducción de la necesidad de antibióticos mediante la prevención de la enfermedad. Para esto resultan claves las mejoras en las medidas de higiene, el desarrollo de programas de vacunación, pruebas de sensibilidad y métodos de diagnóstico rápido, así como implementar guías terapéuticas y protocolos para reducir el riesgo de infección y transmisión de organismos resistentes en diferentes ámbitos”, aseguran. Al tiempo, advierten de que “mientras conseguimos nuevos antibióticos, debemos cuidar el arsenal con el que contamos actualmente, utilizándolo solo cuando es necesario, hacer un uso prudente”.

Respecto a la necesaria investigación en este campo, consideran que debe haber un esfuerzo conjunto entre las administraciones y la industria para que la llegada de nuevos antibióticos sea efectiva y rentable.

Raspaldar la investigación

“Se debe apoyar la investigación en el campo de las enfermedades infecciosas, que se ha visto que suponen una gran amenaza, sobre todo las zoonosis. Incentivar la I+D y apoyarla económicamente. Después, deben encontrarse mecanismos de retribución para que las compañías lleguen a comercializar los nuevos fármacos, probablemente desligando el pago de la venta por volumen. Tanto las políticas nacionales como supranacionales deben estar de acuerdo en priorizar esta lucha e impulsar proyectos de investigación dirigidos a comprender mejor la resistencia bacteriana, a la vez que se debe trabajar para que la población comprenda las consecuencias de este problema para la salud pública”, aseguran.

En este camino, “el farmacéutico es un gran impulsor de las políticas de uso prudente de los antibióticos, tanto en atención primaria y hospitalaria como en farmacia comunitaria”, afirman Carnero y Nogales, quienes, con sus proyectos de divulgación, han comprobado que existe mucha necesidad de comunicación en salud. “En este momento de bulos y fake news en salud, esto es una tarea en la que todos los agentes sanitarios deben trabajar de manera conjunta”, concluyen.

» Noticias Colegiales



Las agresiones a médicos se disparan un 39%

Durante el segundo año de pandemia se contabilizaron 612 casos en los colegios de médicos, 171 más que en 2020. Atención Primaria acumula más de la mitad de las agresiones y el 62% de los ataques los reciben mujeres

Con motivo del Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, que se celebró el pasado 12 de marzo, el Consejo General de Médicos (CGCOM) presentó los **datos registrados durante 2021**, unas cifras que ponen de manifiesto que durante el segundo año de pandemia de covid-19 las agresiones a la profesión médica se dispararon un 39%, convirtiéndose en el segundo año con mayores registros, solo superado por 2019.

El Observatorio contra las Agresiones del CGCOM recogió en 2021 un total de 612 agresiones, 171 más que el año anterior, lo que sitúa la cifra total desde 2011 en 5.649 ataques.

Médicas de Primaria

De todas las agresiones registradas, el 62% las sufrieron mujeres, frente al 38% de hombres, un dato que sigue la tendencia de los últimos años. El ámbito de la Atención Primaria, que supone más de 50% de los casos (51,1%), se mantiene a la cabeza de las estadísticas, seguido de los hospitales, donde la cifra sube cinco puntos y se sitúa en el 22%; Urgencias de Atención Primaria (7,9%) y Urgencias

de hospitales (7,7%). Las agresiones en atención domiciliaria *in itinere* suponen ya el 1,7% del total.

Amenazas y agresiones físicas

Respecto a los tipos de agresiones sufridas por los profesionales, en el 87% de los casos se produjeron insultos y amenazas, mayoritariamente a mujeres, mientras que el 13% restante fueron incidentes que acabaron en lesiones físicas, sufriendolas en un 56% las mujeres. Cabe destacar el aumento registrado en amenazas (+5,7%) y lesiones (+3,3%), en detrimento de los insultos (-9%).

De todas las agresiones recibidas y comunicadas, el 13% acabaron en baja laboral, cuatro puntos más que el año anterior. Además, se observa un descenso en cuanto a daños materiales registrados durante la agresión, situándose en un 7% de los casos, frente al 8% del año anterior. Asimismo, en el periodo analizado se observa un importante descenso en el número de agresiones realizadas de manera telemática. La cifra, que en 2020 era del 29%, en 2021 se sitúa en el 11%.

El 35% de los ataques se producen por discrepancias con la atención médica

recibida, el 9% motivadas por causas relacionadas con la covid-19.

Respecto al tipo de ejercicio en el que se han producido las agresiones en el año 2021, también se mantienen datos similares a los de años anteriores, con una clara preponderancia del ejercicio público (88%) frente al privado (12%). De todos los ataques, el 92% se produjeron en horario y entorno laboral.

Por edades y CCAA

En la distribución por edades, las agresiones las sufren mayoritariamente los colegiados entre los 36 y 55 años (58%), siendo los dos grupos de edad que aumentan con respecto a análisis previos.

Otro dato que pone en relieve el informe de 2021 y que continúa con la línea ascendente de ejercicios anteriores es que cada vez más profesionales reciben apoyo por parte del centro de trabajo. En concreto, el 61% en 2021, cuatro puntos más que el año anterior.

Por comunidades autónomas, Cataluña, Cantabria, Extremadura y Andalucía registran la mayor incidencia acumulada. **LEA AQUÍ EL MANIFIESTO DEL OBSERVATORIO DE AGRESIONES**

» Noticias Colegiales



Nueve de cada diez médicos rurales asumen los gastos de desplazamiento por su trabajo

El primer estudio sobre 'Medicina y el médico rural' revela que el 45% de los encuestados realiza más de 50 Km para acudir a diario a sus poblaciones

La Vocalía de Médicos de Atención Primaria Rural del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha realizado el primer *Estudio de Medicina y el médico rural en la actualidad*, que ha contado con respuestas de más de 5.981 médicos rurales de las 17 comunidades autónomas y 38 provincias distintas. De los resultados extraídos, destaca que el 91% de los encuestados posee el título de especialista en Medicina de Familia, el 90% se considera médico rural y el 85% se siente satisfecho en su lugar de trabajo.

Uno de los datos que más llaman la atención en la encuesta es que los médicos

rurales se hacen cargo de los gastos de desplazamiento, tanto del cuidado de sus vehículos como de los seguros de accidentes en tiempo *in itinere* y del kilometraje.

Además, se trasladan a diario a sus puestos de trabajo. El 45% de los participantes realizan más de 50 Km, y hasta un 5% recorren más de 200, lo que supone un desgaste personal, pérdidas económicas y riesgo de accidentes, aunque, a pesar de ello, hasta un 85% están satisfechos. De hecho, el 88% de los médicos rurales corren con los gastos de su desplazamiento, y el 88% no reciben partida presupuestaria por desplazamiento por parte de la administración.

La AP Rural alerta del colapso asistencial

También constata cansancio y detrimento de la salud de los profesionales

La Vocalía de Médicos de Atención Primaria Rural del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha alertado del colapso asistencial que existe tras la pandemia de covid-19 y del cansancio y detrimento de la salud de los profesionales de Atención Primaria (AP), a veces en contra de las recomendaciones de los servicios de prevención de riesgos laborales, tal y

como han señalado en su última asamblea, celebrada recientemente.

Al inicio de la sesión de trabajo, se hizo una mención especial de Salvador Tranche, presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia, fallecido recientemente, "por la enorme pérdida que ha supuesto para la Atención Primaria" de nuestro país.

El Foro de Atención Primaria advierte de que el primer nivel podría desaparecer

Los portavoces de las ocho entidades que conforman el Foro de Atención Primaria ofrecieron el 9 de marzo una rueda de prensa en la que pusieron de manifiesto la situación de precariedad de este nivel asistencial. Según indicaron, si la administración no pone soluciones urgentes, "podríamos estar ante la desaparición de la Atención Primaria, con todo lo que eso conllevaría para los ciudadanos". Las malas condiciones y la saturación que, desde antes de la pandemia, vive la Atención Primaria "se están cronificando ante la ausencia de decisiones e inversiones".

La Vocalía de Hospitales trabajará en un modelo de recertificación

La Vocalía de Médicos de Hospitales del CGCOM, al frente de la se encuentra la Dra. Pilar Sánchez Conde, vocal de Salamanca, abordó en su última asamblea un debate sobre la recertificación. En él se puso de relieve que Sanidad trabaja en un modelo nacional de recertificación en el cual tanto la vocalía como las sociedades científicas participarán para la elaboración de contenido. Los distintos representantes manifestaron que desde la vocalía llevan años dando pequeños pasos hacia la recertificación; "sin embargo, por parte de la administración solo se han generado dos documentos técnicos y un borrador de decreto ley que no ha llevado a nada".

» Noticias Colegiales



El 66% de las médicas han visto o sufrido desigualdad

El Observatorio de Género y Profesión del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) presenta los resultados de la última encuesta realizada con el objetivo de conocer la situación de la mujer en la profesión

El Observatorio de Género y Profesión del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) presentó los datos de la última encuesta para conocer la situación de la mujer en la profesión médica, una fotografía que refleja que dos tercios de las profesionales ha visto o vivido en primera persona situaciones de desigualdad por cuestión de género

Dentro de este porcentaje, la mitad de las encuestadas afirma haberlas experimentado en primera persona y percibir las también en otras compañeras. En cuanto a términos globales (hombres y mujeres), el 44,5% declara haber visto o vivido este tipo de situaciones.

Respecto a los motivos por los que perciben situaciones de desigualdad, el primero es porque existe una mayor necesidad de conciliación entre las mujeres, seguido por una mayor dificultad de acceso a los puestos de gestión o dirección; menor reconocimiento de las mujeres por parte de superiores; peores condiciones laborales de las mujeres; acoso laboral y, finalmente, discriminación salarial.

También existe un mayor número de contratos interinos y temporales para las mujeres que ejercen la Medicina. Así, se refleja que el 40,3% del total de encuestados tiene contratos de interinidad o eventuales. No obstante, en las mujeres este porcentaje es superior al 50% mientras que en los hombres se sitúa en el 25,3%, es decir, la mitad.

Reducción de jornada

El estudio pone de relieve que un 16,6% del total de los participantes están acogidos a algún tipo de reducción de jornada. El motivo principal de las mujeres es por el cuidado de hijos e hijas, que representa un 81% en las médicas, mientras que en los médicos es el 11,6%. El segundo es por razones de "calidad de vida"; en este caso, los porcentajes se invierten notablemente, representando un 70,1% para los hombres, frente al 32,1% de las mujeres.

Respecto a la repercusión de la reducción de jornada en la vida laboral, la mitad de las médicas (50,1%) consideran que tiene algún impacto negativo para su vida profesional.

El 91,6% de las actividades de formación del CGCOM han contado con presencia de mujeres

La Dra. Manuela García Romero, vicepresidenta segunda del CGCOM, presentó el balance de datos del primer año de adhesión a la iniciativa #DóndeEstánEllas del Parlamento Europeo, a la que [el Consejo se unió el 4 de marzo de 2021](#). La Dra. García Romero expuso que, en las 24 actividades organizadas desde la Fundación para la Formación durante este año, "ha habido un total de 106 hombres y 64 mujeres ponentes, lo que supone un 38,5% de participación femenina". Además, "el 91,6% de los paneles han contado con presencia de mujeres", y los dos únicos eventos que no han cumplido este requisito estaban organizados antes de la adhesión a la iniciativa europea.

» Noticias Colegiales

Las ayudas de la Fundación para la Protección Social sumaron 164.651 euros en Salamanca durante 2021

La entidad que canaliza la solidaridad colectiva con los compañeros más necesitados y con los hijos de médicos fallecidos cumplió 100 años en 2017

Un total de 164.651 euros concedió en ayudas durante 2021 en Salamanca la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial, tradicionalmente conocida como Patronato de Huérfanos, entidad clave en sus orígenes para paliar los efectos sobre las familias de los médicos fallecidos con motivo de la epidemia de gripe de 1918, y que sigue siendo el órgano de solidaridad colectiva con los compañeros médicos más necesitados y con los hijos de colegiados fallecidos que precisan apoyo.

Los casi 165.000 euros se destinaron a ayudas dirigidas a huérfanos de médicos en edad estudiantil o huérfanos mayores, médicos enfermos o jubilados, viudas de colegiados o como apoyo a la dependencia para el pago de residencias geriátricas de médicos o familiares directos. Entre todos los grupos,

Salamanca sumó en 2021 un total de 35 beneficiarios.

Los datos de los últimos once años alcanzan casi 2,1 millones de euros en ayudas repartidos en la provincia de Salamanca, a través de un modelo de protección social profesional único en España que cumplió un siglo de vida en el año 2017.

La cantidad total de ayudas concedidas se cubrió en gran parte con los 171.928,41 euros provenientes de las donaciones de los colegiados salmantinos (23,77 euros al trimestre, desgravables en un alto porcentaje). El resto, hasta el total concedido, lo aporta la Fundación a través del fondo común soportado entre más de 200.000 médicos colegiados de toda España.

[Aquí se puede ver la comparativa 2011-2021 por tipos de ayudas y beneficiarios en Salamanca.](#)



Acuerdo con Iberbox por la ciberseguridad de los colegiados

El Colegio Oficial de Médicos de Salamanca ha llegado a un acuerdo de colaboración con Iberbox para que los colegiados médicos que lo deseen puedan acceder en condiciones ventajosas a las soluciones integrales de ciberseguridad que ofrece esta empresa salmantina, pionera en el cifrado punto a punto. Iberbox es una tecnológica de almacenamiento seguro orientada a profesionales y empresas.

[MÁS INFORMACIÓN](#)

En marcha las actividades del programa de envejecimiento activo 'Tu Colegio te cuida' y 'Tu Colegio te activa'

Talleres de nuevas tecnologías y memoria, gimnasia y punto de encuentro componen esta propuesta de Mevefares



Comienzan las actividades del programa de envejecimiento activo

PLAZAS LIBRES

El 7 de febrero dieron comienzo en el Colegio de Médicos de Salamanca las actividades del programa de envejecimiento activo puesto en marcha por la Fundación Mevefares, de la que forman parte los Colegios Oficiales de Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos y de Estomatólogos/Dentistas de Salamanca. Concretamente, están en marcha y hay plazas disponibles en los siguientes:

- Taller de nuevas tecnologías.
- Taller de memoria.

- Gimnasia.
- Punto de encuentro.

Para ampliar información, se puede llamar al teléfono 923347195 o escribir al correo tecuidamos@mevefares.com. La Fundación Mevefares ha puesto a disposición de los colegiados de los cuatro colectivos los programas *Tu Colegio te cuida* y *Tu Colegio te activa*, dos propuestas dirigidas a mejorar la calidad de vida de los mayores.

[MÁS INFORMACIÓN](#)

» Noticias Colegiales



Premio de la Real Academia de Medicina para Pérez Escanilla

El doctor Fernando Pérez Escanilla, responsable del Grupo de Insuficiencia Venosa y miembro del Grupo de Ecografía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ha recibido el premio de la Real Academia de Medicina de Salamanca al mejor trabajo científico publicado en los años 2020 y 2021 por médicos de Atención Primaria. El objetivo del estudio premiado era valorar la eficacia en la práctica clínica de un método formativo,

el Aula de Ecografía Clínica en Atención Primaria (AECAP), que ofrece formación teórico-práctica y apoyo continuado con pacientes en tiempo real y que incluía la valoración de resultados a 18 médicos de familia. En concreto, las sesiones formativas se llevaron a cabo en el centro de salud docente de San Juan. Escanilla recibió el premio de manos del Dr. Santiago Santa Cruz, presidente del Colegio de Médicos de Salamanca, entidad que patrocina el premio de la RAMSA.

El Dr. Francisco Lozano presenta su libro

El Colegio Oficial de Médicos de Salamanca y la Real Academia de Medicina de Salamanca organizaron el 24 de marzo el acto de presentación del libro *Momentos estelares en la historia de la cirugía vascular y endovascular* (cirujanos y cirujías), cuyo autor es el Dr. Francisco S. Lozano Sánchez, jefe de Cirugía Vascular del hospital de Salamanca y presidente de la RAMSA.

La presentación corrió a cargo del Dr. Santiago Santa Cruz Ruiz, presidente del Colegio, mientras que el profesor Alberto Gómez Alonso fue el encargado de acercar la obra a los asistentes congregados en el Centro Multiusos del Colegio, donde tuvo lugar el acto.



También fue noticia...

