

27 Palabra de Médico: 'Pedro Jaime Esteve y la estevia' y '¿Cuál es el adjetivo de 'pene'?' **29** Desde la RAMSA: ¿Es posible retardar el envejecimiento del cerebro sensorial? **36** Ciudad y Medicina: Un caso de histeria colectiva **41** Historia: Los tribunos de la plebe y los ediles en la Roma del Alto Imperio (II) **45** Instantes de Vida **51** Salud, Humor y Risa: El fuego nos pone a prueba

SALAMANCA MÉDICA **88**

Revista Oficial del Colegio de Médicos de Salamanca
Julio - Septiembre 2025



6 Entrevista a María Dolores Ludeña, jefa de Anatomía Patológica del CAUSA



Toma de posesión

Fortalecer la profesión, proteger a los médicos

El presidente del Colegio de Médicos, Santiago Santa Cruz, inicia su tercer mandato con una junta directiva de continuidad en la que repiten 13 de sus 14 miembros

Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Hasta un
45% DTO.

Confianza

S PORQUE
somos
Sanitarios



**Seguro
de Automóvil**

Nuevas coberturas y exclusivas ventajas para ti y tu familia:

Cobertura completa para tu vehículo: sustitución, valoración, accidentes, lunas y más.

Elige el seguro que mejor se adapte a tus necesidades: terceros básico, ampliado, todo riesgo, premium y más.



900 82 20 82 / 923 26 31 68
www.amaseguros.com



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



La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.

El análisis

Ante todo, no hagas daño

Junta Directiva

COMISIÓN PERMANENTE

Presidente

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

Vicepresidenta 1

Dra. D^a. Sara Cascón Pérez-Teijón

Vicepresidente 2

Dr. D. Valentín Alberca Herrero

Secretario

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

Vicesecretaria

Dra. D^a. Sara González Fernández

Tesorera

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

VOCALÍAS

Médicos de At. Primaria Rural

Dr. D. Pablo Baz Rodríguez

Médicos de At. Primaria Urbana

Dra. D^a M^a Auxiliadora Velasco
Marcos

Médicos de At. Especializada y Hospitales

Dra. D^a Gemma Vázquez Casares

Médicos de Medicina Privada

Dr. D. Gumersindo Rodríguez
Vicente

Médicos de Adm. Públicas

Dr.. D. José Antonio Mirón Canelo

Médicos en Formación y/o en Promoción de Empleo

Dr. D. Jesús Martín González

Médicos Jubilados

Dr. D. Victoriano Guinaldo Sanz

Médicos Tutores y Docentes

Dr. D. M. Ángel Delgado Vicente

Esta semana he disfrutado escuchando presencialmente al Dr. Henry Marsh. Este neurocirujano inglés, ya de edad avanzada, nos habló de su experiencia como cirujano, que está llena de circunstancias muy similares a las que vivimos, o hemos vivido, los que hacemos cirugía. Pero su enseñanza vale para cualquier médico.

El título de su libro, *Ante todo, no hagas daño*, valdría como una norma incorporada en el Código de Ética y Deontología Médica. Y es que su razonamiento es muy lógico: el médico, ante un paciente, si no lo puede curar, lo tendrá que aliviar en sus síntomas; y, si no, al menos acompañarlo. Pero siempre hemos de tener en mente el no causarle daño, es decir, evitar provocar cualquier complicación, y mucho menos, la muerte, ya sea accidental o intencionada. Esto es precisamente lo que hoy se enfatiza en todos los centros sanitarios a través de diversos protocolos de seguridad en la atención sanitaria.

Este médico me impresionó por su sencillez, una virtud que suelen tener los “grandes” del mundo. Algunas de sus palabras fueron: “Todo médico que ejerce la asistencia sanitaria comete errores. A menudo sin consecuencias para el paciente, pero otras generando complicaciones, lesiones e incluso la muerte (no buscada)”. Si somos sinceros, todos nos acordamos de algunos de nuestros pacientes en los que nuestro diagnóstico fue equivocado o nuestro tratamiento causó un daño involuntario, a veces incluso grave. ¿Qué nos recomienda el Dr. Marsh hacer en estos casos? Siempre decir la verdad y pedir perdón. En la experiencia de su larguísima vida profesional, contaba que para el paciente y su familia decirles la verdad y pedirles perdón por los daños involuntarios causados era como la “mejor medicina” para ese momento.

En el turno de preguntas en la conferencia, pregunté: “Dr. Marsh, ¿cuántas veces ha tenido que ir a un tribunal de justicia por una complicación?”. Me contestó que en sus más de 40 años de ejercicio, solo en tres ocasiones. En todas fue exculpado, aunque el seguro de responsabilidad civil tuvo que indemnizar las secuelas y daños causados. Incluso me confesó que cuando era consciente de que había causado una complicación que dejaría secuelas al paciente y a su familia, además de lo anteriormente dicho, les decía: “Denúncienme”. Porque entiende que el daño causado exige una reparación: el paciente, que buscaba la salud, ha quedado con unas secuelas por su actuación, y esto debe repararse, y para eso están los seguros sanitarios.

Entre otras de sus muchas lecciones, decía: “He aprendido mucho más de mis errores que de mis éxitos” o “un jefe o senior debe sentirse responsable de los médicos o cirujanos que están a su cargo, y estar siempre en los momentos difíciles o de complicaciones”.

En su sabiduría, también nos decía que debíamos evitar la palabra “culpa”: ningún médico quiere hacer daño voluntariamente a su paciente. Incluso nuestro cerebro, ante una actuación que provoca una complicación grave, puede autoengañarnos. Funciona en fracciones de segundo y evalúa la situación, las posibles secuelas, cómo creemos que reaccionarán el paciente y su familia, e incluso se adelanta a la denuncia o a la condena. Todo esto ocurre en un instante y puede llevarnos inconscientemente a creer que la complicación era inevitable, que actuamos correctamente y que surgió algo “nuevo e inesperado” durante la cirugía que la provocó. Este autoengaño puede ser inconsciente o, en el peor de los casos, consciente. Sin embargo, si analizamos con calma todos los datos y nuestra actuación, podremos reconocer errores, aspectos que pasamos por alto o factores que subestimamos y que resultaron importantes.

Ojalá los que seguimos en la “brecha” aprendamos de esta sabiduría que compartió con nosotros un verdadero maestro.



SUMARIO **88**



6 “El patólogo pone la guinda del diagnóstico, el nombre y los apellidos de la enfermedad”

Tras más de 40 años como patóloga en el hospital de Salamanca, la Dra. María Dolores Ludeña acaba de jubilarse como jefa de de Anatomía Patológica, pero seguirá como emérita en la docencia y la investigación



14 Fuerte respaldo institucional en la toma de posesión de la nueva junta directiva del COMSAL

23 Noticias Colegiales

27 Palabra de Médico | ‘Pedro Jaime Esteve y la estevia’ y ‘¿Cuál es el adjetivo de pene?’

29 Desde la RAMSA | ¿Es posible retardar el envejecimiento del cerebro sensorial?

31 Medicina para Todos | Sueño

33 Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

36 Ciudad y Medicina | Un caso de histeria colectiva

38 Maestros con Historia | Médicos ginecólogos en Salamanca (1945-1968). La Casa de la Madre

47 Pensamiento poético | ‘Inspiración’, ‘¿Habrá alguna vez olvido?’ y ‘Breves comentarios a algunos de los últimos poemas del ‘Cancionero’ de Miguel de Unamuno’

Información exigida por la OM ECC/2316/2015: Cuenta Nómina

CaixaBank se encuentra adherido al Fondo de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito previsto en el Real Decreto 16/2011, de 14 de octubre. El importe garantizado tiene como límite 100.000 € por depositante en cada entidad de crédito.

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1 / 6 indicativo de menor riesgo y 6 / 6 de mayor riesgo.



NRI: 21453-2022-0555

Cuidamos de ti**Oferta exclusiva para médicos del Colegio de Médicos de Salamanca**

En CaixaBank queremos facilitar tu día a día tanto como tú facilitas el de tus pacientes. Por eso, ahora, solo por domiciliar tu nómina o ingresos profesionales en CaixaBank y el recibo del colegio de médicos, disfrutarás de soluciones exclusivas en tu operativa habitual y tus tarjetas, incluida la tarjeta VIA-T de Bip&Drive, con la que podrás pagar en los peajes sin detener tu vehículo. También te ayudaremos a hacer realidad tus ilusiones y proyectos, ofreciéndote condiciones especiales en productos de financiación.

**Descubre las ventajas que te ofrecemos en una oficina CaixaBank
o en www.CaixaBank.es/colegiomedsal**

» Entrevista

“La anatomía patológica sigue siendo la gran desconocida, pero es la base de la medicina”

La Dra. María Dolores Ludeña de la Cruz deja la asistencia en el hospital después de más de 40 años, pero seguirá como emérita en la docencia y la investigación, los tres pilares que considera fundamentales para avanzar en el ámbito médico



Médica de vocación desde muy temprana edad, la Dra. María Dolores Ludeña de la Cruz supo desde la carrera que la anatomía patológica sería su gran pasión, una especialidad “todavía desconocida, pero que es la base de la medicina” y en la que la asistencia y la investigación van de la mano para avanzar en el tratamiento personalizado de las enfermedades. Después de más de 40 años como patóloga en el Hospital de Salamanca, acaba de jubilarse como jefa del Servicio de Anatomía Patológica, pero continuará tres años más como catedrática emérita en la Universidad de Salamanca, volcada en la docencia y en importantes proyectos de investigación, muchos relacionados con el cáncer de pulmón, sobre el que observa destacados avances para mirar el futuro con optimismo. Asegura que se ha avanzado mucho en los estudios de Medicina, y pese a lo que pudiera parecer, los nuevos médicos siguen teniendo vocación, porque “no es posible ser médico si no la tienes”. Defensora del

sistema sanitario público “extraordinario y universal” que tenemos en España, lamenta, sin embargo, como la clase política de este país, sin distinción de partidos, demuestra poca conciencia sobre la importancia de proteger y reforzar la sanidad pública, empezando por la falta de reconocimiento a los profesionales médicos.

Con una trayectoria profesional impresionante en la medicina —la docencia, la investigación y la gestión— y al pie del cañón pasados los 70 años, ¿cómo afronta este momento de la jubilación?

Lo afronto bien, aunque indudablemente voy a echar de menos mi trabajo diario como patólogo, los diagnósticos, los casos complejos, etc. Sin embargo, solicité ser profesor emérito de la Universidad y me lo han concedido, así que seguiré tres años más haciendo fundamentalmente investigación y docencia en la Facultad de Medicina, algo que siempre me ha gustado.

» Entrevista

De hecho, yo empecé en la Universidad como profesora de Anatomía Patológica antes que en el hospital, así que en cierto modo afronto la jubilación con una sensación de continuidad. Dejar la gestión, en concreto la jefatura de servicio, sí me apetece porque ya son muchos años, y aunque me ha ido bien, porque he tenido un equipo fabuloso que me ha apoyado siempre, ya es hora de mi relevo.

Si pudiera dar un último mensaje a sus compañeros del hospital, ¿qué les diría?

Que sigan trabajando como hasta ahora, que aprovechen siempre las nuevas tecnologías y no se queden anclados en lo que tienen, sino que vayan incorporando todo lo nuevo al servicio, como ha sido siempre mi lema.

El pasado mes de septiembre ingresó en la Real Academia de Medicina de Salamanca, siendo la quinta mujer numeraria en hacerlo, ¿qué supuso para usted este reconocimiento?

Me hizo muchísima ilusión porque la RAMSA tiene un gran prestigio a nivel nacional y, desde luego, fue un honor y una tremenda satisfacción que me propusieran para el ingreso.

La medicina tiene claramente nombre de mujer a día de hoy, pero todavía no se nota en algunos ámbitos. De hecho, actualmente solo el 33 por ciento de las jefaturas de servicio y el 29 por ciento de los presidentes de sociedades científicas son mujeres. ¿Qué opina de esa desigualdad a medida que subimos escalones?

Todavía pesa mucho ser mujer; la maternidad, los hijos... Es verdad que ya se están incorporando muchísimas compañeras a los puestos de gestión, pero se requiere mucho tiempo añadido, y todavía nos condiciona demasiado nuestro rol de cuidadoras. He impulsado muchas veces que mujeres jóvenes sean



Curriculum vitae

María Dolores Ludeña de la Cruz

María Dolores Ludeña de la Cruz (Toledo, 1955) deja atrás una dedicación plena en el Hospital de Salamanca como patóloga después de más de 40 años, y continuará otros tres años como catedrática emérita en la Universidad de Salamanca para seguir contribuyendo con sus conocimientos y experiencia en la docencia, la investigación y la transferencia de conocimiento, sus grandes pasiones. Aquí llegó en 1981 tras aprobar una oposición de profesora de Anatomía Patológica, y enseguida obtuvo también una plaza en el hospital, donde ya en 1983 era jefa de sección, y desde 2018, jefa de un servicio donde ha llevado por bandera la investigación, la superespecialización y la incorporación de las nuevas tecnologías. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense, enseguida descubrió que saber las causas, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades analizando los cambios estructurales en células, tejidos y órganos sería su gran pasión, por lo que eligió la especialidad de Anatomía Patológica en la primera promoción que hubo en España del sistema MIR, en 1978, y se incorporó como residente, y luego como adjunta, al Hospital Clínico Universitario de San Carlos. Con breves estancias internacionales en EE UU, Reino Unido o Alemania, Salamanca ha sido el centro de una prolífica trayectoria, en la que destacan también sus investigaciones sobre el desarrollo pulmonar de los bebés prematuros y sobre el cáncer de pulmón, con importantes proyectos en marcha a través del grupo que lidera en el IBSAL dentro del área del cáncer. Es también miembro de número de la Sociedad Española de Anatomía Patológica desde el año 1980.