- ✓ OPE 2019 Nombramiento de personal estatutario fijo de Médico de Urgencias y Emergencias de Sacyl
- ✓ Recuerdo por los últimos compañeros médicos fallecidos
- ✓ Publicado el decreto por el que se crea el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la prestación de ayuda para morir
- ✓ Publicados los nombramientos y adjudicación de destino de la OPE de Medicina de Familia de 2019
- ✓ Campaña "Valores del médico": Doce años de compromiso y esfuerzo para comenzar a ser médico/a, para cuidar de los demás
- ✓ Un total de 2.504 médicos solicitaron en 2021 certificados de idoneidad expedidos por el Consejo
- ✓ La Fundación para la Protección Social dispone de ayudas de convalencia para los médicos tras el alta hospitalaria
- ✓ Publicada la orden de Sacyl que contempla la realización voluntaria de tarde con carácter retribuido

Accede **AQUÍ** a
TODAS LAS NOTICIAS

VPC

Validación Periódica de la Colegiación

GARANTÍA PARA EL CIUDADANO

GARANTÍA PARA LOS MÉDICOS

AVAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL



colegio oficial médicos
de salamanca

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



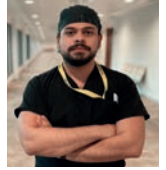
VIDEO
MÉDICOS



VIDEO
CIUDADANOS

» Nuevas MIRadas

Por Edgard Marcano-Millán

*Médico residente de cuarto año y escritor
Unidad de Cuidados Intensivos | Hospital Universitario de Salamanca*

Los aspectos no médicos de la residencia

Aunque la preparación teórica y práctica es una constante en la vida de un médico, la residencia es un momento crucial, pues es el puente entre años de formación teórica y la vida plena como especialista. Por eso, en estas fechas cercanas a la elección de plaza de los nuevos Médicos Internos Residentes, rondarán en las mentes de estos futuros especialistas incontables y variables técnicas que les permitirán tomar la mejor decisión. Pero los que estamos adentro ya hemos ido descubriendo que, cuando la vida profesional empieza a desarrollarse más allá de la facultad, aparece un mundo que trasciende las moléculas, los fármacos y las palabras de infinitas sílabas que tanto encantan a los galenos. Cosas, situaciones e interacciones que rara vez se aprenden en los textos o en la facultad.

El contacto humano, por ejemplo, se torna en una nueva dimensión, que puede ser más o menos gratificante en función de las especialidades. Traer un niño al mundo o entregar malas noticias a pacientes con cáncer son experiencias que dejan huellas profundas e inadvertidamente indelebles; perteneciendo a un espectro mucho mayor de interacciones humanas que son casi exclusivas de nuestra profesión. Estas experiencias, para bien y para mal, no se aprenden en la facultad. Quizá algún libro las describa, pero como toda ciencia que tiene parte de arte, necesita vivencia para el aprendizaje.

Los reveses son y serán siempre parte de cualquier profesión. Pero en la nuestra, por el coste y las implicaciones, generan un aprendizaje profundo que condiciona futuras respuestas instintivas ante situaciones similares. La residencia es una etapa en la que es nuestro derecho y nuestro deber equivocarnos, pues tenemos al lado a maravillosos profesionales que tienen también, como derecho y como deber, que enseñarnos de nuestros errores.

Un MIR sin experiencia laboral descubrirá rápidamente que el mundo hospitalario es un crisol de personalidades y egos. Tiene los mismos agrídulces que cualquier otro trabajo en el mundo, pero con la exigencia de tener que dar el cien por cien de nuestras capacidades en todo momento. Los hospitales, que suelen tener durante el día más personas que algún pueblo pequeño, son microcosmos donde confluye todo un espectro social, político, académico y humano; y cada uno de esos elementos imprime de forma individual una marca en el devenir profesional de cada trabajador. Cada MIR tiene un carácter único, irremplazable e irreplicable. Es por eso que un MIR aprende un nuevo nivel de relaciones interprofesionales, que se nutre día tras día y moldea su carácter como residente, y le transforma en silencio hasta convertirle en el adjunto que será.

La autopercepción, probablemente, es de todas las consciencias, la más importante en un MIR. Un residente debe estar consciente en tiempo, espacio y persona para saber qué lugar ocupa en la tácita pero compleja jerarquía médica, al tiempo



que ejerce la autocrítica. Una mentalidad débil puede llevar a que nos percibamos como poco preparados (¡a todos nos sucede!), a que nos hundamos en el síndrome del impostor, subestimándonos e infrutilizándonos. Por el contrario, una imagen propia sesgada y basada en dos o tres aciertos pírricos nos puede inflar peligrosamente el ego hasta derivarnos en el típico residente pesado e insoportable. Como norma general, siempre que un residente crea saber algo, algún adjunto le demostrará que apenas está comenzando su camino.

Elegir a los mentores es una habilidad que se desarrolla en la residencia. No es lo mismo saber que saber enseñar. Por eso, el residente debe aprender de sus mayores, quiénes son los mejores docentes y quiénes los mejores médicos, pues no siempre esto va de la mano. De algunos adjuntos aprenderás observándoles desde las sombras. Cómo ejercen. A veces se aprende más viendo los ojos de un maestro a pie de cama con el paciente que del mismo enfermo. De otros, asimilarás escuchando de sus bocas síntesis e impecables interpretaciones de temas que llevan años digiriendo. De pocos, espero, aprenderás qué no aprender.

Finalmente, aunque esto se traiga aprendido de casa, es el mejor momento para aplicarlo. Estimados adjuntos y residentes, siempre se debe decir “buenos días, por favor y gracias”.

» 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'

AL PAN, PAN...

¿Qué es covid?

El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) descartó para la nueva enfermedad respiratoria descrita en Wuhán los diversos nombres descriptivos que venían circulando desde un mes antes –epidemia coronavírica china, enfermedad de Wuhán, síndrome agudo respiratorio grave de tipo 2, nueva neumonía china, etc.– y optó por acuñar en su lugar *coronavirus disease 2019* (en forma abreviada, COVID-19); en español, «coronavirosis (o enfermedad por coronavirus) de 2019», por lo general abreviado a covid-19. Dos años después, compruebo que gran parte de la población sigue sin tener claro qué es exactamente la covid-19, y la confunden a menudo con otros tres conceptos:

1. SARS-CoV-2

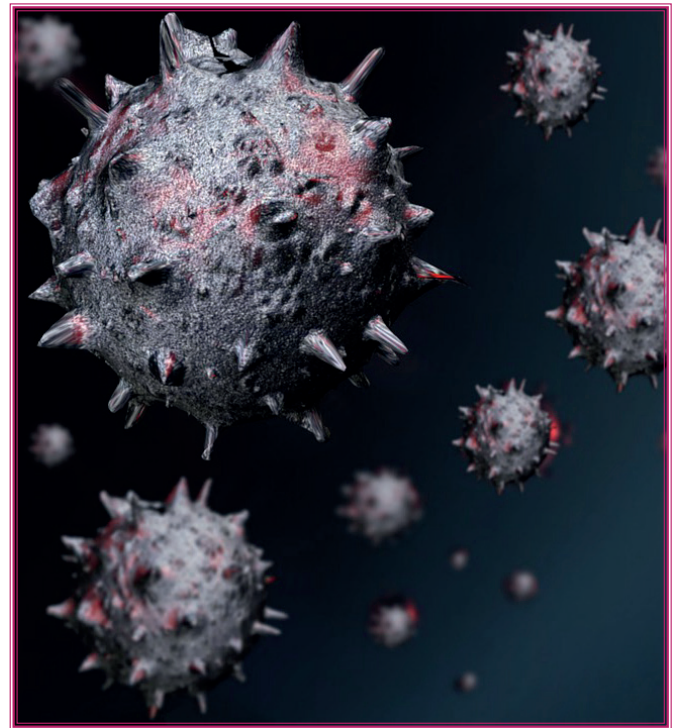
Son muchos los hablantes –médicos incluidos– que confunden la enfermedad (covid-19) con su coronavirus causal (SARS-CoV-2). El error es evidente en frases como las tres siguientes: «crece el número de personas infectadas por covid-19»; «está ingresado en la UCI por coronavirus»; «parece más lógico decir “el covid-19”, en masculino, porque es un virus».

2. Infección por el SARS-CoV-2

La *d* final de COVID, que corresponde al inglés *disease*, indica claramente que el término tan solo puede aplicarse a una enfermedad. Durante el reciente pico pandémico vinculado a la variante ómicron del SARS-CoV-2, por ejemplo, hemos oído decir que se llegaron a notificar en España cien mil casos diarios de covid-19 cuando en realidad más de la mitad de ellos eran personas asintomáticas, no estaban enfermas. Llevamos decenios intentando explicar a la población que no es lo mismo ser seropositivo para el VIH (estar infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana) que tener sida; y ahora resulta que incluso médicos especialistas están confundiendo ser portador asintomático del SARS-CoV-2, haber dado positivo en una prueba de antígenos o en una PCR, con tener covid-19.

3. Covid

Por mucho que ambos términos se estén usando de manera intercambiable e incluso la RAE los dé en su diccionario como sinónimos estrictos, no es lo mismo 'covid 19' que 'covid' a secas. Una covid (*coronavirus disease*) es cualquier enfermedad causada por un coronavirus, como el síndrome respiratorio agudo



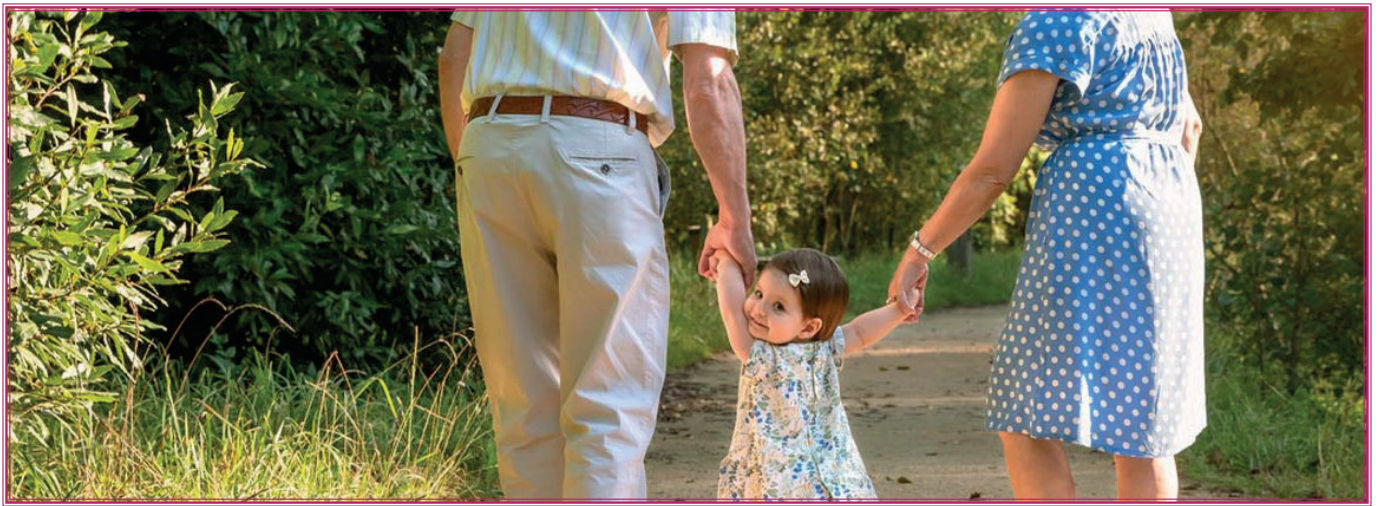
grave del 2003, el síndrome respiratorio de Oriente Medio y, sí, también la covid-19 de la pandemia actual. No está nada claro, en mi opinión, que la enfermedad causada por la variante ómicron del SARS-CoV-2 sea la covid-19. La covid-19 del año 2020 era una enfermedad con una elevada tasa de letalidad en torno al 0,25-1 % en la población general (6-10 % en los mayores de 80 años), mientras que la mortalidad asociada a la variante ómicron parece estar siendo insignificante.

El pasado 13 de diciembre fue portada en todo el mundo la primera muerte de una persona infectada por la variante ómicron, en el Reino Unido; desde entonces, las muertes notificadas siguieron anunciándose con cuentagotas (primera muerte en Alemania el 23 de diciembre, en Australia el 27 de diciembre, en Corea del Sur el 3 de enero...); y en estos casos mortales suelen ni siquiera suele especificarse si se trató de «muertes con covid» (es decir, muerte por otras causas en un paciente que había dado positivo para el SARS-CoV-2) o «muertes por covid» (es decir, muerte causada directamente por el SARS-CoV-2). La variante ómicron causa covid, desde luego: causa una coronavirosis que no sé si deberíamos llamar 'covid-21', 'covid ómicron' o cómo; pero no parece ser la covid-19.

» Palabra de médico

VOCABLOS NOVEDOSOS

Abuelidad



La antigua Grecia pasma a quienquiera que se acerca a ella, como gran cultura precursora de la filosofía, la política, las ciencias (incluida la medicina), las artes y otros conocimientos de nuestra civilización occidental. Pero mayor pasmo aún suscita un antiquísimo pueblo de pastores nómadas en un rincón perdido del extremo oriental del Mediterráneo. Sin academias ni bibliotecas, su tradición oral –recogida en la Torá (o Pentateuco) y demás escritos que conforman su Tanaj (o Antiguo Testamento)– sigue alumbrando a más de medio mundo como fuente de sabiduría auténtica. Con razón llamamos a los judíos «el pueblo elegido» por antonomasia.

Entre los libros más hermosos del Tanaj destacan los *Salmos*, una colección de ciento cincuenta poemas hebreos sapienciales que maravillan, además de por su belleza (apenas un pálido reflejo de la original, pues la poesía hebrea es imposible de trasladar a una lengua como la nuestra), también por su profundidad. El salmo 128 celebra la felicidad doméstica que Dios concede al justo:

¡Feliz el que teme al Señor
y sigue sus caminos!
Comerás del fruto de tu trabajo,
serás feliz y todo te irá bien.
Tu esposa será como una vid fecunda
en el seno de tu hogar;
tus hijos, como retoños de olivo
alrededor de tu mesa.
¡Así será bendecido
el hombre que teme al Señor!

¡Que el Señor te bendiga desde Sion
todos los días de tu vida:
que contemples la paz de Jerusalén
y veas a los hijos de tus hijos!

Que el pueblo más sabio que jamás ha habido sobre la Tierra considere «ver a los hijos de tus hijos» como la bendición última y más acabada que los mortales podemos experimentar en esta vida significa mucho, me parece.

Por eso me extraña que en español no dispongamos de ninguna palabra para designar el estado, condición o cualidad de abuelo. Se me ocurren al menos siete: **abuelaje**, **abuelanza**, **abuelazgo**, **abuelería**, **abuelez**, **abuelía**, **abuelidad** y **abuelitud**; ninguna de ellas registrada aún en el diccionario de la RAE.

Cualquiera de las siete me agrada, pero veo que la penúltima, abuelidad, viene circulando en nuestra lengua desde hace ya más de cuarenta años, acuñada por una médica argentina. La psiquiatra y psicoanalista argentina Paula Redler, en efecto, la formó sobre el modelo de ‘paternidad’ y ‘maternidad’ en 1980, tras consultar con la Academia Argentina de Letras, y explica el concepto con detalle en su libro *Abuelidad: más allá de la paternidad* (Buenos Aires: Legasa, 1986).

Recién estrenada mi abuelidad, que es ciertamente una bendición de Dios, pido a cuantos integran la Asociación de Academias de la Lengua Española (Asale), para el próximo Día de los Abuelos (26 de julio, festividad de san Joaquín y santa Ana), la incorporación de **abuelidad** al *Diccionario de la lengua española*.

» Desde la RAMSA

Por Francisco S. Lozano Sánchez

Presidente de la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA)



Real Academia de Medicina de Salamanca

El Dr. Francisco Lozano, presidente de la RAMSA, inicia en este número de la revista una serie de entregas en las que se irán desgranando diversos e interesantes aspectos de la historia y la actividad científica de la institución

La Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA), fundada en 1971 e integrada en el Instituto de España en 1986, es una institución constituida como Academia de Distrito, dado que su ámbito de actuación agrupa a las provincias de Salamanca, Ávila, Cáceres, Segovia y Zamora.

Está formada por destacados profesionales de las ciencias biomédicas y afines de todas las provincias referidas, con la misión de formar un foro avanzado de estudio y divulgación de la Medicina en su triple vertiente investigadora, clínica y social.

Entre las misiones de la RAMSA está la colaboración con las autoridades sanitarias, universitarias, administrativas y judiciales, muy en particular, con aquellas de las comunidades autónomas de Castilla y León y de Extremadura.

Un objetivo prioritario de la institución es fomentar la investigación; para ello, anualmente se convocan premios dirigidos con especial énfasis a la Atención Primaria y a los escalones formativos (estudiantes, MIR, etc.) de las carreras biomédicas.

La RAMSA tiene su sede en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, institución con la cual ha mantenido y mantiene una estrecha vinculación. Sus relaciones son, asimismo, muy intensas con los Colegios Oficiales de Médicos de las provincias arriba citadas. La colaboración con el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca data de 1974, cuando comenzó la convocatoria anual del Premio Cristóbal Pérez de Herrera (25.000 pts.), el cual se mantuvo más de una década cambiando de denominación, pero igualmente financiado por el Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, perdurando hasta la actualidad.