» Entrevista

investigadoras principales de algún proyecto, que gestionen, que dirijan y lideren, pero en ocasiones me han mostrado incompatibilidad con el cuidado de sus hijos, y he sentido rabia, porque son extraordinarias en su trabajo.

**¿Se siente un ejemplo para que esta situación se vaya revirtiendo?
¿Le ha costado más que a sus compañeros llegar hasta aquí?**

No, a mí no me ha costado mucho, porque tenía muy claro desde el principio que quería hacer asistencia, docencia e investigación, y que eso iba a requerir mucha dedicación. Es verdad que ha habido mucho trabajo y mucho esfuerzo para lograrlo, con horarios de mañana, tarde y noche muchas veces, y que mi vocación ha podido ir en detrimento de mis hijos, pero he intentado compensarlo cuando estaba en casa. Y nunca he tenido esa sensación de que por ser mujer tuviera que demostrar más. Solo he hecho mi trabajo y, además, siempre he tenido el apoyo de mi marido —el Prof. Miguel Merchán—, que también es médico e investigador, y hemos compartido las tareas domésticas.

¿Cuándo empezó esta pasión por la medicina?

Desde pequeña ya quería ser médico. Soy de Toledo, de una familia de clase media de comerciantes sin ninguna vinculación con el mundo sanitario, pero mi vocación estaba ahí. Me acuerdo que mis padres en su momento me decían: “Para ser médica te tienes que ir a Madrid, por qué no haces enfermería mejor y te quedas aquí”, pero yo lo tenía muy claro. Por eso me

empeñaba en demostrar lo que quería y en sacar muy buenas notas para que no pudieran tener ningún argumento que me hiciera abandonar mi propósito. Y lo curioso es que deseaba ser médico sin saber lo que realmente era esta profesión, porque eso lo aprendes luego, cuando haces tu carrera y cuando ejerces la medicina.

Pero no se ha arrepentido...

No, volvería a hacer lo mismo y volvería a elegir anatomía patológica.

¿Qué le llevó a elegir una especialidad tan fundamental como la suya, pero tan poco visible para la sociedad?

La investigación era para mí lo más importante desde que empecé la carrera de medicina, aunque luego el trabajo asistencial también me haya fascinado. En segundo de carrera, cuando cursaba la asignatura de histología, hubo un cursillo de técnicas que ofrecían los profesores, lo solicité y, además, me propusieron ser alumna interna, y lo hice encantada. Después de las clases, todas las tardes iba al laboratorio y me gustaba mucho. Luego, cuando cursé anatomía patológica en tercero de medicina, me encantó mucho más, porque ya era estudiar los órganos, los tejidos y las células, pero aplicado a la patología. Ya era el paciente, ya era el diagnóstico, y con mucha investigación. Enseguida hablé con el catedrático de la asignatura y le solicité ser alumna interna, saqué matrícula de honor y ya tuve claro cuál sería mi futuro. En el MIR tuve suerte, y eso que pertenezco



» Entrevista

a la primera promoción de este sistema y nos presentábamos alrededor de 60.000 médicos en toda España, pero obtuve un número estupendo y elegí anatomía patológica en el Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

Más que suerte, notas excelentes y mucho trabajo...

Yo me considero una mujer afortunada.

Se puede pensar que en anatomía patológica no existe un contacto directo con los enfermos, pero siempre están ahí.

Sí, claro que están, el pensamiento siempre está en el paciente. Además de las muestras, también hacemos punciones directamente al enfermo, pero, en cualquier caso, nuestro trabajo es fundamental para ellos, porque el patólogo pone la guinda del diagnóstico, es el que dice qué enfermedad tiene, le pone nombre, y cada vez más apellidos.

“El patólogo pone la guinda del diagnóstico, el nombre y los apellidos de la enfermedad”

¿Tiene maestros de vida, en lo personal o profesional, que hayan marcado también su carrera como médica?

Sí, el catedrático don Agustín Bullón Ramírez, de Anatomía Patológica en la Complutense de Madrid, ha marcado mi vida. Cuando saqué las oposiciones, él presumía, entre comillas, de que era su última discípula porque ya se jubilaba, y yo claramente le considero mi maestro, un hombre íntegro. Luego ha habido profesionales de los que he aprendido mucho en mis estancias internacionales en EEUU, Alemania o Reino Unido, y otros que me han aportado conocimiento y técnicas, porque la gente es generosa, se comunica y son ejemplos a seguir. Y por supuesto, mi marido. Vuelvo a repetir que ha sido siempre mi gran apoyo.

En su ingreso en la RAMSA, habló del pasado y presente del diagnóstico anatómico-patológico. ¿Cómo ha sido esa evolución en esos más de 40 años que lleva en la especialidad?

Ha habido una evolución muy gratificante, sobre todo por el conocimiento que se deriva del surgimiento de la patología molecular, con la que ya somos capaces de llegar a saber qué es lo que está alterando realmente la célula, ya llegamos a los genes, a las proteínas... Ha sido un salto maravilloso que nos permite ofrecer fármacos exclusivos para cada alteración y podemos darle una herramienta al clínico cada vez más personalizada para el tratamiento de los pacientes. Antes, con las técnicas rutinarias, como la tinción de hematosilina-eosina y otras, ponías el diagnóstico genérico, determinabas si un tumor maligno era carcinoma o sarcoma, por poner un ejemplo, y hasta ahí llegábamos. Pero ahora podemos ponerle varios apellidos, y ver, por ejemplo, que tenemos un carcinoma con la mutación X, no microcítico, tipo escamoso, etc, y con eso el oncólogo ya sabe cuáles son las características del paciente para afinar mucho más con el tratamiento. Pero todavía nos queda mucho. Esto es el inicio, tan solo la punta del iceberg de todo lo



que nos va a dar la patología molecular y que va a propiciar, y ya lo está haciendo, la medicina personalizada de precisión: darle a cada paciente lo que necesita exclusivamente.

¿Cuáles son los retos que afronta actualmente la anatomía patológica?

Pues esto precisamente, avanzar en la investigación en la patología molecular, porque todavía nos queda mucho recorrido y aquí tenemos investigadores muy punteros para seguir avanzando. Nosotros tenemos un grupo propio en el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) dentro del área de cáncer —CANC-25-Patología molecular— con importantes proyectos de investigación, estudiando tumores con muestras humanas cedidas, con el consentimiento informado correspondiente, para buscar nuevas alteraciones y nuevas dianas terapéuticas. Y lo hacemos conjuntamente con biólogos moleculares, con investigadores básicos, con compañeros del Centro del Cáncer, para seguir hallando esas alteraciones moleculares que nos aclaren o que nos permitan avanzar en el conocimiento de cada cáncer, porque hay muchos. Decir cáncer ya casi es no decir nada, solo que es maligno.

¿Qué papel cree que tendrán la digitalización y la inteligencia artificial en los próximos 10 años?

Tienen y tendrán un papel muy importante, pero solo como herramienta, esa es la clave, nos facilitan el trabajo, pero no son la panacea. Tú puedes manejar una preparación, digitalizarla

» Entrevista



en el escáner, clasificarla según sus características morfológicas y para diferenciar poblaciones celulares con muchos programas que están apareciendo, pero luego hay que evaluarlas, confirmarlas, analizarlas, identificarlas y diagnosticarlas.

¿Pero no nos va a fagocitar la inteligencia artificial?

Ni mucho menos, solo nos va a ayudar mucho, sobre todo a ser más rápidos. Y luego también para el teletrabajo y para facilitar la comunicación en red, ya que el objetivo en anatomía patológica es que podamos trabajar en conjunto y nos podamos ayudar unos a otros.

El papel del patólogo en el diagnóstico de enfermedades como el cáncer es crucial para que hoy estemos hablando de medicina de precisión, pero ¿cree que esta especialidad recibe el reconocimiento que merece en la sociedad y en el sistema sanitario?

Yo creo que es la gran desconocida. Todo el mundo sabe quién es el cirujano que le ha quitado el tumor o el oncólogo que le pasa consulta, pero el patólogo es el que hace el diagnóstico anatomopatológico morfológico. Somos un servicio central para todas las especialidades y eso es algo que no saben los pacientes.

Y, además, son muy pocos para el trabajo que realizan, tal y como ha puesto de manifiesto la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) en un informe reciente en el que denunciaba escasez de patólogos y dificultades para el relevo generacional. Las cifras son alarmantes. Yo todos los años analizo la

productividad del servicio con un programa regional común para todos los patólogos de la comunidad que estamos en red, en el que se incluye un baremo que establece las unidades de carga laboral (UCL). Ahí se registran todas las biopsias, citologías, autopsias, las técnicas que utilizamos, los diagnósticos que hacemos, y en el global me salen doscientas y pico mil unidades de carga laboral al año. Si me voy al libro blanco de nuestra especialidad, editado por la SEAP, donde se concreta el trabajo que debe hacer cada patólogo para una buena praxis, resulta que nosotros hacemos el doble. Es decir, necesitaríamos el doble de patólogos para hacer nuestro trabajo según los estándares racionales y de calidad, para evitar el estrés y para evitar estar jugándotela a la hora de realizar un diagnóstico. Algunos son sencillos, pero manejamos casos muy complejos, y aunque entendemos que el clínico tenga prisa por avanzar y tratar cuanto antes a su paciente con un diagnóstico preciso, lo cierto es que tenemos mucha sobrecarga. En cualquier despacho del servicio, ahora mismo se puede ver una pila de bandejas llenas de preparaciones de pacientes a las que hay que darles salida.

Desde 1983, bien jovencita, ya es jefe de Sección de Anatomía Patológica en el Hospital de Salamanca, y desde 2018, jefe de Servicio. Más de 40 años vinculada a este hospital.

Por entonces ya tenía una plaza de médico adjunto en el Hospital San Carlos, pero salieron en el BOE plazas para la Universidad de Salamanca, y entonces mi marido y yo nos encerramos a estudiar y sacamos las oposiciones de profesores titulares de Universidad, él en Histología y yo en Anatomía

» Entrevista

Patológica. A veces pienso que fui un poco arriesgada al dejar un puesto fijo hospitalario en Madrid por entrar en la USAL, pero también sabía que aquí tendría muchas opciones de optar a un puesto en el hospital, como así fue. Y mi marido enseguida fue catedrático de Biología Médica, puso en marcha el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL) y lo dirigió muchos años. Aunque supuestamente está jubilado, sigue de emérito y yo creo que trabaja más que antes, porque sigue yendo cada día al INCYL y sigue volcado con sus proyectos de investigación.

¿Qué significa para usted haber desarrollado su carrera profesional en el CAUSA?

Mucho, porque me ha servido para todo a lo que yo aspiraba. He crecido aquí profesionalmente, y al ser un hospital universitario, el enfoque asistencial siempre va de la mano con la investigación. La Universidad te exige, además, profundizar en aquello que estás tratando y viendo. Ahora ya es distinto, pero cuando yo estudié había mucha diferencia entre un hospital universitario y otro que no lo fuera, y yo tenía claro que mi objetivo era investigar, quería saber el porqué de los diagnósticos, por qué esta célula está así y por qué esta otra no. Y solo me queda dar las gracias, agradecer al hospital las oportunidades que me ha dado siempre. He tenido directores médicos que, por regla general, siempre me han apoyado.

¿Cómo describiría la evolución del servicio desde que llegó?

Lo he intentado hacer lo mejor posible, y creo que el servicio ha mejorado con la organización de las unidades diagnósticas, y la superespecialización. Yo coordino la de pulmón, corazón y vasos, otros compañeros llevan ginecología, mama y las punciones, otros la hematopatología y otros digestivo, y son los mejores en su área. Aunque todos veamos de todas las especialidades en las sesiones clínicas para estar al día, es importante avanzar en la formación continuada. Pero somos pocos, solo 15 patólogos, y tendríamos que ser 30. Cuando accedí a la jefatura de Servicio lo primero que hice fue presentarme en la Consejería de Sanidad para pedir más especialistas, y me dijeron que no había ni dinero para contratarlos y ni siquiera profesionales disponibles para ello. Son conscientes de la necesidad, pero hay otras prioridades. Hay que tener en cuenta que hacemos unas 400 biopsias al día, que se duplican en cristales, un centenar de citologías y alrededor de 30 punciones, además de todas las técnicas que hay que hacer con otras muestras: IHQ, Molecular... Faltan patólogos y técnicos, estamos un poco desbordados.

¿Hay algún hito o proyecto del que se sienta especialmente orgullosa?, ¿cuál cree que ha sido su mayor aportación al servicio y al hospital?