Desde su fundación, hace más de medio siglo, la RAMSA ha estado presidida por destacadas figuras de la Medicina; en concreto, por los Excmos. Prof. Dr. D. Fernando Cuadrado Cabezón (1971-76), D. Luis Sánchez Granjel (1977-88), D. Joaquín Montero Gómez (1989-98), D. Juan Antonio González y González (1999-2006), D. José Ángel García Rodríguez (2006-12) y D. Enrique Battaner Arias (2013-2021). Cada uno de ellos, desde su propia experiencia y especialidad, han imprimido a la Corporación un sello distintivo de excelencia que se prolonga en la labor científica y asistencial de todos sus miembros, cuya obra se recoge en las Memorias Anuales de la RAMSA, que [pueden ser consultadas en su web](#) (actualmente en renovación). Igualmente, aparecen en ella las reseñas y los contenidos de los actos estatutarios de la institución: inauguración de curso, incorporación de nuevos académicos (de número y correspondientes), premios y sesiones necrológicas; así como las sesiones científicas y jornadas que periódicamente desarrolla. De todo ello, así como del perfil de los miembros de la Corporación, da cuenta la página web, en la que son bienvenidos todos sus visitantes, de quienes, por supuesto, esperamos todo tipo de sugerencias. Les invitamos a participar, presencial o virtualmente, en las actividades de nuestra Academia.



1 y 2 Medalla de la RAMSA. En el anverso se aprecia un brazo portando una antorcha, símbolo de luz y guía intelectual. **3** El Dr. Santa Cruz conversa con el Dr. Lozano tras su toma de posesión como presidente de la RAMSA, el pasado 27 de enero.

Finalizamos esta presentación mostrando nuestra gratitud hacia el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, quien, a través de su presidente (Ilmo. Sr. Santiago Santa Cruz Ruiz) nos manifiesta una vez más su ayuda y colaboración con la RAMSA. A partir de este número de la revista *Salamanca Médica*, la RAMSA tendrá más visibilidad ante la comunidad médica y la sociedad a la que nos debemos.

Desde el 27 de enero de 2022, la Junta de Gobierno de la Real Academia de Medicina de Salamanca está integrada por los siguientes académicos numerarios:

- **Presidente:** Francisco S. Lozano Sánchez (ingreso: 25 abril 2008)
- **Vicepresidente:** Cándido Martín Luengo (ingreso: 7 noviembre 2008)
- **Secretario:** Juan Fernando Masa Jiménez (ingreso: 19 febrero 2010)
- **Tesorero:** Luis García Ortiz (ingreso: 31 marzo 2017)
- **Bibliotecario:** Consuelo del Cañizo Fernández-Roldán (ingreso: 25 abril 2014)

» Desde la RAMSA



Real Academia de Medicina de Salamanca

Cristóbal Pérez de Herrera

Médico de la Casa Real durante el mandato de Felipe II y reconocido como “protector y procurador general de los pobres”, dio nombre a uno de los primeros premios otorgados por la RAMSA en colaboración con el Colegio de Médicos

Cristóbal Pérez de Herrera fue la denominación de uno de los primeros premios que otorgaba la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA) en colaboración con el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca (COMSA). Tejerizo¹ refiere que el premio se crea en 1974, con una dotación de 25.000 pts. Se galardonaba un trabajo médico. Estuvo activo durante una década, y luego cambió su denominación y perdura en la actualidad. Siempre estuvo financiado por el COMSA.

¿Quién fue Pérez de Herrera?

Según la Real Academia de la Historia², fue médico del rey, tratadista político-social y escritor, natural de Salamanca (1558). Sus padres (Miguel e Isabel), que se casaron en Salamanca, tuvieron tres hijos. Mientras sus hermanos mayores emigraron a las Indias y se dedicaron al comercio, Cristóbal prefirió otros derroteros.

En la Universidad de Salamanca obtuvo los grados de bachiller en Artes (1574) y Medicina (1577). Finalizados estos estudios, y por indicación de Francisco Vallés, primer magister meus et vere mecenas, el doctor Diego de Olivares, médico de cámara de Felipe II, le llamó a Madrid para desempeñar una de las tres plazas de examinador del Protomedicato. En 1579 se casó con Juana de Temiño, con quien tuvo dos hijos. Participó en la expedición a las Azores (1582) y, siendo herido por arcabuz, regresó a Cádiz en 1583. Pocos meses después, fue nombrado protomédico de las galeras de España. Hasta 1592 alternó su cometido, curando a los galeotes y a los soldados de Su Majestad en los puertos andaluces. En 1592 se le nombra médico de la Casa Real, designación que el doctor Vallés –fallecido meses antes– había sugerido.

Una de sus preocupaciones fue amparar a los “pobres verdaderos”. En la última década del siglo XVI, dominada por una grave crisis, las ciudades recibían oleadas de vagabundos y pícaros expertos en explotar la caridad pública. Pérez de Herrera deseaba crear una red de albergues donde los “pobres verdaderos” recibirían un distintivo autorizándoles a pedir limosna, en tanto que los impostores –la mayoría– deberían trabajar. El proyecto interesó al propio Felipe II; así, en 1596 se funda el Albergue de Madrid, y hasta 1598 se realizaron inspecciones de mendigos en Madrid, Sevilla, Toledo y Valladolid. En este contexto, Pérez de Herrera publicó su obra magna: *Discursos del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos* (1598). Su edición fue tan esmerada que incluía escudos y poemas laudatorios (algunos de Lope de Vega); en este menester su autor se gastó casi todos sus ahorros. Pero la muerte de Felipe II (1598) aparcó la reforma. Pérez de Herrera siguió abogando (hasta 1618) por la promulgación de una Ley de Pobres, que estaba en preparación cuando falleció el Rey Prudente, pero nunca consiguió que los gobernantes volvieran a hacerle caso. Sólo recibió de las Cortes el título de “protector y procurador general de los pobres”.

En 1607 solicitó de las Cortes “la plaza de médico del Reino”, por entonces vacante. Después su biografía se pierde, hasta su fallecimiento en Madrid (1620). Según su deseo, fue enterrado



en el desaparecido Convento de la Merced, convertido más tarde en plaza del Progreso: todo un símbolo para quien dedicara su existencia –muchas veces en vano– a intentar modernizar la rancia mentalidad señorial de la España de su tiempo.

Pensamos que Granjel³, conecador de la vida y obra de Pérez de Herrera, en su calidad de vicepresidente de la RAMSA (1971-76) fue quien propuso que uno de los cuatro premios que por entonces entregaba la corporación llevase el nombre del ilustre médico. Que el COMSA lo hiciese también suyo, dado su origen salmantino, indudablemente fue otro acierto.

Referencias:

1. Tejerizo LC. Real Academia de Medicina de Salamanca. *Una crónica muy personal*. Salamanca. Gráficas Cervantes, 2006.
2. Cavillac M. Cristóbal Pérez de Herrera. <https://dbe.rah.es/biografias/5418/cristobal-perez-de-herrera>
3. Granjel LS. *Vida y obra del doctor Cristóbal Pérez de Herrera*. Salamanca, Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina, 1959.



» Ciudad y Medicina

Por Jesús Málaga



Hospitales desaparecidos: San Salvador, San Sebastián, Antiguo de Santa Ana, Alberguería de mujeres y San Ildefonso

“Las parroquias de San Millán y el Salvador tenían su territorio limítrofe con las sinagogas mayor y menor, en pleno barrio judío, compartiendo espacio en un abigarrado conglomerado de calles. Es curioso que se construyeran tantas iglesias en aquel lugar”

La historia urbana de las ciudades es semejante a la estructura de una cebolla: cuánto más antigua es la urbe, más capas debes quitar para llegar a los orígenes. En la calle Libreros, hay una biblioteca de la Universidad de Salamanca que tiene una singularidad; en los días previos a los exámenes, abre sus puertas las 24 horas del día para que los alumnos puedan preparar los exámenes de sus materias. El edificio, presidido en su fachada por una escultura plateresca de la Virgen, estaba en ruinas y fue restaurado por iniciativa de José María Vargas Zúñiga, siendo presidente de Caja Salamanca y Soria. Antes de su inauguración, el inmueble había albergado desde el final de la guerra de la Independencia el Colegio Menor Santa María de los Ángeles. Esta dinámica institución estaba ubicada con anterioridad en las Peñuelas de San Blas, pero el edificio fue destruido para dejar exento el fortín que los franceses establecieron en el convento de San Vicente.

Pero sigamos quitando capas. Antes de que el Colegio de Santa María de los Ángeles se estableciera en Libreros, aquel espacio acogía otro colegio menor, el de San Millán, junto a la iglesia del mismo nombre, templo situado en pleno barrio judío y que hoy es visitable y acoge una exposición permanente sobre el desarrollo urbanístico de la ciudad. En este mismo lugar, antes de la expulsión de los judíos, una filántropa conocida como Doña Madre fundó en 1230 un hospital para acoger a enfermos y peregrinos.

Muy cerca de este inmueble, a menos de cien metros, pero todavía en el barrio judío y en la zona repoblada por los serranos, el canónigo de la Catedral de Salamanca, Ruy Pérez, fundó en 1250 un hospital en el espacio que hoy ocupa la Facultad de Físicas de la Universidad de Salamanca y que antes acogió el Colegio Trilingüe, edificación esta última de la que solo queda en pie el claustro, perfectamente integrado en la nueva construcción. Aquel humilde hospital más bien funcionó como casa de acogida, tenía tan solo nueve habitaciones para amparar indigentes, personas que tenían por vivienda la calle; por ese motivo, la zona pasó a llamarse Corral de los Pobres.

Pero como hemos dicho, los lugares históricos responden a la ley de las capas de cebolla, detrás de una viene otra, y así es; antes de construirse Trilingüe, en aquel lugar se erigió una iglesia románica, la parroquia de San Salvador, de la que se tienen datos desde 1191. Fue una de las muchas que se construyeron en el



La iglesia de San Millán, en pleno barrio judío, acoge hoy una exposición sobre el desarrollo urbanístico de la ciudad.

territorio de los repobladores serranos. Este templo y sus bienes fueron donados al monasterio de Santa María de Valparaíso, de la orden del Cister, en 1452, siendo obispo de Salamanca Gonzalo de Vivero y deán de la Catedral, Álvaro de Paz. Este famoso monasterio, situado en la provincia de Zamora, a medio camino entre la capital de dicha provincia y Salamanca, donde según la tradición nació Fernando III el Santo, tuvo una estrecha relación con la ciudad del Tormes. Ya estaba en ruinas cuando edificaron el Colegio de Trilingüe. El hospital que se abrió junto a la iglesia fue conocido por el mismo nombre que ésta, San Salvador.

Las parroquias de San Millán y el Salvador tenían su territorio limítrofe con las sinagogas mayor y menor, en pleno barrio judío, compartiendo espacio en un abigarrado conglomerado de calles. Es curioso que se construyeran tantas iglesias en aquel lugar: San Millán y San Salvador, ya citados; San Juan

» Ciudad y Medicina

Evangelista, también llamado San Juan del Alcázar, en lo alto de la Peña Celestina, hoy parte de la Facultad de Ciencias, en las cercanías de las Tabernas del Vino Blanco; San Bartolomé de los Apóstoles, en el hasta hoy nuevo colegio de San Bartolomé, recuperado para otras actividades universitarias –los restos de esta iglesia han aparecido al realizar obras de remodelación en el edificio para dedicarlo a Cursos Internacionales de la Universidad de Salamanca–; San Pedro, iglesia integrada en el convento de Agustinos Calzados, utilizada como templo del cenobio donde vivieron fray Luis de León, San Juan de Sahagún y Santo Tomás de Villanueva, y San Pelayo, junto al colegio insigne de los Verdes, templo que fue derribado y su solar utilizado para la construcción del Colegio del Espíritu Santo de los Jesuitas, conocido popularmente como Clerecía. Por último, ya en territorio de los francos, pero limítrofe con el de los serranos, San Isidoro, llamado popularmente San Isidro, convertida en aulario por la Universidad de Salamanca.

El Hospital de San Sebastián

Otro hospital del que tenemos escasas noticias estuvo junto a la iglesia de Sancti Spíritus, y fue abierto en el siglo XIII, junto a unas casas que cedió Pedro Vidal, y del que sabemos que fue suprimido en 1581 por Felipe II. Fueron sus fundadores los miembros de la Cofradía de los Escribanos, que tenían en sus proximidades una alberguería adscrita al mismo. Este centro asistencial y sanitario era conocido por varias denominaciones: San Sebastián, Santa María –no confundir con el de Santa María de la Sede, ubicado en la Catedral Vieja–, San Juan, San Sebastián y Santa Lucía de los mozos o San Sebastián y Santo Domingo. En 1699, todavía existía la Cofradía de los Escribanos.

El Hospital Antiguo de Santa Ana fue fundado por vecinos de la puebla de Sancti Espíritus a mediados del siglo XII, cerca de la puerta de Toro. El beaterio de Santa Ana fue un cenobio donde se acogía a mujeres de alta posición cuyos maridos estaban luchando contra la morisma y viudas que entraban en el convento de por vida. Antes de ocupar la actual iglesia y clausura de Sancti Spíritus, la comunidad de freiras de Santiago tuvo su casa en la Serna, en lo que hoy es término municipal de Santa Marta, junto a una ermita de Cristo crucificado y muy cerca del río. En su segunda residencia, junto al convento, se erigía la Alberguería para mujeres, conocida con el mismo nombre que el hospital del que dependía. Al primero se le llamaba Hospital Antiguo de Santa Ana, y la alberguería pasó a denominarse Nuevo Hospital de Santa Ana.

El último de los hospitales tratados en este escrito estuvo bajo la advocación de San Ildefonso. Para localizar su situación, hay que acercarse a la plaza de Colón. El trazado de la calle de San Pablo produjo un duro enfrentamiento entre los arquitectos, partidarios de evitar la construcción de la carretera por el centro de Salamanca, y los ingenieros, que apostaron por la nueva vía. Ganaron los segundos, y su decisión hizo desaparecer, entre otras edificaciones monumentales, la iglesia de San Adrián y el hospital referido. Según Villar y Macías, al derribarse este último, la superficie del solar resultante fue incluida en el edificio del convento e iglesia de la Trinidad descalza, hoy juzgados y parroquia de San Pablo, respectivamente. La última noticia de este centro se remonta a 1318, cuando fue incluido en el testamento de Inés de Alimoges, aya de Alfonso XI. En el mismo, Inés se declara miembro de la hermandad y deja en su testamento doscientos maravedíes de sus ahorros para el mantenimiento del hospital.



Los juzgados y la parroquia de San Pablo ocupan hoy el solar del hospital de San Ildefonso.

» Médicos de Salamanca - En el recuerdo

Juan Salvat: In memoriam

Los miembros de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos muestran su pesar por el fallecimiento de su presidente el pasado 11 de enero

El pasado día 11 de enero falleció el Dr. Juan Salvat Puig, médico forense y profesor de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad de Salamanca. El Dr. Salvat era subdirector del Instituto de Medicina Legal y Forense, docente en varias titulaciones de la institución académica salmantina y en la Escuela de Policía de Ávila. Era, además, el actual presidente de la Comisión de Deontología de nuestro Colegio de Médicos.

Desde la Comisión de Deontología, queremos hacer llegar a la colegiación nuestro profundo pesar por su irreparable pérdida y resaltar la figura del Dr. Salvat, que durante tantos años ejerció la presidencia de esta Comisión con un tacto exquisito y con una gran profesionalidad.

Juan Salvat fue para todos nosotros, en estos años, un verdadero guía. De él aprendimos a evaluar, con el máximo respeto, rigor y comprensión, todas las reclamaciones que desde distintos colectivos llegaban, para ser valoradas desde el punto de vista ético, al Colegio, y emitir así el preceptivo informe y elevarlo a la junta directiva.

“Era un hombre de bien para todos los que tuvimos el privilegio de disfrutar de su amistad y compañía”

Su talante amable, alegre y cortés, buscando siempre el justo acuerdo en la aplicación de las normas recogidas en nuestro Código Deontológico, del que tenía un profundo conocimiento, nos ha marcado para siempre en el cumplimiento de nuestra función.

Nunca ha tenido, en el desempeño de su cargo, una actitud que no fuera la de empatía con las personas que teníamos que entrevistar, aconsejando sobre cómo debían afrontar los problemas que se planteaban y buscando la postura más favorable para la resolución de estos, respetando siempre lo que señalaban las normas deontológicas.

Deja, sin duda, un hueco difícil de cubrir en distintas facetas: alta cualificación profesional y preparación científica, admirable capacidad de trabajo, honradez a toda prueba y, ante todo, excelente compañero y amigo. En definitiva, un hombre



El doctor Juan Salvat Puig, que falleció el pasado 11 de enero, era médico forense, profesor de la Facultad de Medicina de la USAL y subdirector del Instituto de Medicina Legal y Forense.

de bien para todos los que tuvimos la suerte y el privilegio de disfrutar de su amistad y compañía.

La gran respuesta que las instituciones, amigos, compañeros y alumnos ofrecieron tanto en su estancia en el tanatorio como en el funeral, celebrado en la iglesia de La Purísima de la capital salmantina, confirmaron, como no podía ser de otro modo, el gran aprecio que el doctor Salvat había sabido despertar en todos ellos.

Nuestras condolencias a su esposa, Carmen; a sus hijos, José, Jacobo y Carmencita, y a todos cuantos sentimos profundamente su marcha.