Sobre todo el impulso a los grupos de investigación, y respecto a la asistencia, la incorporación siempre de todos los medios y las nuevas tecnologías que salen para mejorar nuestro trabajo, pero necesitamos más medios. Yo creo que mi fortaleza ha sido estar siempre ahí, disponible para lo que hiciera falta, y con muy buena relación con los compañeros.

Ha sido responsable de la unidad de Patología Respiratoria con proyectos pioneros en sus inicios que cambiaron la práctica clínica en los bebés prematuros.

Mis investigaciones médicas desde el principio de mi carrera se han centrado en el pulmón y he trabajado en el desarrollo y maduración pulmonar, sobre todo en niños prematuros.

Creé un grupo de investigación en Patología Pulmonar Neonatal, donde desarrollamos un modelo experimental en ratas con aplicación traslacional a recién nacidos prematuros. Con este modelo, previamente validado en ratas Wistar, estudiamos las alteraciones pulmonares que conducen a una patología frecuente en los neonatos de muy bajo peso: la displasia broncopulmonar. Analizamos los



efectos de los dos corticoides utilizados en la práctica clínica —dexametasona y betametasona— sobre la alveolización y la expresión génica de distintos factores de crecimiento implicados en la maduración pulmonar postnatal (VEGF, CTGF, BTGF, megalina). Aunque la dexametasona era el fármaco más empleado, observamos que la betametasona ofrecía mejores resultados a largo plazo, pese a su acción más lenta. Este equipo multidisciplinar —con neonatólogos, bioquímicos y patólogos— generó varias publicaciones en revistas de alto impacto y tesis doctorales, y considero que sus aportaciones fueron valiosas para mejorar el tratamiento de la maduración pulmonar neonatal, un proyecto del que me siento especialmente orgullosa. En la actualidad, nuestra unidad de patología respiratoria está más orientada al estudio de tumores y trabaja de forma estrecha con neumólogos, cirujanos torácicos y oncólogos en el abordaje del cáncer de pulmón. Ante la detección de una alteración o un nódulo radiográfico, el paciente es derivado de forma urgente para realizar el diagnóstico en el menor tiempo posible.

» Entrevista

El cáncer de pulmón sigue siendo uno de los de menor supervivencia, ¿pero hay señales que inviten al optimismo?

Sí, los avances de los últimos años han sido enormes. Hace no tanto tiempo, un diagnóstico de cáncer de pulmón equivalía a una supervivencia de apenas unos meses. Hoy la situación es muy diferente. Disponemos de numerosas dianas terapéuticas —probablemente sea el tumor con mayor número de ellas— y aplicamos técnicas de secuenciación masiva que permiten analizar más de 160 genes. Esto nos da la posibilidad de identificar alteraciones concretas y ofrecer terapias dirigidas específicamente a esas alteraciones. Es lo que llamamos medicina de precisión: tratamientos diseñados para atacar una molécula concreta, allí donde está el problema. A ello se suma la inmunoterapia, que ha supuesto un cambio de paradigma. Nuestro sistema inmunitario tiene la capacidad natural de eliminar lo que no reconoce como propio, pero los tumores a veces desarrollan mecanismos de escape. En determinados casos, cuando detectamos moléculas como PDL-1, podemos bloquear esa vía de escape y permitir que el sistema inmunitario vuelva a reconocer y destruir las células tumorales. El esfuerzo investigador es global: hay muchos laboratorios en todo el mundo centrados en el cáncer de pulmón. En el nuestro, seguimos profundizando en la relación entre estos genes y la evolución de los pacientes, con el objetivo de mejorar cada vez más la supervivencia.

“La autopsia es el acto médico que más nos aporta por la correlación anatomoclínica”

Y también es especialista en patología autóptica.

La primera vez que vi un muerto fue de alumna interna en anatomía patológica, donde además de biopsias y citologías, se hacen autopsias clínicas. Creo que es el acto dentro de la medicina que más aporta al médico, por la correlación anatomoclínica, es decir, el ver y extrapolar todas las lesiones que tiene el cadáver con los síntomas clínicos. Es la base de la medicina desde el siglo XIV, la base de la medicina de siempre, como lo es ahora la patología molecular, pero está totalmente vigente en la actualidad. La autopsia nos sigue aportando muy buenos datos. He hecho muchísimas y me gusta mucho.

La docencia también es una de sus pasiones, y ha ido unida desde el principio a la asistencia y la investigación. ¿Cómo ve la enseñanza de la medicina actual comparada con su época de estudiante?

Mucho mejor. Entonces era todo más rígido, el catedrático dictando su clase y casi sin prácticas. Yo he pasado por las prácticas clínicas de puntillas, y eso no puede ser. Ahora es obligatorio que los estudiantes vayan a clase y que hagan sus prácticas y pasen su rotatorio.

¿Y cómo ve la vocación de los jóvenes? Se habla mucho de que ingresan en la carrera mentes brillantes con notas excelentes, pero muchos sin vocación.

Yo creo que no. No creo que se pueda ser médico sin vocación. Es cierto que los estudiantes acceden con expedientes brillantes, pero para ejercer esta profesión se necesita mucho más que buenas notas: hace falta una entrega que, sin vocación, resulta insostenible. Lo que sí ha cambiado quizá es la forma de entender la dedicación una vez que empiezan a trabajar. Durante la residencia se están formando y aprendiendo, y siempre animo a mis residentes a hacer la tesis doctoral o implicarse en investigación. Sin embargo, muchos lo descartan por falta de tiempo. La mentalidad es distinta: valoran más el equilibrio entre la vida personal y la profesional, y probablemente tengan razón; hay una vida más allá de la medicina. En mi caso, no me arrepiento de nada, aunque reconozco que podría haber disfrutado más de mis hijos o haber cultivado otras facetas. Tanto mi marido como yo nos volcamos plenamente en nuestra profesión: él corría al laboratorio y yo al hospital. Por eso, no pienso que ahora falte vocación, sino que las prioridades son diferentes. La medicina exige esfuerzo constante, actualización permanente y la capacidad de afrontar situaciones muy duras; sin una verdadera motivación, sería imposible sostenerlo.

¿Qué consejos le daría a un joven médico que esté pensando en especializarse en anatomía patológica?

Adelante. Que trabaje mucho, que estudie mucho y que haga investigación sin separarla nunca de la asistencia. Es básico.

¿Existe suficiente apoyo para investigar lo que tenemos que investigar?



» Entrevista

No. Sale de nuestro cuerpo y de nuestro tiempo, y además, económicamente, en este país hay muy poco dinero para investigar, pero siempre hay que intentarlo. No te puedes quedar solo con los enfermos y el diagnóstico, hay que ir más allá. Ya sé que muchas veces sale del esfuerzo personal, de dedicarle las tardes o las noches, porque te gusta, porque ves que es útil, porque quieres saber por qué aparecen las cosas, tienes esa inquietud, y sale de ti, pero no se puede dejar, hay que seguir con esa filosofía como se pueda.

La sanidad pública es una seña de identidad de España, pero cada vez se le ven más grietas. ¿Qué amenazas cree que tiene nuestro sistema sanitario?

Nuestra sanidad pública es de una calidad extraordinaria, y no me cansaré de repetirlo. Muchas veces la gente no es del todo consciente del sistema sanitario que tenemos, de lo amplio y universal que es: está pensado para todos, sin distinción, y garantiza desde prótesis de cadera hasta válvulas cardíacas, ofreciendo atención prácticamente a cualquier edad y en cualquier situación. La amenaza es que, lamentablemente, la clase política de nuestro país, en términos generales y sin importar el color del partido, muestra grandes carencias. No parecen comprender —o no transmiten que comprendan— la enorme trascendencia de cuidar y fortalecer la sanidad pública. Con frecuencia, lo único que parece importarles es el efecto de cara a la galería: anunciar proyectos, hacerse la foto y vender titulares. Un ejemplo claro lo tenemos en Castilla y León, donde se habló con entusiasmo de la digitalización sanitaria; llevamos ya dos años con los escáneres disponibles, pero los programas informáticos que deberían acompañarlos aún no han llegado. Eso sí, la noticia apareció en los medios desde el primer día. Esa es la tónica: mucha visibilidad para la foto, pero poca responsabilidad para asegurar que las cosas funcionen de verdad.

¿Y cree que se está maltratando a los médicos?

Yo pienso que sí, aunque más que hablar de maltrato habría que decir que lo que sucede es una falta de reconocimiento, tanto por parte de las instituciones como de la propia sociedad. Los profesionales sanitarios reciben muy poco reconocimiento y, además, una remuneración claramente insuficiente para el esfuerzo y la responsabilidad que asumen. Solo logran mejorar su salario a base de guardias, que suponen un desgaste físico y mental enorme. Hay que tener en cuenta lo que significa permanecer 24 horas seguidas atendiendo un caso tras otro, sin apenas descanso. Es una exigencia brutal que únicamente puede sostenerse gracias a la vocación; sin ella, sería imposible aguantar ese ritmo. La paradoja es que la excelencia de nuestra sanidad pública se sostiene, en gran medida, porque los sanitarios cobran muy poco, muchísimo menos de lo que merecen. Por eso muchos profesionales acaban marchándose al extranjero, donde las condiciones son muy superiores. En Inglaterra, por ejemplo, yo misma podría ganar el doble de lo que gano aquí, y en Estados Unidos la diferencia sería aún mayor. Y esta situación no afecta solo a los médicos, sino también a técnicos, auxiliares y enfermeras, que son piezas fundamentales en el sistema pero que igualmente sufren salarios y reconocimientos muy por debajo de lo que corresponde a su labor.



El decálogo

Un libro. *Don Quijote de la Mancha*, de Miguel de Cervantes.

Un disco o canción. Cualquiera de The Beatles.

Una película. *El jovencito Frankenstein*, de Mel Brooks.

Un plato. La tortilla de patata.

Un defecto. El ser tremendamente exigente conmigo misma.

Una virtud. La comprensión.

Una cualidad que valora en los demás. La honestidad.

Un sueño. Ver crecer a mis nietos.

Una religión. Católica.

Un chiste. Se me olvidan todos. Uno muy tonto: Un espagueti le dice a otro: "¡Mi cuerpo me pide salsa!".

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva



Foto de familia de la nueva junta directiva del Colegio de Médicos tras el acto institucional de la toma de posesión.

Los médicos reivindican la colegiación, un estatuto propio y mayor participación en las decisiones políticas sanitarias

Fuerte respaldo institucional en la toma de posesión de la nueva junta directiva del Colegio de Médicos de Salamanca, presidida por el Dr. Santiago Santa Cruz y en la que repiten 13 de sus 14 miembros

El Colegio Oficial de Médicos de Salamanca celebró el viernes, 12 de septiembre, el acto de toma de posesión de su nueva junta directiva, proclamada electa el pasado 26 de agosto, y en la que repiten trece de sus catorce representantes. Se incorpora la Dra. Sara González Fernández, que será la nueva vicesecretaria, mientras que la Dra. Sara Cascón Pérez-Teijón, que ocupaba ese cargo anteriormente, pasa a la vicepresidencia primera.

El presidente, el doctor Santiago Santa Cruz Ruiz, que inicia su tercer mandato al frente de la institución, subrayó en su intervención la importancia de la colegiación obligatoria, la necesidad de contar con los médicos en la toma de decisiones políticas y la urgencia de un estatuto específico para la profesión médica.

El acto, celebrado en la sede colegial y presidido por el presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León, José Luis Díaz Villarig; el presidente de la Real Academia de Medicina de Salamanca, Francisco Lozano; el secretario general del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, José María Rodríguez Vicente; y el alcalde de Salamanca, Carlos García Carbayo, contó con la asistencia de las principales autoridades políticas, sanitarias y de las fuerzas de

seguridad de la provincia, además de representantes de varios Colegios de Médicos de Castilla y León, de otras instituciones colegiales afines y de asociaciones de pacientes, entre otros. A todos ellos, el Dr. Santa Cruz les expresó su profundo agradecimiento, y de forma especial también a los expresidentes del Colegio, medallas de oro y miembros de la Comisión Deontológica, y a su profesor de Lengua y Literatura en el Bachillerato, don Antolín Sánchez Gil.

Importancia de los colegios profesionales

En su discurso, recordó que los colegios profesionales “aseguran que quien ejerce la medicina en España cumple con todos los requisitos legales y éticos, garantizando así una atención sanitaria segura y de calidad”, al tiempo que denunció que algunas comunidades autónomas sigan poniendo “palos en las ruedas” a la colegiación obligatoria.

Asimismo, reclamó que las administraciones sanitarias cuenten con los colegios de médicos en la planificación y gestión del sistema de salud: “La organización que representa a todos los médicos debería estar en primera línea en las reuniones con las administraciones, porque nadie mejor conoce la realidad asistencial”.

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

Otra de sus demandas fue la aprobación de un estatuto médico propio que regule de manera específica las condiciones laborales de los facultativos: “No podemos aceptar que nuestra jornada laboral y obligaciones, como las guardias de 24 horas, se regulen en el mismo documento que las de otras profesiones sanitarias. No pedimos privilegios, sino un marco realista que refleje la singularidad de la profesión médica”.

El presidente remarcó también la labor social y de apoyo que realizan los colegios, destacando programas como el PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) y la Fundación para la Protección Social de la OMC, que se financian mayoritariamente con aportaciones voluntarias de los propios médicos y no con fondos públicos. Y concluyó apelando a la responsabilidad de los políticos: “La colaboración de colegios, sindicatos y sociedades científicas es imprescindible para garantizar la calidad del sistema sanitario. Cuenten con nosotros. No nos excluyan”.

Riesgos que amenazan a la profesión

En la misma línea, el Dr. José Luis Díaz Villarig denunció los riesgos que amenazan “el eje fundamental del sistema sanitario, que somos los médicos”, entre ellos que pretendan que otras profesiones se encarguen del diagnóstico y el tratamiento de los enfermos o que el Ministerio presente un estatuto contrario a la profesión médica, y contra el que “debemos luchar todos conjuntamente”. Puso en valor también la palabra “vocación”, porque sin ella “no se puede ejercer una profesión dura y difícil, que no puede venir de cualquiera”.

Desde el Consejo, el Dr. José María Rodríguez Vicente también defendió la relación médico-paciente, y aunque parece evidente que hay que dar la bienvenida a los avances técnicos y a la IA, “no podemos permitirnos el retroceso en la inteligencia natural”.

Tanto el presidente de la RAMSA como el alcalde de Salamanca agradecieron la intensa labor hacia la sociedad y la salud pública del Colegio de Médicos, con numerosas actividades en las que colaboran las tres instituciones. De ahí, la concesión de la medalla de oro de la Real Academia de Medicina, que, como recordó Francisco Lozano, se entregará el próximo mes de enero coincidiendo con el inicio del curso académico.

“Tenemos una sociedad más fuerte, más grande y más solidaria por vuestro trabajo. Avanzar en investigación, nuevas tecnologías y medicina personalizada es fruto del trabajo diario de los profesionales sanitarios, de los que nos sentimos muy orgullosos”, afirmó Carlos García Carbayo.

La nueva junta directiva está compuesta, además del presidente, por Sara Cascón Pérez-Teijón (vicepresidenta primera), Valentín Alberca Herrero (vicepresidente segundo), Rubén García Sánchez (secretario general), Sara González Fernández (vicesecretaria general), Manuela Martín Izquierdo (tesorera) y los vocales representantes de las distintas áreas de ejercicio profesional: María Auxiliadora Velasco Marcos (atención primaria urbana); Pablo Baz Rodríguez (atención primaria rural); Gemma Vázquez Casares (hospitales); Gumersindo Rodríguez Vicente (medicina privada); José Antonio Mirón Canelo (administraciones públicas); Jesús Martín González (médicos en formación y/o en promoción de empleo); Victoriano Guinaldo Sanz (jubilados) y Miguel Ángel Delgado Vicente (tutores y docentes).



APOYO INSTITUCIONAL.
Diferentes imágenes del acto de toma de posesión: discurso del presidente, autoridades, mesa presidencial y miembros de la junta directiva.

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

Comprometidos con su profesión

Los 14 miembros que componen la junta directiva del Colegio de Médicos juraron o prometieron cumplir fielmente las obligaciones de su cargo durante el acto institucional que tuvo lugar en el salón de actos de la sede colegial y en el que estuvieron arropados por sus compañeros y las principales autoridades de Salamanca

Los catorce miembros que componen la junta directiva del Colegio de Médicos de Salamanca pronunciaron, uno a uno, su juramento o promesa de “cumplir fielmente las obligaciones de su cargo con lealtad al Rey, y guardar y hacer guardar los Estatutos de la Corporación, del Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León, de la Constitución Española y del Estatuto de

Autonomía de Castilla y León, respetando y haciendo respetar el secreto de cuanto conozca por razón del cargo”. Una vez realizado su juramento, el presidente, el Dr. Santiago Santa Cruz, acompañó en el acto al resto de los representantes de la directiva de la institución colegial, a quienes agradeció expresamente su labor y dedicación. | [GALERÍA DE IMÁGENES DE LA TOMA DE POSESIÓN](#)



1, 2 y 3. Toma de posesión del presidente del Colegio de Médicos, Santiago Santa Cruz, y de los dos vicepresidentes, Sara Cascón y Valentín Alberca.

4 y 5. El secretario, Rubén García, y la vicesecretaria, Sara González, en el momento de comprometerse con las funciones de sus cargos, ante la atenta mirada del presidente del COMSAL.

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva



Momento de la promesa o juramento de la tesorera, Manuela Martín, y los vocales de Atención Primaria, Pablo Baz (rural) y Auxiliadora Velasco.



Gemma Vázquez (hospitales); Gumersindo Rodríguez (medicina privada); José Antonio Mirón (administraciones públicas), en su toma de posesión.



Juramento de Jesús Martín (médicos en formación), Victoriano Guinaldo (jubilados) y Miguel Ángel Delgado (tutores y docentes).

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

Santiago Santa Cruz • Presidente del COMSAL

“El Colegio es la garantía de que todos los médicos cumplen los requisitos para ejercer”

El Dr. Santiago Santa Cruz valora el apoyo que ha recibido de los compañeros para afrontar su tercer mandato con importantes proyectos de futuro

¿Cuáles son sus motivaciones para afrontar este tercer mandato?

Lo primero es seguir creyendo en la gran importancia que los Colegios tienen en la regulación del ejercicio profesional de la Medicina. Cuanto más conoces un Colegio por dentro, más te das cuenta de lo imprescindibles que son: somos garantes de que los médicos que trabajan en Salamanca cumplen todos los requisitos legales. Además, los profesionales no deben haber sido objeto de sanción disciplinaria que les inhabilite para el desempeño de la Medicina y deben tener las condiciones físicas y psíquicas para garantizar la seguridad a los pacientes. Ni la Administración ni las instituciones sanitarias privadas cuentan con esta información, y por ello, la obligatoriedad de estar colegiado antes de iniciar el trabajo es una garantía para la sociedad. La segunda razón, y no menos importante, son los comentarios positivos de un gran número de colegiados acerca de cómo marcha actualmente el Colegio, los servicios y prestaciones que da, y el buen trabajo de la junta directiva. Sin sus manifestaciones de apoyo no habría dado el paso de volver a presentarme.

¿Qué balance realiza de estos últimos cuatro años?

En general, creo que el Colegio cumple sus funciones: hay un control muy estricto de la colegiación y hemos iniciado un procedimiento de mediación colegial de conflictos denunciados por pacientes a algunos médicos, o entre médicos, a fin de buscar una solución consensuada que evite sanciones disciplinarias y denuncias en los juzgados. La actividad formativa sigue siendo prioritaria y tenemos una gran actividad en las distintas salas del Colegio. A los médicos con consulta privada se les ha facilitado una aplicación moderna de receta electrónica y se les informa de las normativas que van surgiendo en la regulación de su actividad. Las relaciones institucionales con la Real Academia de Medicina son magníficas. Igualmente, con los Colegios de Farmacia, Veterinaria y Dentistas, así como con la Universidad de Salamanca, donde se fomenta la precolegiación y la atención psicológica a los alumnos de Medicina, así como la formación para prepararlos hacia el mundo laboral tras terminar el Grado. Por último, el programa cultural y social del Colegio sigue siendo muy atractivo, con gran participación de los médicos, familiares y ciudadanos salmantinos.

¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el Colegio?



El primero es lograr que SACYL contrate según la actual normativa legal y accedan al sistema solo médicos especialistas en Atención Primaria y en Urgencias y Emergencias. Nos preocupa muchísimo, pues la rebaja en las exigencias que surgió con la covid-19 se ha perpetuado en el tiempo sin razones objetivas. En segundo lugar, hay que trabajar porque las competencias médicas no sean atribuidas a otras profesiones. Cada uno tiene sus funciones y el mejor servicio para los pacientes es trabajar de forma conjunta, pero no “revuelta” y con fricciones que a nadie le hacen bien. Por ejemplo, parece un fraude a la ciudadanía que en una ambulancia UVI móvil, donde la normativa específica que debe ir un médico especializado en Emergencias, vaya una enfermera o un médico no especialista. Otros retos son actualizar las instalaciones del Colegio y seguir avanzando en la ventanilla única y telemática. También vamos a presentar una propuesta a la Facultad de Medicina para que incorpore una asignatura sobre el ejercicio de la profesión médica en sus cuatro vertientes: asistencial, docente, investigadora y gestora.

Con un sistema sanitario, además, con muchas grietas, ¿qué es lo más urgente?

Ya llevamos años reclamando desde el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla y León un pacto de Estado que reforme el actual sistema sanitario público. Creemos que estamos en un alto riesgo de empeoramiento del sistema (sobre todo en las zonas rurales), con infrafinanciación, deuda y cierto descontrol en las prestaciones sanitarias. Desde la Consejería de Sanidad se debe promover un estudio serio sobre la situación, contando siempre con los médicos, a través de los Colegios, los sindicatos médicos o las sociedades científicas.

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

✓ LA COMISIÓN PERMANENTE

Es el momento de proteger a los médicos

Vicepresidentes, secretario, vicesecretaria y tesorera apuestan por impulsar la labor del Colegio y acercar y potenciar todas sus prestaciones para mejorar las condiciones laborales de los compañeros a todos los niveles

En un momento especialmente complicado para los profesionales médicos, los miembros de la comisión permanente aseguran que es crucial hacerse valer ante la administración sanitaria, como garantía, además, de una atención de calidad para los pacientes. En este sentido, la vicepresidenta primera, la Dra. Sara Cascón, asegura “desde los Colegios tenemos que proteger la salud laboral y crear una conciencia colectiva al respecto, ya que esto es un problema de todos”. Como indica, es necesario poder participar en las negociaciones políticas para lograr unas jornadas laborales adecuadas, evitar la temporalidad, mejorar nuestros salarios y la retribución de las guardias, y retener a los profesionales.

“Es fundamental —añade el vicepresidente segundo, el Dr. Valentín Alberca— defender la profesión médica como garantía de la salud de nuestros pacientes, reivindicando su justa valoración, tanto por la población como por nuestros políticos, teniendo en cuenta los años de formación y la responsabilidad que conlleva. Estamos en un momento crítico con la elaboración del nuevo Estatuto Marco, que en principio no parece que defienda nuestras propuestas y que no supondrá ninguna mejora ni para los médicos ni para los pacientes”. Como médico rural, no se olvida de reclamar a la Consejería de Sanidad “una atención en las zonas rurales lo más accesible y resolutive, garantizando la presencia de profesionales médicos junto con la adecuada colaboración de profesionales de enfermería”.

Problemas de salud mental

Especialmente preocupante es el deterioro de la salud mental de los médicos, por lo que, desde la secretaría general, el Dr. Rubén García considera que “la rigurosa gestión del PAIME y promocionar el autocuidado de los colegiados” será una de sus prioridades. También apuesta por impulsar el sentimiento de pertenencia a la institución colegial, sobre todo entre el colectivo de médicos de menor edad, e incrementar la nutrida propuesta formativa para “seguir siendo uno de los Colegios de Médicos más activos del país”. Para todo ello contará con la ayuda de la nueva vicesecretaria, la Dra. Sara González, quien, “como MIR —asegura— me gustaría continuar acompañando, guiando y aconsejando a los jóvenes, y promoviendo iniciativas que protejan la dignidad del médico, la calidad asistencial y el bienestar personal y profesional de todos nuestros colegiados”.

Internamente, la Dra. Manuela Martín, como tesorera, avanza importantes proyectos teniendo como base “una cultura de responsabilidad y transparencia fiscal y estabilidad presupuestaria, ajustando gastos sin comprometer los servicios esenciales para los colegiados”. Como objetivos, señala la diversificación de fuentes de ingreso, fomentando el uso y la explotación de espacios colegiales y estimulando iniciativas de colaboración con entidades externas, así como la modernización y eficiencia institucional,



- 1 Sara Cascón Pérez-Teijón, vicepresidenta primera.
- 2 Valentín Alberca Herrero, vicepresidente segundo.
- 3 Rubén García Sánchez, secretario.
- 4 Sara González Fernández, vicesecretaria.
- 5 Manuela Martín Izquierdo, tesorera.

para apoyar proyectos de transformación digital y nuevas vías virtuales para facilitar las gestiones de los colegiados.

Anuncia, además, la renovación y conservación de infraestructuras, entre ellas despachos y aseos, y la mejora de la accesibilidad con la instalación de un ascensor, además de fomentar los recursos destinados a formación continuada y las herramientas digitales que mejoren el servicio y la relación con los colegiales. Todo ello con la idea de “mejorar la autonomía y la transparencia para adaptar el Colegio a los tiempos presentes”.

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

M^a Auxiliadora Velasco Ramos • Vocal de Atención Primaria Urbana

“Tenemos que afrontar con realismo el envejecimiento de la población”

Teniendo en cuenta datos del último estudio *Demografía Médica de Castilla y León (2019-2024)*, cuyo objetivo es conocer las principales variables demográficas de los médicos de Castilla y León, tenemos que poder afrontar con realismo una situación creciente en nuestro entorno: el envejecimiento de la población. En el año 2050, más del 30% de la población española será mayor de 65 años. El envejecimiento supone mayor porcentaje de enfermedades crónicas, elevada dependencia en cuidados, mayor fragilidad y polimedicación. La carga burocrática, la falta de personal y la sobrecarga asistencial en las consultas de Atención Primaria son barreras importantes a tener en cuenta para mantener una atención de calidad en los pacientes de más edad, en domicilio o en residencias.