Adiós, amigo, siempre estarás en nuestras mentes y en nuestros corazones.

**Comisión de Deontología
del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca**

» Médicos de Salamanca - En el recuerdo

Alfredo López, incansable en el estudio del vínculo entre nutrición y enfermedad

El pasado 19 de febrero fallecía este reconocido médico salmantino que en 1960 se mudó a Estados Unidos, donde desarrolló su labor durante más de 40 años en Facultad de Medicina de LSU Health Sciences Center de New Orleans

El Dr. Alfredo López Santolino, profesor emérito de la Facultad de Medicina de LSU Health Sciences Center de New Orleans (EEUU) durante más de 40 años, conocido por su trabajo en el ámbito de la nutrición y su relación con las enfermedades cardíacas y el cáncer, falleció el pasado 19 de febrero en Poydras Home, Nueva Orleans, a los 90 años. “Era un modelo de médico dedicado, que brindaba una atención excelente y se aseguraba de que la próxima generación de médicos hiciera lo mismo”, ha señalado el Dr. Stephen Hales, pediatra y amigo.

Nacido en Salamanca en 1931, se unió a la LSU en 1967. El Dr. López Santolino fue autor de más de 70 artículos para revistas científicas de prestigio y más de un centenar de resúmenes y presentaciones. Desde 1974 hasta su jubilación, en 2008, fue jefe de la Sección de Nutrición y vicepresidente de Asuntos Académicos de la Facultad de Medicina.

Tras estudiar en el instituto Fray Luis de León de Salamanca, en 1955 obtuvo la licenciatura de Medicina en la USAL, en cuya Facultad de Medicina fue profesor asistente de Fisiología y Medicina entre 1956 y 1958. Posteriormente, se embarcó en una carrera que abarcó tres continentes. Su siguiente parada fue la Universidad del Valle en Cali, Colombia, donde enseñó bioquímica con una beca de la Fundación Rockefeller.

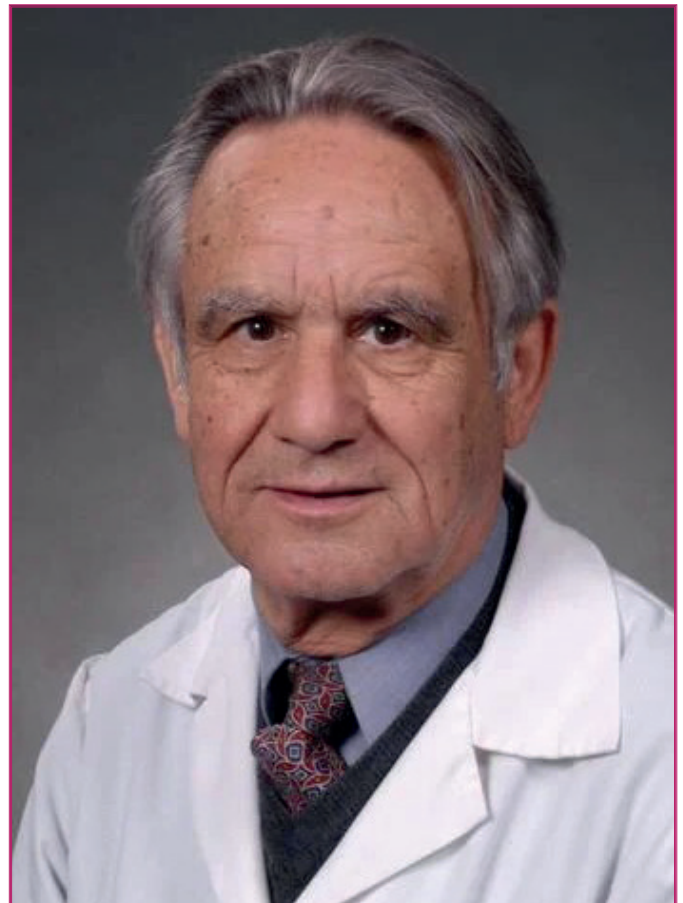
Numerosos reconocimientos

López Santolino se mudó a EEUU en 1960 para convertirse en miembro de la Fundación Rockefeller en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane, donde obtuvo un doctorado en Bioquímica. Más tarde llegó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Iowa –ahora la Facultad de Medicina Roy J. y Lucille A. Carver–, desde donde regresó a Nueva Orleans para unirse a la Facultad de Medicina de LSU y dirigir la clínica de lípidos en el Hospital de la Caridad.

En reconocimiento al trabajo del Dr. Alfredo López en el campo de los lípidos y su relación con las enfermedades, los Institutos Nacionales de Salud de EEUU le otorgaron un Premio al Desarrollo de Carrera en Nutrición.

Expresidente de la Asociación Estadounidense del Corazón de Luisiana, recibió el Premio al Mejor Profesor Clínico de sus estudiantes en la Escuela de Medicina de LSU, y la Sociedad Aesculapian del centro le otorgó el Premio al Profesor Sobresaliente.

Fue fundador y presidente de la Sociedad Española de Nueva Orleans y miembro de la Asociación Médica Hispanoamericana de Luisiana, el Grupo de Trabajo de Nutrición del Estado de Luisiana, la Sociedad Estadounidense de Nutrición



El Dr. Alfredo López Santolino, en una foto proporcionada por LSU Health Sciences Center de Nueva Orleans.

Clínica y la Sociedad Central de Investigación Clínica, entre otras organizaciones científicas.

Entre los intereses del Dr. Alfredo López Santolino estaban la historia de la medicina, la historia del periodo colonial español en Nueva Orleans, el arte y la literatura. Aficionado a los viajes, tras su jubilación pasaba muchos de sus veranos en Salamanca.

Fuente: Dignity Memorial y NotiUlti

» Maestros con Historia

Por Ramón Martín Rodrigo

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



Sanidad en la provincia de Salamanca (II): 1945-1975

Tras iniciar este tema en el número 69 de la revista 'Salamanca Médica', el autor continúa su repaso ofreciendo un recorrido de aproximadamente 30 años por la historia sanitaria provincial

1. EL CONTEXTO MÉDICO Y SANITARIO

Entre 1945 a 1975 se produce un gran cambio en la sociedad española, que va desde el subdesarrollo, pasa por estar "en vías de desarrollo" y, a partir de 1959, con los Planes de Desarrollo, va a ir alcanzando el desarrollo pleno al término de la etapa señalada en este estudio. Para tener una somera visión del contexto en que se desenvuelve la Jefatura Provincial de Sanidad, voy a exponer, de manera elemental, un recordatorio de los centros de estudio y los de atención sanitaria existentes en Salamanca y de los creados en el referido periodo. De algún modo, todos los centros médicos y sanitarios contribuían a que la Jefatura Provincial de Sanidad de Salamanca pudiera desarrollar sus actividades para alcanzar sus objetivos.

Ya conocemos que se habían creado el Instituto Provincial de Sanidad y varios Centros Secundarios de Higiene en diversos pueblos. En la capital, existían el Hospital Provincial (y el particular de la Santísima Trinidad), la Facultad de Medicina, la Casa de Socorro, la Cruz Roja, el Patronato antituberculoso y el Dispensario antiveneréneo. Varios de estos centros tenían necesidad de mejora. También hubo necesidad de ir creando otros recursos.

Pasada la guerra, aparece el Auxilio Social, en 1948 se inaugura el Hospital de Los Montalvos y poco después, el sanatorio del Llano Alto (Béjar). Le siguen el Hogar Cuna y el Jardín Maternal. La residencia de Nuestra Señora de la Vega y un centro de especialidades comienzan a funcionar en 1965. En 1971 se inauguran el Hospital Infantil, el Hospital Psiquiátrico y el Centro Rural de Higiene de La Fuente de San Esteban. Por entonces comienza la construcción del nuevo edificio del Instituto Provincial de Higiene, y se efectúa la rehabilitación del Centro Secundario de Sanidad de Peñaranda. Además, se inician las obras del nuevo Hospital Clínico, que se inaugura en 1975. También se han ido construyendo en la provincia diversos centros médicos y casas para el médico en varios pueblos.

En otro orden de cosas, como el legislativo, se puede recordar la Ley de Bases de la Sanidad (1944), el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944), la obligación de la vacunación infantil, de la vacuna diftérica para ingresar en escuelas y colegios, de la tuberculina para ser funcionario, del tifus al iniciar el servicio militar, etc.



Se creó la Academia Médico-Quirúrgica Pérez Herrera. Y van apareciendo sucesivamente AISNA (1972), el Ministerio de Sanidad (1977), el INSALUD (1978)... También en 1978 se creó la Real Academia de Medicina de Salamanca. Se muestra, pues, que desde esa década en adelante se entra en otra fase de la Sanidad en España, y por eso pongo fin a esta tapa en 1975.

De 1945 A 1975, la Medicina y la Sanidad fueron avanzando notablemente. Se fueron generalizando las sulfamidas, la penicilina y algunos fármacos nuevos, como la estreptomocina, especialmente aplicados para combatir la tuberculosis. Hubo avances médicos muy señalados: aplicación del riñón artificial, trasplante de riñón, trasplantes de otros órganos y, señaladamente, de corazón, operaciones a corazón abierto¹, etc.

2. CAMPAÑAS SANITARIAS, CURSILLOS Y CONFERENCIAS

En el contexto recordado, la Jefatura Provincial de Salamanca se encuentra con ciertas necesidades que debe ir atendiendo. En los inicios de los cuarenta, fue la de acabar la epidemia del piojo verde, también continuar con la extinción del paludismo. Enfermedades terribles eran la tuberculosis, el tifus exantemático, la difteria, la viruela, la meningitis, la gripe, sobre todo

» Maestros con Historia

la de clase A, y el sarampión. En los años sesenta y setenta, se atiende a vacunar contra la poliomelitis. Posteriormente aparece el llamado síndrome tóxico del aceite de colza, etc. Desde la Jefatura de Sanidad de Salamanca se fue atendiendo en la medida posible a la erradicación de estas enfermedades, y sus logros fueron importantes.

La Jefatura de Sanidad procuraba divulgar la necesidad de que la población guardase las medidas higiénicas más elementales, bien por medio de los médicos titulares en sus respectivos partidos, bien mediante conferencias y comentarios en la prensa local, bien convocando cursos, cursillos y conferencias y dando a conocer simposios, asambleas y jornadas a nivel nacional para la formación y perfeccionamiento de médicos y del personal sanitario. Todo ello era proyectado para lograr una puesta al día de los avances en la Medicina y la divulgación de aspectos higiénicos y sanitarios.

Paulatinamente, se fue creando en la sociedad la conciencia de vacunarse contra el tétanos, la rabia, la viruela, el sarampión, la escarlatina, la tosferina y otras enfermedades epidémicas. Colaboraban unánimes en estos objetivos con la Jefatura de Sanidad la Facultad de Medicina, la Escuela de Enfermería, el Colegio Médico y el de Sanitarios, el Hospital Provincial y otros organismos².

Es muy destacable la organización de cursos o cursillos todos los años, y en algunos, haciéndose varios de éstos. En ellos daban su lección profesores de la Facultad de Medicina, doctores de los departamentos del Instituto de Sanidad Provincial, e incluso jefes de Sanidad Provincial que, no estando en Salamanca, eran llamados, así como otros personajes relevantes en el campo de la bacteriología, la microbiología y el sanitario. Por citar algunos ejemplos, señalo los siguientes: X Curso de Paludología (1947), Curso de Diplomados de Sanidad (1950), Cursillo de Perfeccionamiento Sanitario (1953), Curso de Iniciación a la Puericultura para enfermeras (1956), etc. Respecto a las conferencias, citaré algunas al ofrecer las semblanzas de los jefes provinciales de Sanidad.

3. JEFES DE SANIDAD PROVINCIAL Y MÉDICOS RELACIONADOS CON LOS FINES DEL CITADO CUERPO

Desde los años cuarenta hasta mediados de los setenta del siglo XX, son seis los protagonistas en el alto mando de la Sanidad provincial salmantina. Cuatro de ellos con el cargo de jefe, uno como jefe accidental y otro en el puesto de segundo jefe, según expongo seguidamente, tras citar a unos cuantos médicos, no todos, relacionados con la labor sanitaria, ya dando clases en cursos y cursillos, ya desde su puesto de trabajo.

Entre otros, cabe destacar a Félix Arcocha al frente del Departamento de Bacteriología del Instituto Provincial de Sanidad; Sánchez Villares, puericultor de los Servicios Provinciales de Higiene; Luis Prieto, en el Dispensario antituberculoso; Ambrosio de Prada, director de Los Montalvos; Enrique Sala, fisiólogo; Fermín Querol, decano de la Facultad de Medicina; Antonio García Bernalt, presidente del Colegio Médico de Salamanca, etc.

a) Don Ramón Fernández Cid: 1944-1954

Don Ramón Fernández Cid³ tomó posesión en Salamanca en octubre de 1944. Para presentar a este señor, haciendo como

otros casos, elijo las palabras publicadas sobre él en El Adelanto, que decían lo siguiente :

Don Ramón Fernández ha desempeñado varias jefaturas de las más importantes de España, entre ellas, la de La Coruña durante 14 años, habiendo realizado una labor admirable que ha merecido unánimes elogios de las autoridades sanitarias españolas. Últimamente ha desempeñado el mismo cargo en Santander. Ha estado en Norteamérica pensionado en varias ocasiones, habiendo trabajado en la Organización Sanitaria, habiendo adquirido conocimientos superiores que le han permitido llevar a cabo una labor magnífica en España. También ha estado en África dedicado a estudiar el paludismo en nuestra zona de frontera de Protectorado, donde estudió minuciosamente la Organización de la Lucha Antituberculosa. En virtud de concurso viene a esta provincia, donde le ligan buenas amistades y antiguos afectos.

Su labor va a tener como fondo la Ley de Bases de la Sanidad de 1944 y, en paralelo, encontrará la implantación de la Seguridad Social y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SEO)⁴. Sobre esta Ley de Bases, la revista *Gaceta Médica Española* abrió la posibilidad de exponer pareceres en pro y en contra, siendo varios los médicos que dieron su opinión favorable, entre otros, el doctor Rodríguez Fornos (desde Valencia) y el doctor don Antonio García Bernalt (desde Salamanca).

En Salamanca, don Ramón Fernández se encuentra con construcciones nuevas con relación a la Medicina, como son el Museo Anatómico y la Casa de la Madre (mayo de 1945). Entre sus conferencias, cabe señalar *La familia y el médico* (1946) y *La legislación sanitaria* (1950), y entre los cursos que se organizaron destaca el III sobre Virus (1950). También es reseñable el aviso dado en la prensa de unas Jornadas Médicas en Sevilla en las que intervinieron el doctor Palanca y el doctor Blanco Soler.

b) Don Joaquín de Prada Mesones: 1952-1954

Don Joaquín nació el 3 de marzo de 1888. Realizó los estudios de enseñanza secundaria en el colegio de San José de Calasanz de Valladolid⁵. Tras licenciarse en Medicina, realizó su tesis doctoral en la Universidad Central sobre *Carbuncosis humana* (1913). En Salamanca, realizó su labor como inspector



» Maestros con Historia



jefe provincial en los años veinte y treinta del siglo XX. Acabada la guerra civil, quedó al frente de la Jefatura Provincial de Salamanca, y desde la misma organiza o colabora en campañas anti enfermedades infecciosas que de nuevo adquieren mayor difusión y gravedad (paludismo, tifus, tuberculosis, venéreas, difteria, etc.).

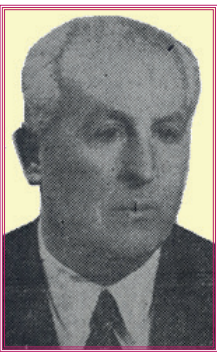
Igualmente, desde la Jefatura de Sanidad atiende, y en ocasiones programa cursillos, conferencias para la formación de sanitarios y divulgación de las medidas más adecuadas y convenientes.

Por concurso de traslados, en 1945 don Joaquín es nombrado jefe de Sanidad de la provincia de Valladolid y, posteriormente, de la Burgos. Vacante la jefatura de Salamanca por traslado de don Ramón Fernández, don Joaquín de Prada vuelve a la jefatura de Salamanca en 1952 por nombramientos de jefes provinciales.

Aquí continúa su labor meritoria y muy apreciada, por ejemplo, dando a conocer el 26 de febrero de 1953, juntamente con el doctor Gil Collado, la turalemia. En 1954, es promovido al empleo de médico mayor de segunda clase.

Pasa a ser nombrado jefe provincial de Badajoz, y estando en esta ciudad alcanza la jubilación. Vuelve a vivir en Salamanca, en donde finamente manifiesta su apego a la ciudad y su sabiduría ornitológica cuando, en 1961, concede a *El Adelanto* una entrevista, a la cual corresponde la fotografía aquí incluida⁶.

c) Don Julio Pérez Álvarez: 1954-1970



Nació el 26 de septiembre de 1900. Llegó Salamanca en 1931. En los años treinta del siglo XX, es subinspector de Sanidad en la provincia de Salamanca. Sigue en las décadas de los treinta⁷ y los cuarenta en ese cargo, primero al lado de don Joaquín de Prada, y luego, de don Ramón Fernández, pero al final de la década de los años cuarenta ya ha ascendido a inspector de Sanidad.

En la citada década de los cuarenta, participa en campañas sanitarias en cursos y conferencias. Entre estas cabe citar la del 2 de diciembre de 1947 y la de 21 de enero de 1949, en la que se reseña la clausura del Curso de Enfermeras-Visitadoras del Seguro Obligatorio. Otra lección suya fue sobre el *Concepto de epidemiología* (15 de marzo de 1950) y una más en ese año (25 de junio), la clausura del Cursillo de Diplomados en Sanidad.

En 1944, es jefe accidental de Sanidad Provincial de Salamanca durante unos meses, y vuelve a serlo el 1 de marzo de 1950. En marzo de 1954, cuando don Joaquín Prada se traslada a la provincia de Badajoz, queda vacante la jefatura de Sanidad, que pasa a ser ocupada por don Julio Pérez. El 9 de septiembre, en *El Adelanto*, se le hace una entrevista en la cual se dice lo siguiente:

Sobradamente es conocido en nuestra ciudad para que nosotros lo presentemos. Su laboriosidad, hombría de bien, magníficas dotes morales son las virtudes que le adornan y hacen de él una figura relevante, tanto en su profesión como en el ambiente de la ciudad. A don Julio se le quiere y se le respeta, y es que desde hace 25 años que lleva entre nosotros se ha granjeado la simpatía de la ciudad y él corresponde a la cita sintiéndose un salmantino más. Conocemos sus desvelos e inquietudes por el éxito de la Fiesta de la Flor, que personalmente se encarga de organizar.

Por lo que toca a Salamanca, en los años sesenta y setenta del siglo pasado se lleva a cabo la vacunación de escolares y niños más pequeños frente a la poliomeilitis, que se tomaba echada en un terrón de azúcar. Es la célebre vacuna del doctor Sabin.

En una nueva entrevista recogida en *El Adelanto* el 18 de febrero de 1956, don Julio se expresa rotundamente, de forma que sus palabras parece que también sirven para el presente. Dijo así:

Don Jaime Ferrán, el médico español que brindó al mundo la primera vacuna anticolérica, decía que "la vacunación constituye la gran higiene, capaz por sí sola de abortar cualquier epidemia. Y la experiencia se ha encargado de demostrarlo con largueza. Vacunándonos en los plazos precisos estaremos preparados contra la enfermedad y, lo que es a veces peor, contra el miedo.

Sigue en esta entrevista comunicando que en España se han reducido grandemente las enfermedades contagiosas y que cuando los jóvenes llegan a los 20 años ya han recibido tres vacunas. En el año 1961, se publicó el escalafón de los médicos de Sanidad, y él figura en el listado de los 24 jefes de primera clase.

En fecha tan avanzada, como entonces nos parecía, el verano de 1970, había algún caso de cólera en París, y ante la alarma se tuvieron que desarrollar campañas preventivas contra el cólera en España, y se vacunó el personal de puertos y aeropuertos.

A inicios de agosto se inauguró un nuevo Centro Secundario de Sanidad en Peñaranda, que era una restauración del que existía anteriormente. Finalmente, el día de su 70 cumpleaños, el 26 de septiembre de 1970, don Julio cesó como jefe provincial de Sanidad.

Todo el personal del Instituto Provincial de Sanidad y de Servicios le rindió homenaje de despedida⁸. Tras el agasajo, pronunciaron unas palabras de despedida don Mario Sánchez, subjefe provincial de Sanidad, y don Luis Prieto Pedro, director del Dispensario antituberculoso.

» Maestros con Historia

d) Don Jorge Mario Sánchez González

Como era subjefe de Sanidad, al jubilarse don Julio Pérez pasó a ser jefe provincial accidental de Sanidad de Salamanca desde el 27 de septiembre de 1970 hasta el 8 de marzo de 1971. Unos meses más tarde, en ese mismo año, es nombrado jefe provincial de León. Finalmente, vemos que, en 1981, en una asamblea extraordinaria de la SEE (Sociedad Española de Epidemiología), se presentaba como vocal de una nueva junta directiva cuya presidencia ostentaría Enrique Nájera Morrondo, que no llegó a ser elegida.

e) Don Nicolás Fernando Martín Fernández

Don Fernando Martín, según lo denominaba la prensa, tomó de posesión como jefe provincial de Sanidad el 8 de marzo de 1971. Se celebró el acto en el Gobierno Civil, presidido por el gobernador civil, el señor Navarro Villodre. Entonces mismo se dan algunos datos de este doctor:

Se incorpora a su cargo después de haber desempeñado idéntica misión en León, donde también fue profesor adjunto de la Cátedra del doctor Santos Ovejero de la Facultad de Veterinaria de aquella ciudad. Anteriormente estuvo en la Jefatura de Cádiz como especialista epidemiológico.

Pocos meses después de estar en el cargo, muestra a los salmantinos el proyecto de edificar un nuevo edificio para sede del Instituto Provincial de Sanidad, por cuanto el antiguo no estaba en buenas condiciones para prestar los servicios requeridos en aquella actualidad. En una entrevista concedida a un periodista de *El Adelanto* el 13 de noviembre de 1971, don Fernando Martín habla del proyecto (que ya dejó en su inicio don Julio Pérez), muestra los planos, da explicaciones de cómo va a ser el edificio proyectado, según lo ha diseñado el arquitecto Fernando Población, y precisa que se prevé su terminación en tres meses, con un presupuesto que supera los 30 millones de pesetas.



El entrevistador añade por su cuenta que don Fernando Martín es hombre joven, inquieto, preocupado porque todavía las cosas no ocupan el lugar que deberían. Sin embargo, no era tan joven, pues la Dirección General de Sanidad, por Orden de 10 de abril de 1982, dispone su cese como “director provincial de Sanidad”, lo que en algún medio se ha interpretado como inicio de su jubilación. Precisamente el año anterior pasó por una crisis la SEE, y sucedió al síndrome tóxico del aceite de colza.

f) Don José Ángel García Hernández

Nació en Alba de Tormes el 10 de abril de 1940. Ganó el Premio Extraordinario de Licenciatura en Medicina. En diciembre de

1971, el gobernador civil de Salamanca le impuso la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad. El jefe provincial de Sanidad, don Julio Pérez, dijo: “Don José Ángel ha ganado esta Encomienda por su trabajo y espíritu de sacrificio”.

El doctor García Hernández, hombre de fácil palabra, destacó su condición de becario de la Organización Sindical, y añadió: “Mi ingreso en la Orden de Sanidad se ha debido al cumplimiento de una obligación. Soy la cabeza visible que recibe el galardón, pero me corresponde sólo en pequeña proporción. La Encomienda corresponde a todos los sanitarios, desde el alto funcionario al más humilde”.

Como ya va dicho este doctor fue segundo jefe de Sanidad Provincial y también un destacado profesor en la Facultad de Medicina de Salamanca.



Notas:

1. La trayectoria seguida por Sanidad en España en el siglo XX ha sido estudiada por diferentes autores, como en el libro *25 Aniversario del INSALUD*, en la fecha que los cumplía, 2003. La Sanidad en la provincia de Salamanca en el siglo XX se expuso en un trabajo de varios autores que se publicó en Salamanca, *Revista de Estudios* nº 45, C. Moreno, E. Ramos y otros. Ed. Dip. de SA. Pero ese estudio es muy técnico, se fija en estadística y evolución de las epidemias, pero no señala doctores. El tema de la Sanidad en Salamanca lo aborde en la revista *Salamanca Médica* nº 69, Octubre-Diciembre de 2020. Allí dejé dicho que ese trabajo requería continuación, debido a la extensión del tema. En este número escribo una segunda parte sobre la Sanidad provincial en Salamanca, considerando desde 1945 hasta 1975, es decir, un periodo aproximado de una treintena de años, sin los límites de modo plenamente estrictos.
2. Ayudan también a elevar el nivel sanitario la divulgación de las conclusiones obtenidas a nivel nacional que se hacen llegar a las provincias. Fueron jefes nacionales de Sanidad el doctor Palanca y el doctor García Orcroyen. Cabe también decir que la prensa salmantina incluía las observaciones del doctor don Juan Ferrán Pérez.
3. Ya dejé mencionado a este doctor en *Salamanca Médica* Nº 69, y también señalé que había sido nombrado inspector de Sanidad de Palencia en 1920. Fue con este doctor donde precisamente terminé la primera parte de este tema, que ahora continúo.
4. En general, el Seguro Obligatorio de Enfermedad fue bien acogido por los médicos de la provincia, viendo que con él avanzaba grandemente la socialización de la medicina. Uno de los encargados de su implantación y organización fue Ángel Zamanillo.
5. De don Joaquín de Prada expuse bastantes datos en la revista *Salamanca Médica* Nº 69. Ahora añado algunos nuevos, y me fijo en la segunda vez que estuvo al frente de la Jefatura Provincial.
6. El día 23 de febrero de 1961, con el título *Llegaron las golondrinas*. En ella, don Joaquín recuerda sus viajes y su estancia en Badajoz.
7. En 1936 aportó material sanitario para la cura de heridos. De ahí se puede deducir que pasó los años de la guerra en Salamanca.
8. Don Julio expresó que llevaba entonces 39 años de servicios ininterrumpidos en Salamanca, de lo que se deduce que su ingreso fue en 1931 (1970 menos 39 años). También dijo que le cabía la satisfacción de dejar iniciada la construcción de un nuevo edificio para el Instituto Provincial de Sanidad.

» **Historia**

Por José M^a Manuel García-Osuna y Rodríguez

Historiador diplomado en Estudios Avanzados de Historia Antigua y Medieval
y médico de Atención Primaria



El gran rey Assurbanipal del Imperio Nuevo de Asiria (III)



Detalle de un relieve asirio en piedra, con dos soldados del ejército asirio, probablemente del siglo VII a.C. (British Museum) / nic mcphree - [Wikimedia Commons](#)

Cuando el soberano pasaba a mejor vida era enterrado en la antañona capital tradicional de Subartu que era Asur; aquí era coronado con toda sencillez el nuevo soberano. Sobre un trono liviano y precedido de un sacerdote, que gritaba “Ashur es rey”, llegaba a la ciudad de Ekur, que era el templo del dios nacional Ashur; entraba solo, con el sacerdote en el santuario, ofrecía un cuenco lleno de aceite, una mina de plata y un vestido bordado.

A continuación, de rodillas ante la imagen del dios, era ungiendo por el sacerdote acompañante, que le entregaba las insignias o emblemas del poder regio asirio: la Corona de Ashur y el cetro de Ninlil: “La diadema sobre la cabeza, que Ashur y Ninlil, los señores de la diadema, la pongan sobre ti durante cien años. Tu pie en el Ekur y tus manos alzadas hacia Ashur, tu dios, que sean bendecidas. Ante Ashur, tu dios, que tu sacerdocio y el sa-

cerdocio de tu hijo reciban una favorable acogida. Engrandece tu país con tu cetro. Que Ashur te conceda rápida satisfacción, justicia y paz” (H. Frankfort, *Reyes y dioses. Estudio de la religión del Oriente Próximo en la Antigüedad en tanto que integración de la sociedad y la naturaleza*, Alianza editorial, pág. 247; nota-10. Apud G. Roux, *Op. Cit.*, pág. 363).

Luego se dirigía hacia el palacio, donde era homenajeado por los altos dignatarios y cortesanos, los cuales le rendían homenaje y le devolvían las insignias de su función regia, pero el hecho era un auténtico paripé, ya que la mayoría de ellos eran ratificados en sus cargos; no obstante, así el soberano dejaba claro que todos dependían de él y de su poder. Todo terminaba con festejos populares.

El rey se encargaba de dar órdenes, recibía las noticias juzgadas como de importancia capital, ejercía de juez en algunos

» Historia

procesos de categoría, como, por ejemplo, los de Alta Traición, recibía a los embajadores de los reinos extranjeros y a sus propios magnates y contestaba a su correo. La correspondencia regia era dictada por el secretario del palacio o *Tushpar ekalli* a los numerosos escribas de la corte, cuya preparación solía ser eximia y poliglota.

El Gran Rey Assurbanipal de Asiria se encontraba mucho más auxiliado que otros monarcas de su tiempo, dejaba más iniciativa a sus subordinados y se dedicaba en cuerpo y espíritu a la práctica de la caza y a la religión; a esta última faceta vivencial se entregaba de forma total y absoluta, tanto en las urbes asirias como en la propia Babilonia.

Era el Sumo Sacerdote en algunos de los ritos creados especialmente para él, tales como: a) la *takultu* o banquete que se ofrecía a los dioses a cambio de su protección; b) el baño regio con el añadido de la realización de oraciones que se celebraba en el *bit rimki* o casa de los baños, y c) representaba a su pueblo ante los dioses: “y, como tal, era manipulado como un talismán o se convertía en el chivo emisario de todos los pecados de la comunidad” (H. Frankfort, Op. Cit., pág. 259; nota- 13; apud G. Roux, Op. Cit. pág. 364). Todo ello comprendía, asimismo, ayunos y afeitados rituales, e inclusive el soberano se humillaba ante los dioses.

El monarca de Asiria estaba convencido de que los dioses regían todo lo que les pasaba a los seres humanos, por lo que solía estar rodeado de adivinos y astrólogos, y nunca tomaba ningún tipo de decisiones sin consultarles hasta en lo más mínimo; si los presagios eran negativos, el monarca no intervenía en nada para tratar de cambiarlo.

La administración central de Asiria era amplia y eficaz. El nivel más alto de los dignatarios lo ocupaba el general en jefe de los ejércitos o *turtānu*, pero dividido en dos a causa de la complejidad de la milicia asiria: el principal o de la derecha y su asistente o el de la izquierda. A continuación se encontraba el copero real o *rab shaqê*, y luego, sucesivamente, el heraldo del palacio o *nagir ekalli*, el gran intendente del registro o *abaraku rabû*, el visir o *sukkallu* y el general en jefe de los eunucos o *rab rêshê*. Algunos de estos sujetos pertenecían a la propia familia real, y todos ellos tenían responsabilidades militares.

En los escalones inferiores se encontraban: el gran canciller o *sha pân ekalli*; el administrador del palacio o *rab ekalli* y los delegados regios para determinadas misiones o *qurbûtu*. El Estado central asirio y sus múltiples provincias se mantenían económicamente por medio del tributo y de los impuestos que se cobraban al sector privado, tales como las tasas agrícolas y las comerciales, los peajes, etc. Los departamentos de la administración central eran regidos por una pléyade de funcionarios subalternos.

El botín de las guerras y los regalos más o menos voluntarios de los soberanos y régulos vasallos consistían en lingotes de metales preciosos y productos de lujo. Todo lo que se percibía era guardado en el tesoro regio, y se repartía entre la familia del monarca, los palacios que regían a las provincias y los templos; pero el soberano lo podía utilizar para recompensar a sus fieles.

Las otras rentas del Estado asirio provenían de sus dominios reales o nobiliarios, de los préstamos que concedía, de las confiscaciones obtenidas de los que caían en desgracia y de las ventas de los esclavos. A partir del siglo VIII a. C., los documentos mercantiles se van a redactar en arameo, como *lingua franca* que es, y sobre pergamino o papiro, que son materiales endebles y que no han llegado hasta la actualidad.



Estatua de Assurbanipal. Asian Art Museum of San Francisco / [Infromthestorm - Wikimedia Commons](#)

Los monarcas asirios protegieron al comercio, que por medio de su impulso llegaba hasta Egipto, al golfo Pérsico, al mar Egeo y al propio Mediterráneo occidental, llevado todo ello por los mercaderes fenicios. Las mercancías que se transportaban solían ser muy valiosas, verbigracia, el algodón o el lino para las vestimentas de los seres humanos del momento histórico, los tintes, las piedras preciosas y el marfil. Por medio de sus conquistas, Shubartu llegaría a poder explotar el hierro de Fenicia y la plata de Anatolia. La industria era de tipo artesanal y muy modesta; los artesanos eran empresarios privados sometidos a contrato o *ishkâru* del palacio, pero la base de la economía eran la agricultura y la ganadería, la unidad básica de producción era la aldea y el minifundio estaba muy extendido.

Por el contrario, el monarca y sus cortesanos, incluyendo los gobernadores provinciales, poseían latifundios que explotaban mediante mano de obra esclava y de ciudadanos libres. La población y la riqueza se concentraban en las seis grandes ciudades asirias (Nínive, Assur, Nimrud, Jorsabad, Shibaniba, Qattara), este sería el fenómeno primigenio para la descomposición del imperio.

La población de Asiria estaba conformada en tres niveles: 1º) **los hombres libres**, que incluía asimismo a los nómadas; 2º) **los individuos que dependían totalmente del Estado o de ricos propietarios**, y que son llamados *mushkênu* y 3º) **los esclavos**, estos últimos provenían del grupo de los deudores insolventes y de los muy ingentes prisioneros de guerra, pero, aunque parezca extraño, estaban en posesión de ciertos derechos, y podían ascender a ocupar puestos en la administración asiria.