El Colegio de Médicos es un lugar de encuentro de diversos profesionales con capacidad para convocar a directivos, asociaciones, sindicatos y pacientes, poniendo en común los distintos puntos de vista de la salud y la enfermedad en un entorno concreto. Conocer las demandas de la población, mantener los atributos fundamentales que caracterizan la práctica de la Atención Primaria, como la accesibilidad, la longitudinalidad y

la continuidad asistencial, nos permitirá planificar cambios necesarios en la organización del primer nivel asistencial. Durante este año se ha desarrollado en el Colegio de Médicos el I Ciclo *La Salud en Manos de todos*, una experiencia de trabajo en equipo en favor de los pacientes, que esperamos tenga continuidad en los próximos años.

También hay que poner en valor y dar a conocer el nuevo Código de Deontología Médica, que sirve para confirmar el compromiso de los médicos con la sociedad a la que presta su servicio. En esta nueva versión del Código, se han introducido nuevos capítulos, como los referidos a Seguridad del Paciente, Telemedicina y Tecnologías de la Información y Comunicación o Inteligencia Artificial y grandes bases de datos sanitarios, todos ellos cambios que se han desarrollado en la última década en la sociedad y en el campo de la medicina actual.



Pablo Baz Rodríguez • Vocal de Atención Primaria Rural

“Debemos tecnificar la sanidad rural para evitar la dispersión y despoblación”

El vocal de Atención Primaria Rural, el Dr. Pablo Baz, comparte con su compañera de Atención Primaria Urbana la necesidad de abordar el progresivo envejecimiento de la población y de garantizar unas condiciones laborales dignas en este primer asistencial, que pasan por minimizar la enorme carga burocrática, evitar la sobrecarga asistencial y dotar a los centros de salud del personal suficiente para poder ofrecer una atención de calidad a los pacientes de la provincia de Salamanca.

A mayores, como indica el vocal, en Atención Primaria rural debemos de asegurar la equidad en la población sanitaria de las zonas de difícil cobertura, además de incentivar a los residentes para que hagan más tiempo rotaciones rurales y acaben copando estas zonas al acabar sus años de Formación Sanitaria Especializada vía MIR.

Asegura que también “debemos tecnificar la sanidad rural para poder evitar la dispersión y despoblación rural”. Y, por último, “exigir un cambio de modelo en la Atención



Primaria, necesario para que sea más atractiva a los profesionales, como también la posibilidad de entrar en la universidad y que se facilite la investigación y la docencia en este primer nivel asistencial”.

Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

Miguel Ángel Delgado • Vocal de Tutores y Docentes

“Cuidar de quienes forman es la mejor garantía para asegurar la excelencia”



La figura del tutor es fundamental en la formación de los futuros especialistas. Acompañamos a los residentes no solo en la adquisición de conocimientos y habilidades, sino también en la transmisión de valores, actitudes y compromiso profesional. Sin embargo, nuestra labor a menudo pasa desapercibida y requiere un mayor reconocimiento. Entre mis objetivos, destaco:

- Reconocimiento del papel del tutor: impulsar que la labor docente tenga valoración oficial

dentro de la carrera profesional, que seamos capaces de conseguir aquellos incentivos por los cuales llevamos años de lucha (económicos, curriculares o de reducción de carga asistencial).

- Formación continua del tutor: ofrecer talleres en metodología docente, evaluación por competencias, técnicas de comunicación, sin olvidar fomentar la actualización en nuevas tecnologías aplicadas a la docencia.

- Mejora del proceso formativo MIR: foros de encuentro entre tutores y residentes para detectar fortalezas y áreas de mejora. Establecer mecanismos de evaluación mutua.

- Colaboración interinstitucional: estrechar lazos con la Universidad de Salamanca y hospitales de la Comunidad. Proponer proyectos conjuntos de investigación docente o asistencial

- Cuidado del tutor: impulsar medidas de conciliación y gestión del estrés docente-asistencial.

Desde el Colegio podríamos plantearnos una serie de propuestas de acción:

- Creación de una Comisión de Tutores y Docentes.
- Encuesta a tutores y MIR para conocer necesidades reales.
- Jornadas anuales de tutores y docentes, con ponencias y talleres prácticos.
- Premios o reconocimientos a la excelencia docente, que visibilicen la importancia del rol del tutor.
- Banco de recursos docentes accesible desde la web del Colegio (guías, plantillas, bibliografía).
- Programas de mentoring para tutores noveles, tutelados por tutores con experiencia.
- Promover investigación en docencia médica, con becas o ayudas específicas.
- Medidas de conciliación y apoyo al tutor, con especial atención al equilibrio entre carga asistencial y docente.

En definitiva, queremos que la vocalía se convierta en motor de apoyo, innovación y reconocimiento, porque cuidar de quienes forman es la mejor garantía para asegurar la excelencia de las próximas generaciones de médicos en Salamanca.

Gemma Vázquez • Vocal Hospitales

“Hay que fomentar una asistencia hospitalaria eficaz para los pacientes”

Respecto a las propuestas y objetivos que me marco desde la Vocalía de Hospitales del Colegio de Médicos, destaco las siguientes:

- Impulsar mejoras profesionales promoviendo la formación continua a través de actividades organizadas por el Colegio.

- Fomentar una asistencia hospitalaria eficaz y segura para el paciente.

- Dar voz al colectivo de médicos de hospitales siempre desde el ámbito institucional del Colegio.



José Antonio Mirón Canelo • Vocal de AAPP

“Debemos mejorar la atención de las personas mayores en soledad”

Desde la Vocalía de Administraciones Públicas, el Dr. José Antonio Mirón Canelo, asegura que sus objetivos se centrarán en “tratar de mejorar la atención sanitaria y social de las personas mayores

que están en soledad sobrevenida para no dejarlas desamparadas”. Además, señala la necesidad de “buscar sanitarios y trabajadores sociales y estudiantes de Medicina que quieran contribuir al bienestar y la calidad de vida” de este colectivo especialmente vulnerable.



Reportaje - Renovación de la Junta Directiva

Victoriano Guinaldo Sanz • Vocal de Jubilados

“Hay que preparar la jubilación de forma temprana para evitar sorpresas”

Como prioridades generales del Colegio de Médicos, destacaría las siguientes:

- Atención y cuidado del enfermo, también del médico enfermo, en todas sus etapas vitales.
- Velar por que los médicos ejerzan de acuerdo con los estatutos y los principios de la bioética y la deontología profesional, priorizando la relación médico-paciente de confianza y confianza.
- Luchar contra el intrusismo y las pseudoterapias.
- Proteger al médico de las agresiones.
- Promover salud, en el sentido más amplio, colaborando con las diferentes administraciones, también en el desarrollo de planes prospectivos de las necesidades humanas y materiales desde el punto de vista sanitario.
- Incentivar la formación continuada de los profesionales, con cursos, actualizaciones científicas e investigación.
- Atender al médico ante sus conflictos con pacientes, otros profesionales o con la administración.
- Administrar con rigor los recursos que provienen de las cuotas colegiales y son limitados.
- Prepararse desde edades muy tempranas para la



jubilación, desde el punto de vista jurídico, económico, patrimonial, evitando así sorpresas de última hora.

- Una vez jubilados, seguir promoviendo la salud mediante actividades físicas, intelectuales y sociales. Ayudando, además, cuando la salud falla, a la atención y acompañamiento, mediante los fondos de la Fundación para la Protección Social de la OMC.
- Derribar barreras arquitectónicas en la sede colegial.

Jesús Martín González • Vocal de Formación

“Hay que hacerles sentir a los médicos jóvenes que el Colegio es su casa”

Desde mi Vocalía, hay tres objetivos en los que hay que perservar: acercar el Colegio a los médicos jóvenes y hacerles sentir que es su casa y la importancia que tienen en la profesión médica, donde hay implicaciones éticas con un impacto muy relevante en la vida de los demás; trasladar que hay muchos conflictos que se pueden solucionar desde el Colegio; y difundir el PAIME, una ayuda integral al médico enfermo, muy importante para los residentes que experimentan un cambio de vida y que puede afectarles a la salud mental. También quiero destacar la formación que ofrece este Colegio. Debemos estar atentos, además, a cómo va a evolucionar la profesión médica y seguir muy de cerca el Estatuto Marco.



Gumersindo Rodríguez • Vocal de M. Privada

“Hay que seguir luchando por las mejoras para la profesión médica”

Desde la Vocalía de Medicina Privada, el Dr. Gumersindo Rodríguez mantiene los mismos objetivos que hace cuatro años, porque, aunque se han logrado importantes avances, hay que seguir luchando por diferentes mejoras para la profesión médica. “Seguiremos trabajando con ilusión para conseguirlas”, puntualiza. Considera que, desde el Colegio de Médicos de Salamanca, “debemos luchar por dignificar la profesión médica, cada vez más deteriorada, reformar el canal de comunicación con las aseguradoras para evitar abusos y atropellos, y actualizar las condiciones de la medicina privada, tanto en lo que se refiere a la cartera de servicios como a los precios y los baremos de las distintas compañías”.



» Noticias Colegiales



Nueva huelga nacional de médicos para el 3 de octubre contra el borrador del Estatuto Marco

Convocada por CESH y SMA y respaldada por el Foro de la Profesión Médica, esta nueva jornada de movilización responde a la nula voluntad del Ministerio de Sanidad por avanzar en las mejoras laborales y profesionales del colectivo

El Comité de Huelga formado por la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) y el Sindicato Médico Andaluz (SMA) ha comunicado formalmente a la Administración la convocatoria de la segunda jornada de huelga nacional para el próximo 3 de octubre en el marco de las movilizaciones por un [estatuto propio del médico](#).

A este paro está convocado todo el personal sanitario del Grupo A1 del Sistema Nacional de Salud, médicos y facultativos de todo el Estado español a quienes sea aplicable directa o supletoriamente la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. La convocatoria de esta segunda jornada de huelga se produce tras comprobar que, si bien la última propuesta del ministerio contiene [algunas mejoras negociadas con el Comité de Huelga](#), durante el verano el ministerio no ha llevado a cabo

ningún nuevo acercamiento y no tiene voluntad de avanzar en las principales reivindicaciones del colectivo médico y facultativo.

Esta segunda convocatoria de paro nacional forma parte del [calendario de movilizaciones](#) por un estatuto propio que el Comité de Huelga anunció para los próximos meses, que incluyen contactos con representantes políticos nacionales y europeos, acciones jurídicas, campañas informativas y concentraciones y manifestaciones de profesionales y representantes sindicales.

La huelga tiene el apoyo del Foro de la Profesión Médica, formado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOO), la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME), la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina (CNDFM) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

Entrega al Ministerio de la propuesta de un estatuto propio

El martes, 16 de septiembre, CESH y SMA entregaron al Ministerio de Sanidad la [propuesta para un estatuto propio del médico y del facultativo](#), una norma completa que pueda estructurar la regulación diferenciada del colectivo fuera del actual Estatuto Marco, cuyo borrador quiere aprobar el ministerio en los próximos meses. Los médicos requieren una reclasificación adecuada a sus requisitos formativos y de desempeño laboral y una jornada de trabajo que no perpetúe su maltrato, especialmente en lo referente a las guardias, los descansos, las retribuciones o el cómputo de horas para la jubilación.

» Noticias Colegiales

Convocados los Premios Científicos de la Real Academia de Medicina de Salamanca 2025

La convocatoria recoge 13 galardones y 12.500 euros de dotación, y los aspirantes podrán presentar sus propuestas hasta el 15 de noviembre

La convocatoria 2025 de los Premios Científicos de la Real Academia de Salamanca mantiene el esfuerzo por parte de esta institución en su interés por apoyar la labor científica e investigadora de médicos o profesionales del área biosanitaria, con especial atención a los más jóvenes gracias a la colaboración de distintas entidades como los Colegios de Médicos de Ávila, Cáceres, Salamanca, Segovia y Zamora, el IBSAL, la USAL, la AECC o la Fundación Lilly.024.

El plazo para la presentación de documentación está abierto hasta el día 15 de noviembre de 2025 hasta las 13:00 horas. La relación de premios es la siguiente:

1. Premio Real Academia de Medicina de Salamanca: 2.000 euros.
2. Premio Real Academia de Medicina de Salamanca a investigadores jóvenes: 500 euros.
3. Premio Colegio Oficial de Médicos de Salamanca – Real Academia de Medicina a la trayectoria MIR: 500 euros.
4. Premio Colegio Oficial de Médicos de Salamanca – Real Academia de Medicina (investigación en AP): 1.000 euros.

5. Premio Colegio Oficial de Médicos de Segovia – Real Academia de Medicina de Salamanca: 1.000 euros.

6. Premio Colegio Oficial de Médicos de Zamora – Real Academia de Medicina de Salamanca: 1.000 euros.

7. Premio Colegio Oficial de Médicos de Ávila – Real Academia de Medicina de Salamanca: 1.000 euros.

8. Premio Colegio Oficial de Médicos de Cáceres – Real Academia de Medicina de Salamanca: 1.000 euros.

9. Premio Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca – Real Academia de Medicina: 500 euros.

10. Premio Fundación Lilly- Real Academia de Medicina: 1.000 euros.

11. Premio Asociación Española Contra el Cáncer de Salamanca – Real Academia de Medicina: 1.000 euros.

12. Premio Hospital Universitario de Salamanca-Real Academia de Medicina: 1.000 euros.

13. Premio Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-Real Academia de Medicina: 1.000 euros. | [Consulta las bases de la convocatoria](#)

Presentan un libro clave para repensar la formación de los especialistas

Bajo el título *La Formación Médica Especializada en España: Retos Presentes y Futuros*, más de una veintena de autores han elaborado una obra colectiva sin precedentes que sitúa la formación de los médicos especialistas como la piedra angular para garantizar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema. Este libro, fruto de más de cuatro años de trabajo, ofrece un análisis riguroso y profundo sobre los retos actuales y futuros del proceso de formación médica especializada. | [Libro disponible aquí](#)



Ángel Batuecas, catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de la USAL

El BocyL de 18 de julio de 2025 publicó la Resolución de 11 de julio de 2025, conjunta de la Universidad de Salamanca y de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, por la que se nombra catedrático de Universidad con plaza vinculada a Ángel Batuecas Caletrió. Será catedrático del área de conocimiento de Otorrinolaringología, adscrito a la Facultad de Medicina vinculado con plaza de especialista en el Complejo Asistencial Universitario.

Estudio para la coordinación entre AP y la Farmacia Comunitaria

Por su interés para el ámbito asistencial, desde el Colegio de Médicos de Salamanca difundimos la [información y encuesta](#) de un trabajo de investigación que pretende valorar la percepción de la colaboración entre los profesionales de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria, así como establecer posibles propuestas de mejora. El proyecto pertenece a la Unidad de Investigación de Atención Primaria (APISAL) del IBSAL. | [Estudio RelAPriFar:CyL](#)

» Noticias Colegiales



La profesión lidera el gran proyecto de formación en competencias digitales

Más de 12 000 médicos se han preinscrito a este ambicioso programa con fondos europeos gestionado en España a través de Unión Profesional

Más de 12 000 médicos de España se han preinscrito en el programa de formación de competencias digitales, al que se ha adherido la Organización Médica Colegial, con el objetivo de proporcionar formación a miles de médicos en competencias digitales e inteligencia artificial para dar respuesta a los grandes retos de la práctica diaria.

Así, la profesión médica española lidera el interés por esta iniciativa dirigida a más de 30 profesiones diferentes en nuestro país y que ha abierto su periodo de inscripción el 15 de septiembre. Todos aquellos profesionales interesados podrán realizar la inscripción en este programa totalmente gratuito, que dará comienzo en octubre y que podrá llevarse a cabo hasta junio de 2026.

Orientado a la dotación de competencias digitales mediante diferentes modalidades (presencial, telemática, híbrida), el programa formativo contará con un bloque común de 40 horas, que se impartirá a todas las personas profesionales inscritas en los programas, y con un bloque específico de 110 horas que se adapta a cada profesión.

El objetivo final de este programa formativo gratuito es ofrecer una formación avanzada y de calidad, a fin de garantizar la mejor prestación de los servicios. Además, esta formación contará con créditos de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) y del Sistema Nacional de Salud.

Hito para los colegios

Este programa de formación de competencias digitales forma parte de la iniciativa Generación D, impulsada por Red.es, entidad adscrita al Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública. Estas actuaciones están financiadas por el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia a través de los fondos Next Generation de la Unión Europea.

Este plan supone un hito para las corporaciones colegiales de nuestro país que se convierten, por primera vez en la historia, en las encargadas de promover y gestionar estos fondos europeos para formar a decenas de miles de profesionales en nuestro país. Puedes apuntarte en [ESTE ENLACE](#).

Aprobado el V Plan de Salud de Castilla y León 2032 con 7 objetivos generales

El V Plan de Salud de Castilla y León 2032 mantiene las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Salud para todos y la Salud en todas las políticas, e incorpora medidas intersectoriales que orientarán la acción pública más allá del sector de la salud. Integra la estrategia One Health proporcionando un enfoque global y colaborativo que comprende los riesgos para la salud humana y animal, junto con la salud del ecosistema.

Los 7 objetivos generales se despliegan en 169 medidas iniciales a desarrollar de forma puntual o continuada durante los próximos años, que se irán revisando y completando en cada fase del plan.

Los objetivos

1. Alineación pública y alianzas para la salud. Observar el derecho a la protección de la salud en todas las políticas mediante la alineación y coordinación intersectorial y la participación de todos los agentes.

2. Modelo de servicios públicos siglo XXI por la salud, accesible, equitativo y de calidad basado en la atención centrada en la persona.

3. Más Salud Pública. Fortalecer la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad, priorizando las patologías más prevalentes y los sistemas de vigilancia.

4. Capital humano y talento en salud. Atraer y retener población activa y capacitada.

5. Servicios para una salud basados en valor.

6. Avance y mejora de los servicios en salud. Potenciar la investigación y la innovación.

7. Tecnologías y transformación digital para la salud.

» Noticias Colegiales



Juan Francisco Blanco ingresa como académico de la RAMSA

Juan Francisco Blanco Blanco, catedrático del Área de Traumatología y Ortopedia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y jefe del Servicio en el Hospital de Salamanca, ingresó el 11 de septiembre en la Real Academia de Medicina de Salamanca como nuevo académico de número.

El acto, celebrado en el Paraninfo de las Escuelas Mayores de la Universidad, fue presidido por el rector, Juan Manuel Corchado; y contó con la asistencia de Francisco Lozano Sánchez, presidente de la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA); Cándido Martín Luengo, vicepresidente, y Juan Fernando Masa Jiménez, secretario general.

En la sesión, tras la lectura del acta de elección, Juan Francisco Blanco Blanco pronunció el discurso de ingreso *El disco intervertebral: fuente de dolor y discapacidad*, que fue contestado por el miembro de la Real Academia de Medicina de Salamanca Alberto Gómez Alonso.



También fue noticia...

✓ [En recuerdo de los últimos compañeros fallecidos](#)

✓ [Aprobado el nuevo Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas en prueba del talón en Castilla y León](#)

✓ [IV Edición de los Premios Sanidad #PorElClima](#)

✓ [La segunda convocatoria para fidelización de residentes incluye 13 plazas en Salamanca y 11 compartidas con Ávila](#)

✓ [III Edición de Ayudas a la Investigación en Nutrición](#)

✓ [Premio Fundación Vithas 2024 al mejor artículo científico publicado por un investigador MIR](#)

✓ [Convocados los premios de la Real Academia Nacional de Medicina de España 2025](#)

✓ [Ayuda de hasta 3.000 euros para estancias de investigación del cáncer](#)

[Accede AQUÍ a TODAS LAS NOTICIAS](#)

» 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'



DEL HOMBRE AL NOMBRE

Pedro Jaime Esteve y la estevia

Uno de los elementos más persistentes de la Leyenda Negra antiespañola, creído a pie juntillas por muchos dentro incluso de España, es el que nos presenta como un país eternamente atrasado e incapacitado para el desarrollo científico. Tuvimos un Siglo de Oro (que duró casi dos), cierto, pero de poetas, dramaturgos, escritores en prosa, pintores, escultores y arquitectos; fuera de las letras y las artes, se nos dice, España estuvo siempre atrasada y desdeñó la ciencia y la técnica.

Ese topicazo nigrolegendario es por completo falso. No es creíble, claro, que España pudiera llegar a ser la potencia hegemónica mundial en un estado de atraso científico y tecnológico. Más bien lo contrario: en el siglo XVI, España protagonizó una auténtica revolución científico-técnica impulsada por el rey Felipe II. Con el latín como *lingua franca* y un Nuevo Mundo por describir, la actividad científica

desarrollada en los claustros universitarios y eclesiásticos de España —caracterizada por un humanismo basado en el valor universal de los *studia humanitatis*— se difunde a toda Europa. Entre los grandes médicos humanistas de la época destacan los ligados a la Universidad de Valencia, como Miguel Jerónimo Ledesma, Miguel Juan Pascual y **Pedro Jaime Esteve** (h. 1500-1556; en latín, Petrus Jacobus Stevus).

Formado en historia natural, anatomía y medicina en las universidades de París y Montpellier, donde llegó a dominar el griego, el latín y el hebreo, Esteve ejerció como médico desde 1545 en Valencia, en cuya universidad fue catedrático de anatomía, de griego, de cirugía y de matemáticas.

Hizo importantes aportaciones al humanismo científico español, como sus cuidadas ediciones del texto griego del libro segundo de las *Epidemias* de Hipócrates (1551) y de los *Theriaca et Alexipharmaca* de Nicandro Colofonio (1552), con

» Palabra de médico

las correspondientes traducciones latinas y comentarios muy extensos. En sus comentarios a los *Theriaca*, Esteve añadió los nombres vulgares de numerosas plantas y de las localidades valencianas en las que se encontraban. Dejó manuscrito un *Diccionario de yerbas y plantas medicinales que se hallan en el Reino de Valencia* que constituye uno de los primeros intentos europeos de flora regional. Junto a otras plantas llegadas desde América a Valencia, como el agave, fue el primero en investigar una planta traída de la región guaraní, que los indios de la zona llamaban *ka'a he'ẽ* (literalmente, «hierba dulce») y usaban como edulcorante natural para el mate y otras infusiones.

Más de doscientos años después, encontramos la figura del sacerdote, botánico y naturalista ilustrado también valenciano Antonio José Cavanilles y Palop (1745-1804), uno de los botánicos más destacados de su época y de los primeros científicos españoles en emplear los nuevos procedimientos taxonómicos de Carlos Linneo; autor de *Icones et descriptiones plantarum quae aut sponte in Hispaniae crescunt, aut in hortis hospitantur* (en seis volúmenes; 1791-1804) y de un *Glosario de botánica en cuatro lenguas* (1795-1798); fundador de la revista *Anales de Historia Natural* (1799); rebautizada dos años más tarde como *Anales de Ciencias Naturales*; y, desde 1801, director del Real Jardín Botánico de Madrid.

Cavanilles describió más de dos mil doscientas especies y cincuenta géneros nuevos; entre ellos, el género *Dahlia* en 1791 y, en 1797, el género neotropical *Stevia*, a partir del apellido latino de su ilustre predecesor renacentista. La especie más



importante de este género es *Stevia rebaudiana*, con un epíteto específico que rinde homenaje al químico paraguayo Ovidio Rebaudi, autor del primer análisis químico de la planta, en 1900, que puso de manifiesto dos glucósidos (esteviósido y rebaudiósido) con una capacidad edulcorante doscientas veces mayor que la del azúcar refinado. El edulcorante natural obtenido a partir de dicha planta, que llamamos **estevia** en español y *stevia* en inglés, estuvo inicialmente prohibido tanto en los Estados Unidos como en Europa, pero la FDA levantó la prohibición en diciembre de 2008, y la Unión Europea hizo lo propio en diciembre de 2011.

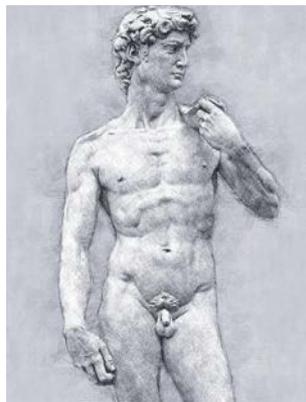
DUDAS RAZONABLES

¿Cuál es el adjetivo de 'pene'?

En español, suele ser fácil adivinar el adjetivo correspondiente a un sustantivo determinado. El adjetivo de 'fiebre', por ejemplo, es 'febril'; el de bacteria, bacteriano; el de boca, bucal; el de anatomía, anatómico, y el de plaqueta, plaquetario.

Pero no siempre es así. Ocurre en ocasiones que un sustantivo carece de adjetivo de uso habitual; tal es el caso de palabras como 'jeringuilla', 'bisturí', 'cama' y 'papel'. Y ocurre también que a veces el adjetivo existe y está en uso, pero no es sencillo dar con él. ¿Cuál es el adjetivo de 'glándula', de 'tarde' o de 'trompa uterina'? No es sencillo, desde luego, y estoy convencido de que más de un lector habrá estado cavilando un ratito antes de dar con la solución: 'balánico', 'vespertino' y 'tubárico', respectivamente.

Es también lo que sucede con el pene, que tiene su propio adjetivo, pero muchos médicos dudan a la hora de usarlo. Y no es de extrañar. Porque en inglés usan los adjetivos *penile* y *penial*, y ello explica que en español veamos cada vez más **penil**



y **penial** para expresar relación con el pene; personalmente, no me gusta nada ninguno de los dos. La RAE únicamente admite **peniano**, si bien entre médicos se usa mucho más, en mi experiencia, la forma **peneano**, que es también la que recomiendo.

Ello no debe hacernos olvidar, en cualquier caso, que este adjetivo se usa más en inglés que en español, pues en nuestra lengua es frecuente sustituirlo por una locución prepositiva, como 'del pene'. En una frase como «Persistent penile rashes are a significant risk factor for penile cancer», por ejemplo, en español resultaría chocante repetir el adjetivo 'peneano', y lo más probable es que dijésemos más bien «los exantemas peneanos persistentes son un importante factor de riesgo para el cáncer de pene». O una expresión inglesa como *penile reattachment* suena en español más natural en la forma 'reinserción del pene' que a través del calco directo 'reinserción peneano'. Al menos así lo percibo yo.