Los textos oficiales de Asiria describen con términos imprecisos a los habitantes de su imperio, ya que para ellos son una masa humana vagamente considerada, y siempre al servicio del soberano o Gran Rey o *dullu shari*, se les denomina con el nombre genérico de gentes o *nishê*, o seres humanos o *napshâti*, o súbditos o *ardâni*, y todos ellos estaban obligados a formar parte de la poderosa maquinaria bélica de Asiria que era su ejército.

» Historia

III.- LA MILICIA DE ASIRIA

En esta dinastía de los sargónidas, el ejército asirio es el mejor y más eficaz del mundo conocido. La milicia de los asirios ya había sido estructurada en la época del rey Tiglat-Pileser III [en acadio, *Tukulti-Apil Esarra* o “Mi confianza está en el hijo de Esharra”. ¿?-REY DE ASIRIA, 745-727 a. C.], y estaba conformada por tres tipos de soldados:

1º) **Profesionales** o ejército permanente o *kisir shârruti*, que se encontraban acuartelados en todas las provincias del imperio asirio, abarcaban desde los asirios *sensu stricto* hasta los babilonios o los amorreos-sirios. Los arameos eran la mayoría y provenían de las tribus *itu* y *gurrâis*, siendo unas muy eficaces tropas de choque. Las tropas auxiliares eran los cimerios, los medos, los árabes y algunos elamitas, todos ellos eran reclutados más o menos voluntariamente. Todos estos soldados profesionales conformaban la guardia real asiria, “los que marchan a mis lados”.

2º) **Disponibles**: a) **Soldados del rey** o *sabe sharri*, que eran seleccionados y se encontraban en la fase de servicio militar obligatorio a título de *ilku*. La recluta era global para todo el territorio imperial asirio, y en todos los niveles sociales, pero solo por un tiempo determinado, y recibían una ración de comida diaria, debían estar a la espera en sus casas o en sus campos para ser llamados a la milicia e ir a la guerra. b) Existían **reservistas** o *sha kutalli* o “los de atrás”; recibían las raciones de comida, pero solo eran movilizados para cubrir las bajas. c) Y finalmente, los **suplentes**, quienes eran reclutados en masa en alguna región concreta del imperio, para el caso de una guerra de gran envergadura.

“Este sistema de reclutamiento tenía enormes ventajas. En primer lugar, había en todas partes tropas dispuestas a intervenir inmediatamente a partir de las ciudades en las que estaban de guarnición, ya fuera para aplastar alguna revuelta local o para, partiendo de una o varias de las fortalezas que jalonaban las fronteras del imperio, hacer frente a un repentino ataque del exterior.

En segundo lugar, la existencia de un ejército permanente permite, por una parte, reagrupar rápidamente en torno a él las fuerzas necesarias para llevar a cabo alguna operación importante, y por la otra, llevar a cabo operaciones de larga duración, mientras que el reclutamiento ocasional o estacional de tropas, único sistema conocido hasta entonces, obligaba a acortar la duración de algunas campañas para que los hombres pudiesen volver al trabajo de los campos [nota-25. H. W. Saggs: *Assyrian warfare in the Sargonid period*]. Añadamos que el ejército asirio poseía otras bazas aún mayores, como un eficaz sistema de comunicaciones por correos rápidos (con posadas en cada etapa y con relevos de caballos), y a veces por señales de fuego, así como un servicio de informaciones y espionaje que no tiene nada que envidiar al de los Estados modernos [nota-26. A. L. Oppenheim: *The eyes of the lords*]” (apud G. Roux, *Op. Cit.*, pág. 368).

Por ciertos datos se puede calcular el número de efectivos que eran movilizados en cada campaña, por ejemplo, el Gran Rey Salmanasar III [¿?-REY DE ASIRIA desde el año 858 a. C.-muerte en 824 a. C.], hijo y sucesor de Assurbanipal, puso en pie de guerra a setenta mil soldados en la batalla de Qarqar contra el País de Ass (Damasco), Hama e Israel, donde sería derrotado (año 853 a. C.); y se piensa que una sola provincia del imperio podía proporcionar 1.500 caballeros y 20.000 arqueros.

En resumen, en el siglo VII a. C., el poderoso monarca de Asiria pudo poner en pie de guerra de cuatrocientos a seiscientos mil soldados, sin incluir a los suplentes. Pero se desconoce el nombre de las unidades militares, y los términos sobre cómo evolucionaban las batallas suelen ser ambiguos; aunque todo el desarrollo puede ser seguido por los múltiples bajorrelieves de los templos, que son muy abundantes.

La élite de los soldados, siempre asirios *sensu stricto*, servía en la caballería y en los carros de combate. Los militares de Shubartu llevaban un casco puntiagudo, vestían una túnica de



Assurbanipal, detalle de una escena de caza de leones del Palacio Norte en Nínive. Siglo VII a.C. British Museum / Osama Shukir Muhammed Amin - [Wikimedia Commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Assurbanipal_hunting_a_lion.jpg).

» Historia



Relieves asirios de Nínive (detalle). British Museum (Museo Británico) / Pablo Cabezas - Flickr

mangas cortas, se protegían en ocasiones con una coraza o con una cota de malla, sus medias botas llevaban cordones, los caballos no llevaban silla ni estribos y sus equinos eran iraníes. Los caballeros portaban una lanza o un arco y, en este último caso, eran dos jinetes, uno sostenía las riendas y el otro disparaba las flechas.

Los carros de combate llevaban cuatro guerreros: un arquero, un auriga y dos soldados para proteger a los anteriores con escudos. La infantería estaba conformada mayoritariamente por arameos, y se dividía en pesada (con lanceros y arqueros) y ligera (con honderos y saeteros). Algunos de estos infantes llevaban túnicas largas con o sin armadura, otros portaban faldas o túnicas y, en el caso de estos soldados de a pie, iban cubiertos por dos tipos de casco, unos eran puntiagudos y otros, en forma de cresta, aunque en ocasiones solo ceñían sus cabellos con un lazo, que rodeaba su pelo en forma de moño sobre la nuca.

El calzado de la infantería abarcaba desde la media bota hasta la sandalia, pero algunos de estos combatientes iban descalzos. Los lanceros se protegían tras sus escudos, que eran llevados por los no combatientes, los cuales acompañaban a los arqueros de largo y picudo carcaj. Llevaban dos escudos: uno pequeño, redondo, y otro enorme, rectangular. Los honderos y saeteros no llevaban casco ni escudo, guiaban a la infantería ligera y la cerraban, formaban lo que puede ser denominado como comandos de acción.

La mayor parte de los soldados llevaban espadas para el cuerpo a cuerpo, y los oficiales llevaban largos vestidos bordados y una maza para la pelea. Cada unidad tenía sus tenderos o mercaderes, coperos, cocineros, panaderos, pasteleros y hombres de fatigas o *huphu*. Les acompañaban los pertinentes músicos, abanderados, escribas, intérpretes, adivinos y nigromantes, mensajeros, oficiales del “segundo despacho” y ganados con sus pastores.

Los asirios eran los maestros de la poliorcética o del cerco de las ciudades, por lo que poseían ingenieros, carpinteros y zapadores, los cuales se encargaban de la fabricación y del uso de los artilugios precisos para un asedio, tales como: trincheras, taludes, escalas continuas, torres de asalto con ruedas de madera, arietes y catapultas. Las tropas shubarteas vadeaban y remontaban los ríos utilizando odres de vino para poder nadar o *mashkirū*, y balsas ligeras con flotadores o *kalakkū*.

Pero los relieves también nos ofrecen los escasos momentos de solazamiento o reposo de la soldadesca asiria, desde verlos cuidando sus caballos o matando al ganado para poder comer, bebiendo, jugando y bailando al son de las arpas y de los tambores. A pesar de todo lo que antecede, este muy poderoso ejército asirio tenía los pies de barro, ya que su cosmopolitismo le hará perder en eficacia, en lealtad y en cohesión, y aunque se desconoce cuál fue la causa primigenia, esta civilización y su ejército cayeron en pocas semanas y con estrépito ante sus irredentos enemigos, los soldados de Babilonia y la milicia de los medos. *Continuará...*

Instantes de Vida

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



In Memoriam © JUAN SALVAT PUIG

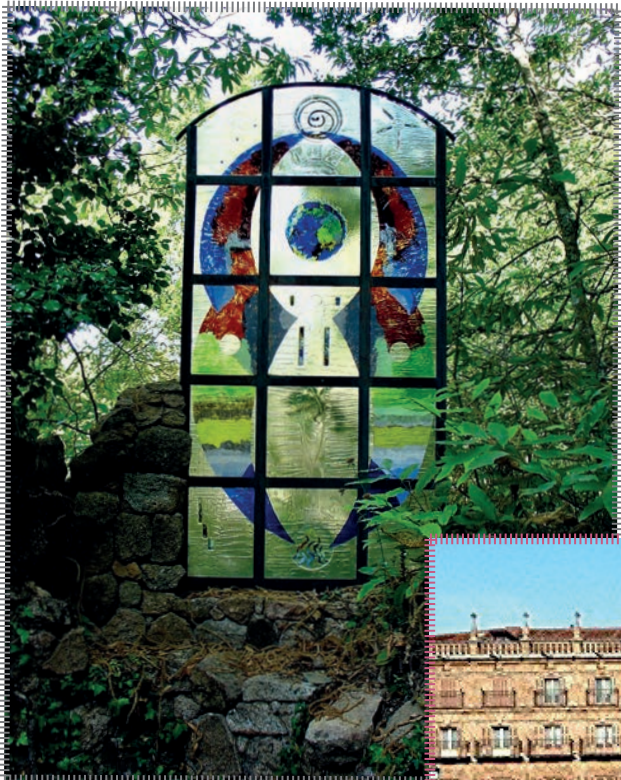


© EMILIO FONSECA



Contrastes de atardecer © SANTIAGO ALBERCA

» Instantes de Vida



© EMILIO FONSECA

¿Cómo colaborar?

Por e-mail:

salamanca@saludadiario.es

Características técnicas:

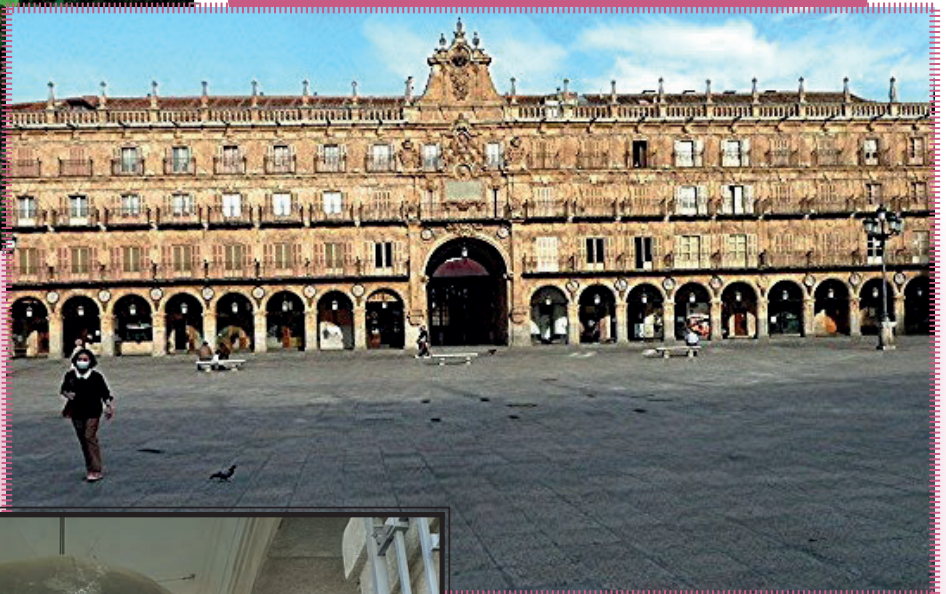
.jpg .tif o .pdf de alta calidad

Por correo ordinario:

C/ Bientocadas, 7

37002- Salamanca

(Ref.: Salamanca Médica)

*Efecto pandemia*

© JM LUCAS

*Luna en Oporto*
© 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*



La vacuna del covid



Aquella mañana de martes empezó como cualquier otra ajetreada mañana de invierno en mi centro de salud de Salamanca. Catarros, ajustes de medicación de enfermos crónicos, glucemias demasiado altas, tensiones desbocadas, niños llorando con diarrea y mocos, extracciones de sangre, radiografías, recetas... A todo eso se añadían esa mañana los últimos coletazos de la pandemia de covid, con un goteo de casos agudos, y por fortuna leves, y sobre todo, de secuelas de casos antiguos, una serie desigual y variada de diversos trastornos físicos y psicológicos atribuidos con o sin razón a una enfermedad covídica resuelta hacía semanas o meses.

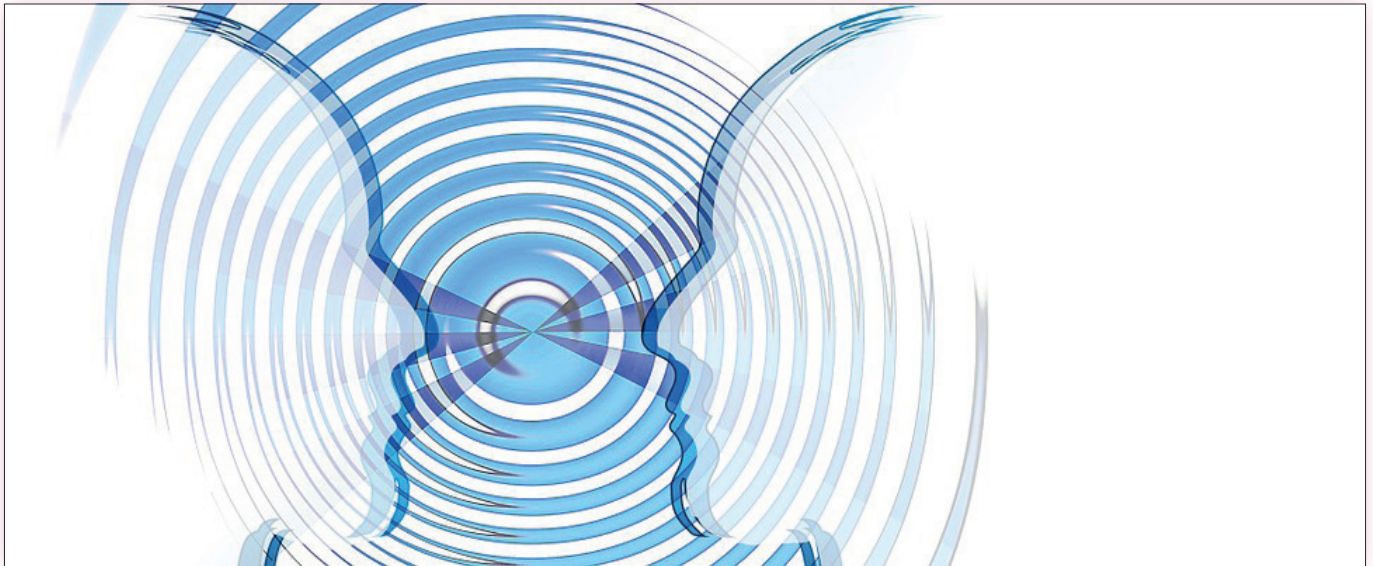
A ello se sumaban en aquellos días numerosas consultas sobre supuestas reacciones adversas a las vacunas contra el covid, preparados que se habían administrado a la inmensa mayoría de la población salmantina en los meses anteriores. Lo cierto es que parecía que los pacientes adultos habían olvidado lo que era vacunarse, una práctica habitual en la infancia y la adolescencia desde hace décadas, y que provocaba con frecuencia algunos malestares que podían durar uno o varios días. Aquello parecía aceptarse bien para los niños, pero constituía motivo de

preocupación para los adultos. Pero el problema no eran estos cuadros leves y de corta duración tan frecuentes. Lo malo, y lo que abundaba esas mañanas en las consultas, eran las supuestas consecuencias a largo plazo de esas “nuevas y modernas vacunas que no habían sido probadas lo suficiente”. La astenia, la debilidad, los olvidos, la dificultad para hacer esfuerzos, los dolores articulares, la dificultad para dormir, el nerviosismo injustificado e incluso las alteraciones en la libido eran quejas que llenaban las consultas, ya de por sí ajetreadas por aquellos días de invierno.

Pero volvamos a aquella mañana concreta de martes. La recuerdo muy bien. La jornada se presentaba especialmente apretada. Una baja inesperada de un compañero sobrecargó las agendas de consulta del resto para ese día. Por si fuera poco, por la tarde tenía que acudir a la consulta de mi urólogo para ver los resultados de una biopsia de la próstata motivada por una PSA que últimamente había aumentado por encima de lo esperado, y una hora después tenía una reunión familiar complicada para resolver un antiguo conflicto en torno a una herencia.