» Desde la RAMSA

Por Miguel Ángel Merchán

Académico de Número de la RAMSA



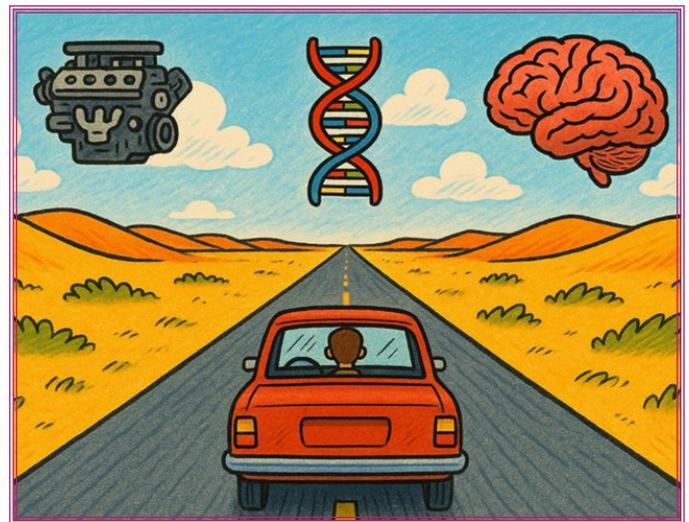
¿Es posible retardar el envejecimiento del cerebro sensorial?

Evidencias experimentales sobre la estimulación eléctrica y la preservación de la corteza auditiva

El cerebro es especial en su modo de envejecer y, al parecer, su excepcional consumo de energía (34 % del total del gasto del organismo con solo un 3 % de la masa corporal) es el factor que lo hace más peculiar. A este problema de alto consumo y alta capacidad de generación de catabolitos se añade la ausencia de vasos linfáticos y las dificultades para la limpieza de los abundantes residuos que se generan. Así las cosas, en los últimos años, tanto para entender el envejecimiento saludable o natural como para analizar las alteraciones patológicas neurodegenerativas, se ha centrado la atención de la investigación en el análisis de la acumulación de productos de la respiración celular (función mitocondrial), tales como los radicales libres de oxígeno. La idea es que, en las neuronas, la toxicidad de estos radicales —cuando se producen en exceso o no son adecuadamente tamponados— pone en marcha la liberación de citoquinas y desencadena un proceso inflamatorio y de muerte neuronal (Zia et al., 2021).

La homeostasis de la actividad cerebral tiene un mecanismo regulador que juega a favor del equilibrio en el aporte energético. Cuanta más actividad neuronal, mayor es el aporte de glucosa y oxígeno (unidad glía-neurona-barrera hematoencefálica). Es decir, cuando se incrementa el funcionamiento de las redes neuronales, se incrementa de forma automática el aporte de glucosa y oxígeno. Si se altera este mecanismo, se genera un desequilibrio que produce más radicales libres y más inflamación.

El NCU define la epigenética como: “El estudio de los cambios que activan o inactivan los genes sin cambiar la secuencia del ADN, a causa de la edad y la exposición a factores ambientales”. Podríamos decir que lo que pone en marcha el envejecimiento es, en realidad, un cambio epigenético en la regulación de los genes, cuya transcripción provoca a su vez alteraciones en la síntesis de proteínas. Tras estos cambios, que inician el proceso de envejecimiento (inestabilidad cromosómica, metilación del ADN, etc.), son los subsiguientes cambios de actividad y metabolismo de las células del sistema nervioso los que desarrollan las alteraciones tisulares. Para intentar explicar el problema de forma sencilla y didáctica, trataremos de crear un símil gráfico: imaginemos una carretera por la que circula un coche cuyo tiempo de funcionamiento depende convencionalmente de la mecánica del motor (código genético). Por otro lado, el funcionamiento continuado del motor conduce a desgastes progresivos que culminan con la avería del vehículo (radicales libres e inflamación). De este modo, si el automóvil funciona en un régimen inadecuado, el desgaste y las potenciales averías se incrementan (cambios de aceleración, velocidad irregular, etc.). Así que, igual que en el cerebro, la vida media del coche depende tanto de su mecánica como del desarrollo en el tiempo de su actividad. No podemos actuar todavía de forma eficaz sobre la parte de la ecuación generada por los



cambios epigenéticos, pero sí podemos intervenir para mantener un régimen más adecuado de funcionamiento que regule y equilibre su actividad, prolongando su tiempo de buen rendimiento. En el símil automovilístico propuesto, esto equivaldría a mantener el automóvil en un régimen de funcionamiento adecuado, a pesar del desgaste del motor.

El cerebro y la intervención eléctrica

El cerebro es la estructura más protegida y aislada del organismo, lo que lo hace inaccesible para muchos tratamientos médicos. Sin embargo, con los conocimientos acumulados sobre la fisiología del sistema nervioso, sabemos que la actividad de las neuronas puede ser modificada mediante campos eléctricos y que es posible interactuar con el cerebro sin invadir su estructura (recientes resultados de nuestro grupo, basados en corrientes interferenciales, así lo indican —Carmona-Barrón et al., 2023—). De este modo, actualmente los campos eléctricos son una herramienta que se puede aplicar sin generar daño para mantener el equilibrio homeostático de las redes neuronales en el cerebro envejecido.

Hemos corroborado en nuestro modelo animal que, como consecuencia de la sordera, en el cerebro auditivo envejecido se genera un estado de hiperexcitabilidad que se asocia con una alteración de sus redes neuronales (Zhang et al., 2013; Wendling et al., 2016; Colmenárez-Raga et al., 2019; Xue et al., 2023; Fernández del Campo et al., 2025, en prensa). Al parecer, la alteración de la audición conduce a una pérdida de los circuitos inhibitorios,

» Desde la RAMSA



Real Academia de Medicina de Salamanca

lo que provoca una respuesta excesiva o muy vigorosa frente al sonido (hiperexcitabilidad). Siguiendo el hilo didáctico del símil automovilístico, el régimen de actividad de nuestro automóvil se dispara al final del trayecto, provocando una aceleración catastrófica. De este modo, la hiperexcitabilidad cortical auditiva, subsiguiente a la pérdida sensorial por envejecimiento, se convierte en un agente potenciador del envejecimiento neuronal de primer nivel. Nuestra idea es que la pérdida de actividad de la corteza inducida por la sordera puede ser compensada mediante estímulos eléctricos, estabilizando sus circuitos inhibitorios y manteniendo las redes en equilibrio.

En nuestro laboratorio del Instituto de Neurociencias de Salamanca hemos dejado envejecer de forma espontánea a un grupo de ratas Wistar, realizando pruebas auditivas mensualmente para determinar cuándo comienzan a perder audición. De la vida media de la rata, que es de unos 24-26 meses, nuestros animales comienzan a mostrar sordera a los 16 meses. En ese momento, inicio de la sordera, aplicamos un protocolo de 15 días de estimulación con corriente continua anódica, cuyo efecto es generar un aumento de actividad local en el cerebro auditivo sin provocar lesiones. Como resultado interesante, las ratas estimuladas mantenían la audición dentro de límites normales, mientras que en las no estimuladas la sordera seguía progresando (Fernández del Campo et al., 2024). Un análisis más reciente de nuestro grupo se centró en valorar los efectos directamente en la corteza cerebral auditiva. Comprobamos que la estimulación eléctrica disminuye drásticamente la hiperexcitabilidad de la corteza inducida por la edad y que esto se debe potencialmente a la preservación de los circuitos inhibitorios por la actividad de los campos eléctricos (Fernández del Campo I. et al., 2025). Compensar la pérdida de actividad por la sordera mediante estimulación eléctrica estabiliza la respuesta cortical al sonido —el automóvil mantiene una velocidad regular hasta el final del trayecto—. Este retraso en la reorganización cortical desadaptativa (*maladaptive*, en inglés) conlleva un equilibrio en la regulación trófico-metabólica y debería reducir, en teoría, la inflamación y la muerte celular. La respuesta a esta hipótesis la estamos buscando actualmente mediante la evaluación de la expresión génica en nuestro modelo, a través de secuenciación de ARN (transcriptómica). Este estudio en curso, cuyo objetivo es buscar los cambios genéticos que conducen al desequilibrio funcional en la corteza sorda, nos ha permitido comprobar que los campos eléctricos estabilizan los cambios de expresión génica debidos al envejecimiento. Tras este análisis, muy probablemente podremos identificar genes o funciones candidatos a convertirse, en un futuro próximo, en dianas terapéuticas.

Nota:

Este artículo está dedicado a los siguientes colegas de nuestro laboratorio, que son los que, en definitiva, lo han hecho posible: I, Plaza; IS, Fernández

del Campo; I, Díaz; AJ, de la Fuente; V, Carmona-Barrón; M, Pernia; AC, Colmenarez; JM Delgado; D, Pérez y J, Carro. Así como nuestros compañeros del área de biología molecular del INCYL: R, Deogracias; A, Cebrián; C, Hernández; N, Varela y N, Martín.

Bibliografía:

Carmona-Barrón VG, Fernández del Campo IS, Delgado-García JM, De la Fuente AJ, Lopez IP, Merchán MA. 2023. Comparing the effects of transcranial alternating current and temporal interference (tTIS) electric stimulation through whole-brain mapping of c-Fos immunoreactivity. *Front Neuroanat* 17:1–17.

Colmenarez-Raga AC, Díaz I, Pernia M, Pérez-González D, Delgado-García JM, Carro J, Plaza I, Merchán MA. 2019. *Reversible Functional Changes Evoked by Anodal Epidural Direct Current Electrical Stimulation of the Rat Auditory Cortex*. *Front Neurosci* [Internet] 13:1–19.

Elena MD, Quiles JL, Barriocanal-Casado E, Varela-I A. The Paradox of Coenzyme Q 10 in Aging. :1–33.

Fernández del Campo IS, Carmona-Barrón VG, Díaz I, Plaza I, Alvarado JC, Merchán MA. 2024. Multisession anodal epidural direct current stimulation of the auditory cortex delays the progression of presbycusis in the Wistar rat. *Hear Res* 444.

Fernández del Campo IS, De la Fuente AJ, Díaz I, Plaza I, Merchán MA. 2025. Anodal direct current stimulation of the auditory cortex at the onset of presbycusis delays cortical aging. *Brain Structure and Function* - Springer (in press).

Pernia, M, Díaz I, Colmenarez-Raga AC, Rivadulla C, Cudeiro J, Plaza I, MA Merchán. 2019. *Cross-modal reaction of auditory and visual cortices after long-term bilateral hearing deprivation in the rat*. *Brain Struct Funct* [Internet].

Pernia M, Estévez S, Poveda C, Plaza I, Carro J, Juiz JM, Merchán MA. 2017. c-Fos and Arc/Arg3.1 expression in auditory and visual cortices after hearing loss: Evidence of sensory crossmodal reorganization in adult rats. *J Comp Neurol* 525:2677–2689.

Wendling F, Gerber U, Cosandier-Rimele D, Nica A, De Montigny J, Rainteau O, Kalitzin S, Lopes da Silva F, Benquet P. 2016. *Brain (Hyper)Excitability Revealed by Optimal Electrical Stimulation of GABAergic Interneurons*. *Brain Stimul* [Internet] 9:919–932.

Xue B, Meng X, Kao JPY, Kanold PO. 2023. *Age-related changes in excitatory and inhibitory intra-cortical circuits in auditory cortex of C57Bl/6 mice*. *Hear Res* [Internet] 429:108685.

Zhang G, Gao Z, Guan S, Zhu Y, Wang J-H. 2013. *Upregulation of excitatory neurons and downregulation of inhibitory neurons in barrel cortex are associated with loss of whisker inputs*. *Mol Brain* [Internet] 6:2.

Zia A, Pourbagher-Shahri AM, Farkhondeh T, Samarghandian S. 2021. *Molecular and cellular pathways contributing to brain aging*. *Behav Brain Funct* [Internet] 17:1–30.



» Medicina para todos

Por Iluminado Oliva



Sueño

Quando una persona duerme mal una noche, normalmente no hay por qué preocuparse ni medicarse, a la siguiente suele dormir mejor

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, dormir es: “hallarse en el estado de reposo que consiste en la inacción o supresión de los sentidos y de todo movimiento voluntario”.

Todos tenemos unas fases fisiológicas del sueño que van cambiando con la edad: fases no REM (del inglés *Rapid Eye Movement*, Movimiento Rápido de los Ojos) I, II, III, IV y fases REM, durante las cuales se suceden los ensueños, que se han interpretado desde la antigüedad de diferentes formas.

Es una necesidad biológica en vista a recuperar las facultades que se han desgastado durante la vigilia. El sueño adecuado en humanos mejora el estado de ánimo, la lucidez mental, el rendimiento profesional, facilita la superación de padecimientos, renueva las fuerzas, etc.

Lo ideal es que los adultos duerman ocho horas diarias (intervalo entre 4 y 10). En los niños, estas necesidades son mayores. A medida que la edad avanza, los trastornos son más frecuentes al ir desapareciendo la fase IV. Cerca de la mitad de la población tiene problemas de sueño.

Para investigar y diagnosticar, los médicos especializados en esta materia estudian la respuesta eléctrica que producen las células cerebrales, oculares o musculares durante las diferentes fases del sueño con: el electroencefalograma, el electrooculograma (movimientos de los ojos) y el electromiograma (movimientos de los músculos). Con esos medios aprecian datos muy útiles.