Obvié el primer café de la mañana con los compañeros y me senté raudo en mi consultorio dispuesto a acelerar en lo posible

» La más humana de las ciencias



la mañana de trabajo. Abrí el ordenador y vi una lista demasiado abultada para una sola mañana. Mal comienzo. Repasé rápidamente los nombres y... ¡horror!, casi al final de la lista vi que estaba apuntado el nombre del más temido paciente del centro, D. Cenobio Seco, un hombre mayor de carácter áspero y de vida solitaria que, por fortuna, acudía muy poco al centro de salud, pero que cuando lo hacía era el terror de todos los médicos.

Era evidente que padecía algún trastorno psiquiátrico no diagnosticado que le imprimía un carácter frío y distante, desprovisto de cualquier tipo de empatía hacia los demás y que le blindaba frente a cualquier intento de asesoramiento en materia de salud. Sobre ese pensamiento desestructurado y frío orbitaba una inteligencia aguda que le permitía ganarse bien la vida como funcionario administrativo y llevar una vida independiente. Sus escasas consultas médicas eran largas, imposibles de dirigir o acortar y siempre conducían a un punto confuso y sin retorno, con un resultado en apariencia estéril. Daba siempre la impresión de tener ideas delirantes que no se atrevía a expresar del todo a terceros.

Así que, con gran resignación y desánimo, empecé la consulta, que me pareció en aquel instante una empinada cuesta imposible de salvar. Llamé entonces al primer paciente, después al segundo, y así sucesivamente, escuchando innumerables quejas y lamentos y tratando de ayudar en lo posible a cada uno de ellos de la forma más acelerada posible. Avanzaba la mañana y no se me quitaban de la cabeza D. Cenobio, mi próstata ni la reunión familiar. A veces me animaba pensando que D. Cenobio no asistiría por algún motivo, y así podría salir antes y descansar un poco antes de enfrentarme a la tarde.

Por fin llamé por el sistema de altavoces al temido D. Cenobio, y a los pocos segundos apareció por la puerta del consultorio con su paso pausado y lento inconfundible y su bastón, que siempre vi más como una potencial arma que como un instrumento de apoyo. Tragué saliva y le saludé educadamente con una sonrisa.

—¿Qué tal está, D. Cenobio? ¿En qué puedo ayudarle?

D. Cenobio pareció no escucharme. Se acercó con calma a la

silla que estaba frente a la mesa, se sentó y solo me pidió, en voz baja y sin mirarme, permiso para dejar su bastón sobre la mesa.

—Mire, vengo a consultarle algo muy delicado que no creo que pueda entender. Había pedido consulta con el Dr. García, pero me han dicho que hoy no está, así que me han pasado a usted. Quiero que entienda que usted es hoy mi segunda opción, pero que he decidido no esperar más y plantearle a usted directamente mi problema.

Empezamos bien, pensé para mí, procurando no mostrar mi orgullo herido por sus extemporáneas palabras y que mi cara no reflejara mi rechazo, con el fin de no obstaculizar la consulta y acabarla cuanto antes.

—Esto que me sucede no es culpa mía... Yo no quería verme envuelto en este asunto... Me vi obligado por las circunstancias a hacerlo, pero siempre temí las consecuencias de una acción tan apresurada y poco valorada... Mi situación es muy especial y tengo que ser cauto... pero ellos me obligaron a hacerlo... Me siento muy mal... no quiero esto... —dijo con zozobra y de forma entrecortada.

Yo le miraba fijamente, sin apenas pestañear, mientras él lanzaba estas frases vagas con una fuerte carga afectiva que no llegaban a ningún fin. Intenté mantener la calma y dejarle hablar para ver si acababa diciéndome cuál era el problema concreto que le traía a la consulta, aunque yo fuera únicamente su segunda opción como médico. Él, en cambio, apenas me miraba, sus ojos evitaban centrarse en los míos, algo habitual en él, por otra parte, y parecía que dirigiera su discurso inconexo a otra persona diferente a mí que estuviera en el consultorio.

—Todos se dan cuenta de lo que me pasa, lo noto, pero me evitan, tienen miedo... No saben que yo no lo quiero, que no quiero nada de ellos... pero tuve que hacerlo... Soy yo el que está asustado y el que sufre con esta situación impuesta.

Su actitud fría y el hecho de que aparentara ignorarme me generaban una sensación muy incómoda, un sentimiento profundo de soledad, como si no estuviera allí comunicándome con otro ser humano. Además, en su forma de hablar había atisbos de un

» La más humana de las ciencias

intenso sentimiento de desesperación y sufrimiento, probablemente un dolor que yo nunca había conocido ni podría nunca padecer. Creo que era el profundo dolor de la soledad, de la incapacidad de no poder conectar con otro ser humano nunca.

Al cabo de unos 10 minutos de este monólogo interminable y vago, y viendo que no avanzaba, intervine de manera activa y educada, pero con cierta determinación.

—Mire, D. Cenobio, disculpe, pero no entiendo cuál es su problema ni qué necesita de mí. Le ruego que sea más concreto y vaya al grano del asunto. Es tarde, todavía quedan varios pacientes por atender y tenemos que avanzar —intentando conminarle de algún modo a terminar su discurso.

De repente se calló y empezó a mirar a su alrededor con un gesto de desesperación. Yo no perdía de vista el bastón que había dejado sobre la mesa por si en algún momento decidiera utilizarlo contra mí.

—¡Dios mío! Ya le dije que no iba a entenderme, que esto es demasiado para usted, esto es desesperante... No sé a quién acudir... quiero que me lo quite.

En aquel momento, sentí que mi paciencia se acababa. La ira, el rechazo y la pena hacia ese ser humano se aunaban en mi mente. Era lo mismo que había sentido en las dos o tres ocasiones en que había venido a mi consulta. La imposibilidad de entendernos mutuamente y la sensación de que la entrevista se alargaba, mientras otros pacientes con quejas más definidas y claras esperaban fuera, me impacientaba e irritaba. Decidí cambiar el abordaje y centrar yo la conversación, tanteando para acelerar la consulta.

—Entonces, ¿ha tenido usted algún problema con la tensión, la próstata o el azúcar?

¿Quiere solicitar algún análisis o radiografía? ¿Podría tener su problema algo que ver con el covid? —apunté finalmente, perdido y sin rumbo, tratando de hallar una respuesta concreta.

—Sí, la vacuna, eso es, a eso me refiero y eso es lo que me tiene sobresaltado —dijo con vehemencia, como si por fin hubiera conseguido que mi escasa inteligencia entendiera su evidente demanda.

—Veo en su historial que, efectivamente, se ha puesto una dosis de la vacuna del covid. ¿Le ha producido, D. Cenobio, algún efecto molesto? ¿O desea ponerse la segunda dosis, que veo que aún no ha recibido?

—No, no, no quiero más dosis —y miró de nuevo a su alrededor, gesticulando y mostrando su impotencia por mi incompreensión—. De hecho, nunca lo quise, no quería vacunarme, pero ellos me obligaron... No quería de ningún modo, pero tuve que ponérmela...

Y en ese momento se quedó como suspendido y callado, como si hiciera un esfuerzo titánico por dejar salir su motivo de preocupación y zozobra. Y entonces dijo, mirando al infinito:

—Y al final me tuve que poner la dichosa vacuna. De inmediato me sentí mal, con todo el cuerpo dolorido. Tiritaba, me dolían todas las articulaciones y me sobrevino un cansancio extremo... Apenas pude llegar a mi casa y me tumbé... y creo que estuve durmiendo el resto del día... Tuve sueños intensos... me vi morir... Creo que, de hecho, morí aquel día...

Contuve el aliento en esos instantes, dejando que se relajara después de esa declaración dramática que tanto esfuerzo le había costado revelar.

—Y entonces desperté empapado en sudor —continuó sin mirarme—, y advertí que una pequeña luz brillante había aparecido en el lado derecho de mi habitación, a la vez que algo importante había cambiado en mí... ya no era el mismo...

Volvió a su mutismo y a realizar gestos extraños por mi clara incredulidad mientras señalaba la posición de esa luz que aún permanecía en su campo visual derecho. Mi desesperación y urgencia por acabar esa consulta sin sentido se hizo entonces perentoria.

—¿Se sintió entonces mejor? ¿Su cansancio se alivió? ¿Notó alguna pérdida de visión o pérdida de sensibilidad o fuerza en alguna extremidad? Es normal que se sintiera mal después de la vacuna durante unas horas, de hecho...

—No entiende nada —me interrumpió fría y bruscamente—. No era el mismo porque, a partir de ese instante en que apreció esa luz, noté que —y en ese momento cogió aliento— si miraba fijamente a los ojos de una persona, podía leer su pensamiento con gran claridad. Podía ver lo que ella veía, sentía y pensaba.

¡Bueno!, me dije para mí. Lo que me faltaba por escuchar como efecto secundario de la vacuna del covid, ¡la capacidad de leer el pensamiento! Esto era algo insensato. Mi paciencia se había agotado y tenía que librarme de D. Cenobio como fuera y rápido.

—Pues si usted está convencido de que puede leer el pensamiento tras ponerse la vacuna del covid, debo decirle que no puedo hacer nada al respecto. Supongo que ese don le será ventajoso en muchas circunstancias. Aprovéchelo.

—No, no. No lo entiende —dijo de nuevo con rabia, estupor y decepción, mientras se miraba las manos abiertas—. Yo nunca he querido saber nada de la gente. Los demás solo son fuente de incompreensión y dolor. Quiero estar solo, no quiero compartir nada con nadie, ni siquiera sus pensamientos. Y hoy acudo a usted tras una gran lucha conmigo mismo, porque necesito que extraiga de mi mente esa facultad. Opéreme, deme algo, pero necesito urgentemente dejar de recibir esa información de los demás.

—Pues siento comunicarle —le dije de forma tajante, y dando por terminada la consulta mientras iniciaba el movimiento de levantarme de la silla— que ese efecto secundario de la vacuna nunca se ha notificado en ninguna revista ni registro médico y que de ningún modo contamos con remedios para él.

Y en ese momento en que me incorporaba, y por primera vez en toda la consulta, me miró fijamente a los ojos con una intensidad que me sentó de nuevo en la silla y me produjo una turbación extrema. Entonces me dijo lentamente, sin dejar de mirarme, y ahora con gran aplomo y seguridad y sin titubeos:

—Usted no me está entendiendo porque tiene su mente en otro lugar. Está pensando en sus análisis de la próstata y en esa reunión familiar de esta tarde que tanto le preocupa, y solo quiere acabar sus consultas cuanto antes para irse a resolver sus asuntos. Usted está ignorando mi problema y pensando que es fruto de una mente trastornada. Está dejando pasar por alto un grave problema para mí y un acontecimiento médico excepcional

» La más humana de las ciencias

que podría abrir una puerta nueva al conocimiento humano. Entonces apartó su mirada intensa de mis ojos, se levantó despacio, recogió su bastón de la mesa y se fue caminando sin despedirse como si portara una pesada carga.

Yo quedé estupefacto sentado en la silla. ¿Cómo podía saber D. Cenobio, un hombre extraño y huraño que vivía sin ningún tipo de contacto social, todo lo que dijo sobre mí? Solo nos habíamos visto un par de veces más hacia dos o tres años en la consulta, y solo habíamos hablado de preocupaciones médicas siempre incoherentes. Era algo sorprendente e inaudito. No podía creerlo. ¿Sería posible que la vacuna del covid hubiera podido inducir como efecto secundario una facultad neurológica que permitiera percibir el pensamiento que tiene lugar en otros cerebros con solo mirar a los ojos?

Era absolutamente improbable, pero mi mente racional no podía entenderlo de otro modo. Era imposible que hubiera lanzado al azar comentarios tan específicos como esos y que hubieran coincidido con mis verdaderos pensamientos. Pero yo sé que es imposible leer el pensamiento de otros, o así lo creemos todos. Quizás intuía algo en mi forma de comportarme o dije algo que le dio alguna pista. Pero ¿cómo pudo saber esas cosas tan concretas de mí solo observando mi actitud? Nada me cuadraba, pero desde luego que consiguió al menos distraer mi atención sobre la próstata y mi reunión familiar.

Aunque tenía prisa por acabar la consulta de la mañana, salí un momento al lavabo a mojarme un poco la cara y relajarme. Tenía que pensar qué hacer con D. Cenobio. Podía intentar localizarle en la salida del centro de salud o en sus cercanías, donde probablemente aún estaría, y tratar de sacarle más información y testar su posible facultad telepática. Pero ¡era un hombre tan difícil de abordar! O podía hablarlo antes con algún compañero neurólogo y ver qué pensaba. Todo era una locura.

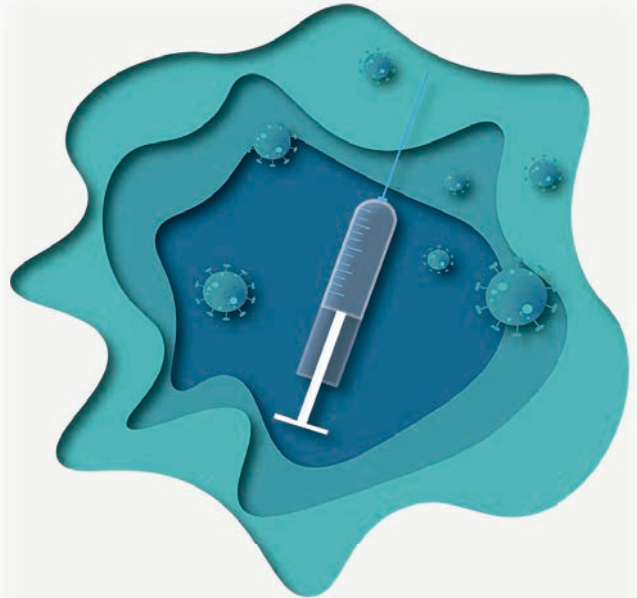
Salí del cuarto de baño y, de vuelta a mi consulta, me crucé con Ana, la recepcionista del centro:

—¡Vaya cara que trae, doctor! Ya me supongo la causa. Crea que siento haberle tenido que asignar a Cenobio Seco, pero el Dr. García está hoy de baja, como sabe, y aunque en primera instancia le asigné otro de los médicos, después de un rato de espera vino a mí e insistió en que le asignara a usted. Y ya sabe que es un señor que da un poco de miedo. No pude evitar hacerle caso.

—Me sorprende —le dije—. Me ha dejado muy claro con su franqueza habitual que era solo una segunda opción. Supongo que nos tiene a todos clasificados en su ranking de capacidades profesionales.

—Seguro —contestó Ana—, el caso es que llevaba en el centro desde primera hora de la mañana y, bueno, también me llamó la atención que mientras esperaba al otro médico, al que le asigné a primera hora, se quedó observando muy atento cómo usted llegaba y hablaba en el pasillo con el director. Fue justo después de eso cuando me pidió el cambio a su consulta.

Me quedé pensativo y caí en la cuenta de que, exactamente cuando había llegado al centro a primera hora, me había encontrado ahí mismo con el director, gran amigo mío, que se interesó por mis análisis prostáticos y mis problemas familiares en torno a esa herencia. ¡Estaba claro! El muy granuja me había engañado bien. Sin duda escuchó la conversación y luego cambió de médico para que le viera yo y hacerme tragar su engaño con vaya usted a saber qué fin. Ya sabía yo que era un zorro, trastornado, pero zorro al fin y al cabo.



No puede evitar sentir un gran alivio ante el giro de los acontecimientos y volver a mi consulta, donde acabé de ver a los tres últimos pacientes que me quedaban. Colgué mi bata en el armario y me dirigí a la puerta del centro enfrascado en mis próximos asuntos vespertinos, cuando advertí que me llamaba de nuevo Ana, la recepcionista.

—No le he contado otra cosa divertida de D. Cenobio. Mientras hablaba con él sobre el cambio de cita traté de ser amable, porque en el fondo me da un poco de pena y, en un momento dado, se quedó unos instantes mirándome a los ojos fijamente y me dijo: “No pienses que soy un hombre trastornado, al menos no más que el resto. Y deja de pensar en ese trabajo que te han ofrecido en Madrid. Aquí te sientes muy a gusto y puedes progresar en la gestión administrativa del centro. Madrid solo traerá dolores de cabeza a una chica salmantina como tú”. Ja, ja, ja... La verdad es que me impresionó, porque llevo toda la semana pensando en esa oferta de trabajo y no se lo había comentado a nadie, ni siquiera a mis amigas más íntimas. Ni tan siquiera a mi madre. Pero bueno, supongo que me vio preocupada por algo y acertó en el motivo. Parece un poco brujo, pero al menos es la primera vez que vi cierta amabilidad en su trato. No le entretengo más. Que tenga una buena tarde, doctor.

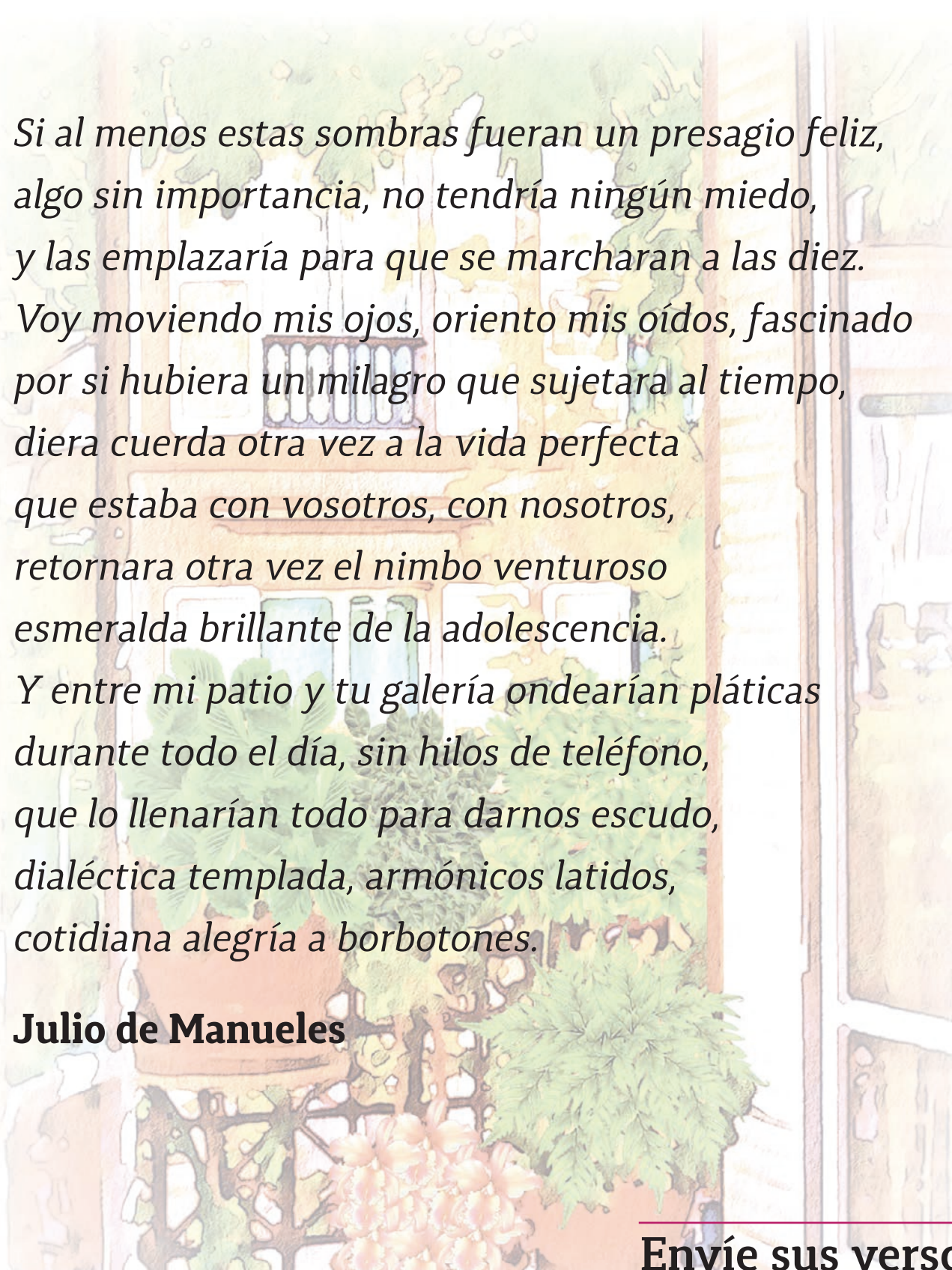
La biopsia de la próstata salió bien, y el asunto de la herencia se arregló por fin aquella tarde. Pero la historia de D. Cenobio Seco, al que nunca volví a ver, me dejó intrigado, y desde entonces no he dejado de preguntar a todos los pacientes que me han relatado posibles efectos adversos de la vacuna del covid si han observado una pequeña luz brillante en su campo visual derecho y si, por algún casual, imaginan lo que estoy pensando en ese momento.

© Todos los derechos de esta publicación corresponden a su autor

Pensamiento poético

Galería de la casa de Juan

*Miro desde mi patio por las ventanas de tu galería,
mientras por cada sitio aún resuenan los ecos
de nuestros dichos y de nuestro ingenio,
de esta amistad indeleble y cernida.
Pero la verde galería está deshabitada.
Y remiro, rebusco, tratando de encontrarte
entre los tuyos, conversando, moviéndote, viviéndote.
Insisto, indago por si estás ahí, aún no os habéis marchado
y en la galería vibrando os reuniréis de nuevo.
Mas sólo veo medrosas sombras para robar
hasta los besos de la luz, dejar todo en tinieblas.
Quiero ahuyentarlas, entreabrir el cerco, que se paren,
pero es triste mi soplo para llegar tan lejos,
aunque mi lealtad esté alzada con fuerza
en mi alma intranquila y obstinada.
Y prosiguen las sombras de patrulla día y noche
y no hay resol ni lámpara que las minore un poco
y dejen de llamarme, inconformes, sin tregua.*

A watercolor illustration of a balcony scene. In the foreground, there are several potted plants, including a large green leafy plant and a cluster of orange flowers. In the background, a balcony railing is visible, and beyond it, a building with windows and a small balcony with a railing can be seen. The overall style is soft and artistic, with a warm color palette of greens, oranges, and browns.

*Si al menos estas sombras fueran un presagio feliz,
algo sin importancia, no tendría ningún miedo,
y las emplazaría para que se marcharan a las diez.
Voy moviendo mis ojos, oriento mis oídos, fascinado
por si hubiera un milagro que sujetara al tiempo,
diera cuerda otra vez a la vida perfecta
que estaba con vosotros, con nosotros,
retornara otra vez el nimbo venturoso
esmeralda brillante de la adolescencia.
Y entre mi patio y tu galería ondearían pláticas
durante todo el día, sin hilos de teléfono,
que lo llenarían todo para darnos escudo,
dialéctica templada, armónicos latidos,
cotidiana alegría a borbotones.*

Julio de Manueles

Envíe sus versos

Por e-mail: salamancamedica@saludadiario.es

Por correo ordinario: C/ Bientocadas, 737002- Salamanca (Ref.: Salamanca Médica)

» Salud, Humor y Risa

Por Germán Payo Losa

Director de Educahumor



Lágrimas negras... y humor

“La guerra es un lugar donde jóvenes que no se conocen ni se odian se matan entre ellos por la decisión de viejos que se conocen y se odian, pero no se matan” (E. Hartman)

Nos juntamos a tomar café. Cada uno tiene un punto de vista distinto. Llevamos días de guerra en Ucrania. Esto decimos:

–He traído este texto de Eduardo Galeano porque resume mi punto de vista:

“Las guerras mienten. Ninguna guerra tiene la honestidad de confesar: yo mato para robar. Las guerras siempre invocan nobles motivos: matan en nombre de la paz, en nombre de Dios, en nombre de la civilización, en nombre del progreso, en nombre de la democracia. Y si por las dudas, por si tanta mentira no alcanzara, ahí están los grandes medios de comunicación dispuestos a inventar enemigos imaginarios para justificar la conversión del mundo en un gran manicomio y un inmenso matadero... En este mundo los locos conducen a los ciegos (Shakespeare)... Los amos del mundo han convertido el mundo en un lugar donde cada minuto mueren de hambre o enfermedad curable 10 niños y cada minuto se gastan 3

millones de dólares en la industria militar, que es una fábrica de muerte... ¿Hasta cuándo la paz del mundo estará en manos de los que hacen el negocio de la guerra, los cinco países que tienen el derecho al veto en la ONU y que son los mayores fabricantes de armas?”

–Sí, ser pacifista está bien, pero estamos en la OTAN y en Europa. Hay que ser realista. Estamos a las duras y a las maduras, y manda EEUU. Nosotros, a obedecer.

–Alemania se compromete a dedicar el 2% del PIB a armamento. En 2021 fue de 3.570.620 M€. Por el 2% = 71.412,4 M€. Alguien va a ganar pasta a espuertas.

–Y Ucrania es un país rico. Exporta trigo, maíz, aceite... Se le llama el granero de Europa y es rico en minerales, acero, manganeso, titanio mercurio uranio... ¿Cuenta esto?

–Yo estoy de acuerdo en que las conversaciones, el diálogo, el alto el fuego pueden parar esta locura de matar personas, pero ¿y si uno no cede y sigue? Hitler no cedió.

» Salud, Humor y Risa

–Putin dice que si en Ucrania se resisten “se juegan la existencia como Estado. Y la culpa será suya”. Y que si intervienen otros países “habrá consecuencias para Europa y para todo el mundo”. En román paladino, amenaza con armas nucleares. También Biden ha declarado que si atacan a la OTAN tendremos la tercera guerra mundial. Vivan los tranquilizantes.

–Yo he visto un vídeo, antes de empezar la guerra, en el que Putin dice que la OTAN “ha incumplido en cinco ocasiones el acuerdo de no extenderse hacia el Este; no queremos tener misiles en nuestra frontera, como EEUU no los querría en Canadá o Méjico; queremos seguridad y no vivir con temor”. Tenían que haber tratado a Putin como un aliado, no como un enemigo. “Europa subestimó los riesgos de llevar la OTAN al borde de la frontera de Rusia”. Kissinger advirtió: “Dejad en paz a Ucrania”.

–El presidente de Rusia no es de fiar. El control que tiene de su país es férreo, y sus opositores están en la cárcel, envenenados o muertos. ¿Y EEUU? ¿Son de fiar, con su historial de mentiras, desde la voladura provocada del *Maine* para culpar a los españoles y entrar en la guerra de Cuba, hasta las mentiras de las armas de destrucción masiva para invadir Irak? Además, ¿si se invade Irak está bien y si se invade Ucrania no? La razón, la lógica y la verdad quedan aplastadas.

–Una vez le preguntaron a Einstein: “¿Cuál será la princi-

pal arma en la Tercera Guerra Mundial?”. “No sé”, respondió el gran científico, “pero en la Cuarta Guerra Mundial el arma principal será el hacha de piedra”. Esto anima ahora.

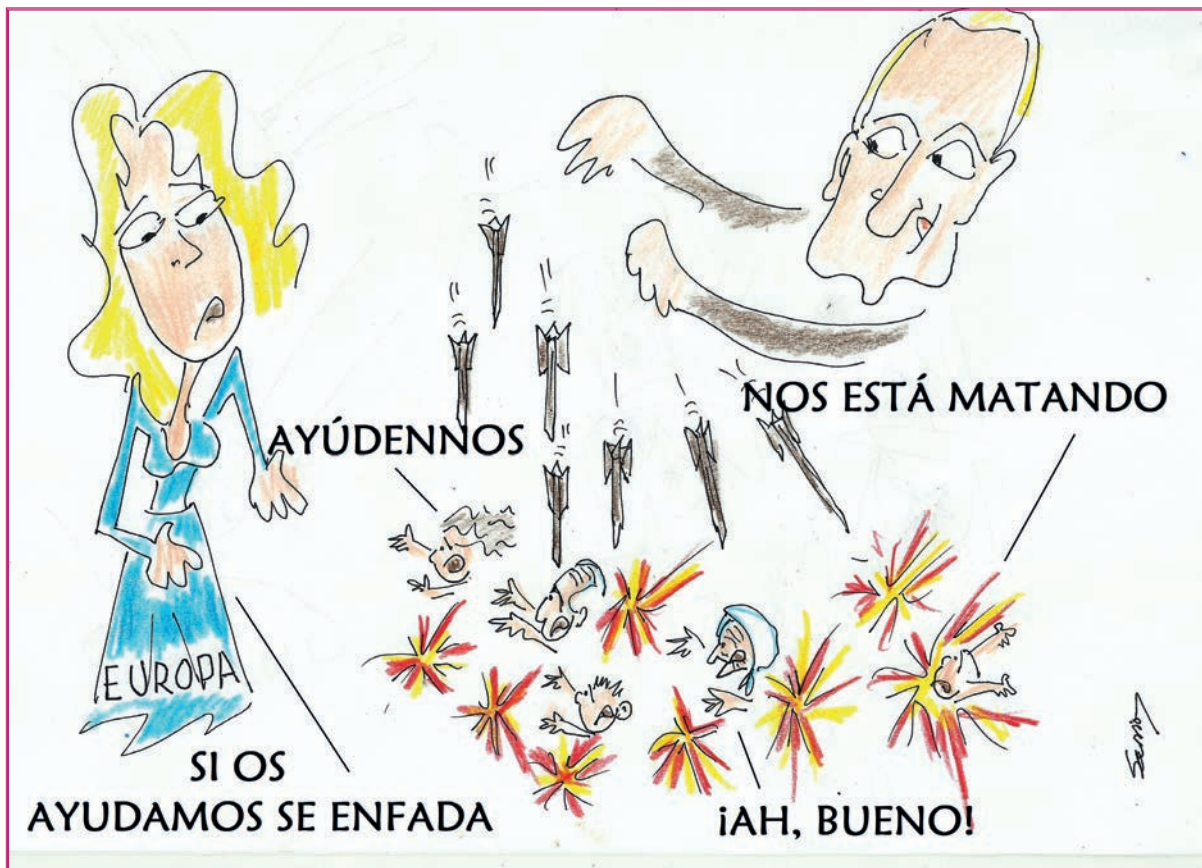
–¿Y el factor humano? Por fallos técnicos, del radar, hemos estado nueve veces a punto de desencadenar una guerra nuclear. Un caso: el radar señalaba diez misiles que venían hacia Rusia. Un oficial ruso tiene entre tres y siete segundos para apretar el botón de alarma y lanzamiento. Aguanta 23” y se confirma el fallo del radar. ¿Habrà otro fallo?

–Veo las noticias de refugiados y muertos y me deprimó. Sé que demasiada información deprimente nos afecta el ánimo. Apertura ilimitada de fronteras en Europa a ucranianos. Van dos millones. Por otro lado, “más de 2.500 inmigrantes subsaharianos intentaron asaltar la valla de Melilla y 500 lograron entrar”. Aquí hay otra vara de medir, y es triste.

¿Cómo usar el humor en todo esto?

–Aún en estos momentos, siempre hay un resquicio por donde se cuela. Aunque a veces el humor es negro. El Roto dibuja: “Primero van las excusas, luego los misiles”.

–“El litro de gasolina es más caro que el de cerveza. Bebe, no conduzcas”. O ese de: “Cambio rollos de papel higiénico de la pandemia por litro de aceite de girasol”.



» Salud, Humor y Risa



–¿Visteis el vídeo de unos gitanos que roban un tanque ruso? ¿Será falso? ¿Os imagináis? En la tienda de campaña, un capitán a un general: “Hay un problema. Unos soldados informan de que les han robado su tanque” / “¿Queeeeeeeeeé? ¿Una emboscada, ataque con gases, un francotirador?” / “No, mi general. Como llevaban dos días sin apenas comer, pararon en un bar de carretera. Con el hambre, el buen menú, el vodka, se distrajeron y, al salir, el tanque no estaba” / “Maldita sea, recuperen el tanque inmediatamente y que no se entere nadie. Vamos a ser el hazmerreír como alguien lo descubra. ¿Se imagina? Al glorioso ejército ruso le roban un tanque” / “Estamos siguiendo una pista. En YouTube han colgado un vídeo de unos hombres remolcando un tanque ruso, que parece ser el nuestro” / “¡Agggg! ¡No puede ser! ¡Me va a dar un infarto! ¿Ya lo habrá visto todo el mundo?” / “Señor, una llamada del Kremlin. Presidente Putin al teléfono”.

–Yo me ref cuando Borrell puso al presidente de Ucrania como ejemplo de valentía, no como otro, que salió huyendo en el portaequipajes del coche (se refería al anterior presidente). A lo que Puigdemont protestó, indignado, que él jamás había hecho eso.

–Aznar dice antes de la invasión: “La situación en Ucrania es mejor que en el PP, porque allí no hay armamento nuclear”.

–Yo recuerdo a Gila: “Nos fusilaron al anochecer, nos fusila-

ron mal”, pues sus ejecutores estaban borrachos, y haciéndose el muerto, sobrevivió. Y dibujó: “Pues a mí me mataron en la guerra, pero me hice el tonto y aquí me tienes”.

–Hay que tener en cuenta negociaciones, análisis, tácticas, economía, alianzas, planes a corto y largo plazo, consecuencias, fallos humanos, industria de armas, poder, geopolítica, Iglesia ortodoxa rusa, Iglesia ortodoxa ucraniana, nacionalismo, victimismo, riqueza, ambición, un poquito de odio... Complejo todo.

–En una foto de Putin y el Papa, éste dice: “Créeme: en tu caso, el suicidio no es pecado”. Aunque mi kiosquero dice que esto es muy complicado, la solución la ve en el infarto.

–Nosotros somos los buenos. Ellos, los malos. “Papá, si nosotros, los buenos, matamos a los malos, ¿quedamos solo los buenos?” / “No, hijo, quedamos los asesinos”. ¿Y si todos estuviésemos equivocados con la guerra? (Gallego y Rey)

Hay tiempo para reír y tiempo para llorar. Ahora nuestro corazón llora con lágrimas negras por las víctimas, pero que no nos roben la risa.

Y, en conclusión: ojalá que esto pronto concluya.

¿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