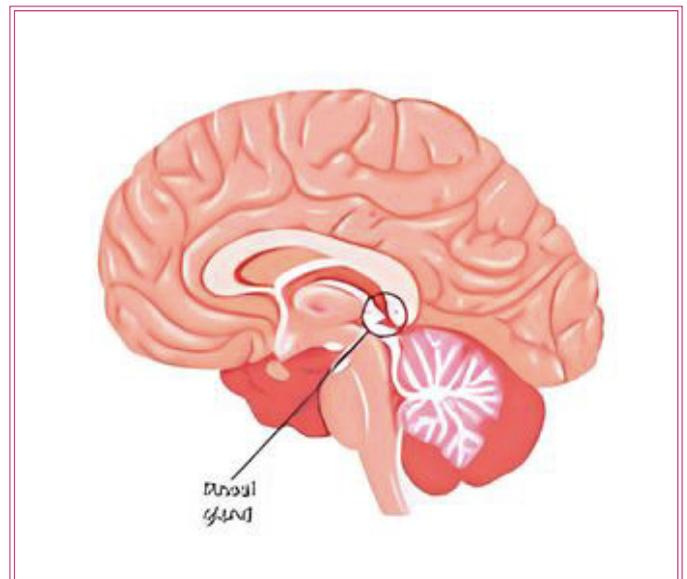
Durante el sueño, el líquido cefalorraquídeo (fluido que baña el cerebro y la médula espinal) circula más fácilmente entre las neuronas, limpiando el material amiloide (proteínas de desecho de las células cerebrales), que se acumula durante el estado de vigilia y que es el inductor de enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson; por tanto, el insomnio favorece esos procesos¹ (experiencia en animales).

Dormir es algo que está condicionado a múltiples circunstancias: laborales, ocio, enfermedades, costumbres, viajes, tiempo de exposición a las pantallas (móviles), estados de ánimo (preocupaciones), estrés...

Respetar un horario, a ser posible, de acostarse y levantarse es conveniente para dormir bien, así como tener diariamente contacto con la luz natural.

La siesta corta tras la comida de mediodía se considera cada vez más una ayuda para equilibrar la jornada y el sueño. El respetar el ritmo circadiano (el que marca la naturaleza con la luz del día o la oscuridad de la noche) es conveniente. El exceso de calor o frío dificultan también el dormir.

Patologías en relación con el insomnio: disminución de las defensas inmunitarias, desequilibrios físicos y psíquicos, aumento de enfermedades como cardiopatías, tumores, enferme-



dades mentales, pérdidas de memoria, accidentes de todo tipo (tráfico, laborales), mal rendimiento escolar —muy llamativo en la infancia—, bostezo, diabetes tipo 2, obesidad, depresión, infertilidad, etc.

Es importante evitar los ruidos producidos por discotecas, proximidad a los aeropuertos, fiestas ruidosas, etc., que con frecuencia trastornan el sueño. Hay leyes que prohíben estas situaciones, pero habitualmente no se cumplen. Cuando no hay más remedio que estar en contacto con los mismos, se puede recurrir a los auriculares (tapones en los oídos) o a insonorizar los edificios.

La alimentación inadecuada puede ser también causa de insomnio: las cenas excesivas o deficientes, las especias, el café, el té...; igualmente el alcohol, las drogas, el tabaco...

Infusiones como las de tila, manzanilla, menta poleo, etc. pueden ayudar a realizar la digestión y así facilitar el sueño. El baño con agua templada previo a dormir puede ser útil.

Soluciones para evitar el insomnio pueden ser, además de las mencionadas: el ejercicio físico, el mental (por ejemplo, contar despacio hasta diez respiraciones cuando no se consigue dormir y vuelta a empezar), las técnicas de relajación (yoga, musicoterapia...) y medicaciones sedantes como benzodiazepinas; aunque estas últimas no están, ni mucho menos, exentas de efectos adversos como adicciones y otros, por lo que se debe evitar su

» Medicina para todos

uso sistemático. El dormitorio, a ser posible, ha de estar bien ventilado, sin plantas, cómodo, con frescura en el ambiente y calor en el lecho, la habitación con los menores ruidos y distracciones, etc.

Enfermedades relacionadas con el sueño

Hay varias enfermedades relacionadas directamente con el dormir: insomnio, hipersomnio, apnea del sueño, narcolepsia, piernas inquietas...

Hipersomnio. Dormir en exceso, sobre todo cuando es provocado (sedación), debe restringirse a los casos imprescindibles, porque si no, entraña múltiples patologías más graves que el beneficio inducido por el sueño: infecciones, prolongación innecesaria de estancias en UVI, lesiones cardiorrespiratorias o cerebrales, etc.

Apnea del sueño. Es una patología frecuente; consiste en quedarse sin respiración durante más de diez segundos cuando se está durmiendo. Es uno de los estudios más importantes que realizan y tratan las Unidades del Sueño. Sus causas son múltiples: alcohol, tabaco, obesidad, medicaciones tranquilizantes, patologías cardíacas, de la garganta, pulmonares, etc.

Narcolepsia (torpeza y epilepsia). Es dormirse durante el día sin desearlo, por ejemplo, periodos de 15 minutos. No tiene cura, aunque algunos medicamentos la pueden mejorar. Es importante el apoyo familiar y psicológico en estas situaciones.

Piernas inquietas. Son un conjunto de síntomas de las extremidades, más las inferiores (hormigueos, dolor, necesidad de caminar, cosquilleo, sensación de agujas en los pies...), que producen unos movimientos incontrolados; se alivian con la marcha y son causa de insomnio. Son un fallo del sistema nervioso relativamente frecuente, aumentan con la edad y su causa se desconoce. Suelen presentarse por la noche, pero también en el día. Más frecuentes en mujeres con insuficiencia renal, diabetes, párkinson, déficit de hierro o magnesio en sangre, anemia, debido a ciertos medicamentos o sustancias como cafeína, alcohol, nicotina... Pueden ser hereditarias. Afectan a la calidad de vida, más que a la cantidad. No tienen tratamiento curativo: baños —contrastes de agua fría/caliente—; masajes; tratar las enfermedades citadas; suprimir tabaco, alcohol y cafeína; corregir las deficiencias en hierro, a algunos les favorece la dieta sin gluten, etc.

Melatonina (de *melas*: negro, y *serotonin*: serotonina). Es una hormona que se encuentra en los animales y en las plantas, algas, hongos... En el ser humano está, sobre todo, en el cerebro —la glándula pineal— (ver dibujo), y también en otros órganos como el intestino, el hígado... Aumenta su secreción con la oscuridad y disminuye en presencia de la luz. Es un regulador biológico del sueño de reciente descubrimiento. En 1995 se comenzó a usar como fármaco, aunque también el abuso de la misma tiene efectos perjudiciales: ansiedad, depresión, desorientación.

Bibliografía:

1. Xie L, Kag H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Meenakshisundaram T, et al. Sleep Drives Metabolite Clearance from the Adult Brain. *Science* 2013;342:373-377. DOI: [10.1126/science.1241224](https://doi.org/10.1126/science.1241224).

Con la colaboración del Dr. José María González Ruiz, del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Salamanca



Lo ideal es que los adultos duerman ocho horas diarias (con un intervalo entre 4 y 10). En los niños, estas necesidades son mayores.



Para lograr un correcto descanso, es de utilidad respetar un horario de acostarse y levantarse y tener contacto diario con la luz natural.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Escritas y relatadas por Juan Manuel Igea

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



«El médico que solo sabe medicina, ni medicina sabe»

José de Letamendi y Manjarrés (1828-1897)

Algunas de las noticias científicas más importantes ocurridas en los últimos meses y que nada tienen que ver directamente con la medicina, pero que sería bueno que usted, como médico, conociera

El truco de la vida: cómo las células eucariotas escaparon al límite en el tamaño de las proteínas

Durante casi dos mil millones de años, la vida en la Tierra fue muy sencilla. Bacterias y arqueas, células diminutas sin núcleo, dominaron el planeta. Su maquinaria génica funcionaba con una regla simple: cada gen producía una proteína, y cuanto más largo era el gen, más larga la proteína. Esta lógica permitió cierta diversificación en la complejidad, pero había un límite inesperado. Cuando las proteínas se hacían demasiado largas, cada vez era más difícil encontrar una secuencia que se plegara correctamente y funcionara. El límite eran los genes de 1.500 bases, capaces de originar proteínas de 500 aminoácidos. Hacer proteínas más largas dejó de ser viable.

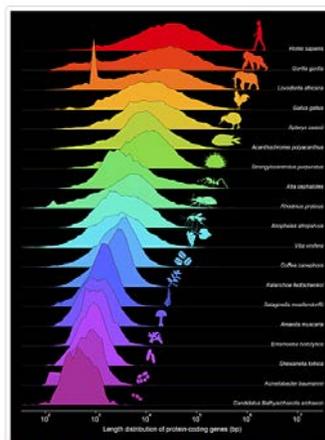
¿Cómo lo resolvió la vida? El nuevo estudio publicado en PNAS por Muro et al. en el que han analizado más de 33.000 genomas y 9.000 proteomas de especies de todo el árbol de la vida propone que en el momento de aparición de los microorganismos eucariotas, mucho más complejos, tuvo lugar una transición algorítmica: un cambio radical en la manera en que la evolución buscaba soluciones. Los genes siguieron creciendo, pero no a base de secuencias codificadoras sino de secuencias no codificadoras (los llamados intrones y regiones reguladoras).

De este modo, las proteínas se estabilizaron en ese tamaño límite que indicábamos antes, en torno a 500 aminoácidos de media, pero se hicieron más versátiles. En lugar de crear proteínas enormes y complejas de una pieza, los eucariotas empezaron a hacer proteínas modulares. Estas primitivas formas de vida recombinaron módulos génicos más pequeños y usaron el

corte y empalme alternativo de tales segmentos para conseguir múltiples proteínas diferentes a partir de un mismo gen. Las proteínas finales eran ensamblajes de otras proteínas modulares más pequeñas y especializadas.

Este giro fue revolucionario: la complejidad ya no dependía de tener proteínas gigantes, sino de la capacidad de combinar y regular proteínas más pequeñas. Era como pasar de una fábrica que intenta construir herramientas enormes a otra que fabrica piezas modulares y flexibles que pueden ensamblarse en infinidad de configuraciones. Ese cambio coincidió, como decíamos, con el origen de la célula eucariota, con su núcleo y sus orgánulos, y abrió el camino a los organismos multicelulares, los tejidos, los sistemas nerviosos y, en última instancia, la diversidad de formas de vida que hoy conocemos.

El hallazgo recuerda que la evolución, más que un camino recto hacia lo complejo, es un ingenio adaptativo: cuando una vía se bloquea, encuentra otra, a menudo más creativa. En este caso, la solución no fue estirar más las proteínas, sino aprender a jugar con ellas como piezas de un puzzle infinito.



Evolution of protein-coding gene length distributions across evolutionary time (III/AD: Fernando J. Ballesteros)

Referencia bibliográfica:

Enrique M. Muroa, Fernando J. Ballesteros, Bartolo Luquec and Jordi Bascompte. *The emergence of eukaryotes as an evolutionary algorithmic phase transition*. PNAS (2025). DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2422968122>.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Cuando el cerebro inventa dos veces lo mismo

Imaginemos por un momento que dos linajes evolutivos, separados por más de 300 millones de años, se enfrentan al mismo reto: procesar las complejas señales que reciben del mundo en que viven y adaptarse a él con inteligencia. De un lado, los mamíferos, con su célebre neocorteza; del otro, las aves, cuyo palio (o *pallium*) ha sido durante mucho tiempo un enigma. ¿Cómo es posible que ambos grupos, tan distintos en apariencia, hayan desplegado capacidades cognitivas tan sofisticadas?

La respuesta llega de dos trabajos realizados por el grupo del Achucarro Basque Center for Neuroscience. El primero de ellos ha diseccionado el palio de las aves con una gran precisión y ha encontrado que las neuronas inhibitoras, guardianas del equilibrio cerebral, parecen haberse mantenido estables durante cientos de millones de años. Son, por así decirlo, fósiles vivientes dentro del cerebro. Las neuronas excitadoras, en cambio, han tomado derroteros distintos. Algunas han conservado paralelismos con las capas profundas de la corteza de los mamíferos; otras, en cambio, han seguido un rumbo propio y han generado configuraciones originales en el mesopalio o el hiperpalio de las aves. Este panorama revela un cerebro en mosaico, donde la mezcla de elementos conservados, divergentes y convergentes construye la base de las sorprendentes capacidades cognitivas de las aves.

El segundo estudio se centra en otra pregunta: ¿son comparables los circuitos sensoriales del palio en las aves y los mamíferos? Tras analizar con técnicas de transcriptómica espacial y modelado matemático el desarrollo del pollo, el gecko y el ratón observaron que las neuronas que formarán los circuitos sensoriales nacen en momentos y regiones embrionarias diferentes. Sus programas génicos iniciales también difieren notablemente.

Y sin embargo, al llegar a la edad adulta, esas neuronas construyen redes funcionales equivalentes: estructuras distintas que resuelven el mismo problema de manera semejante.

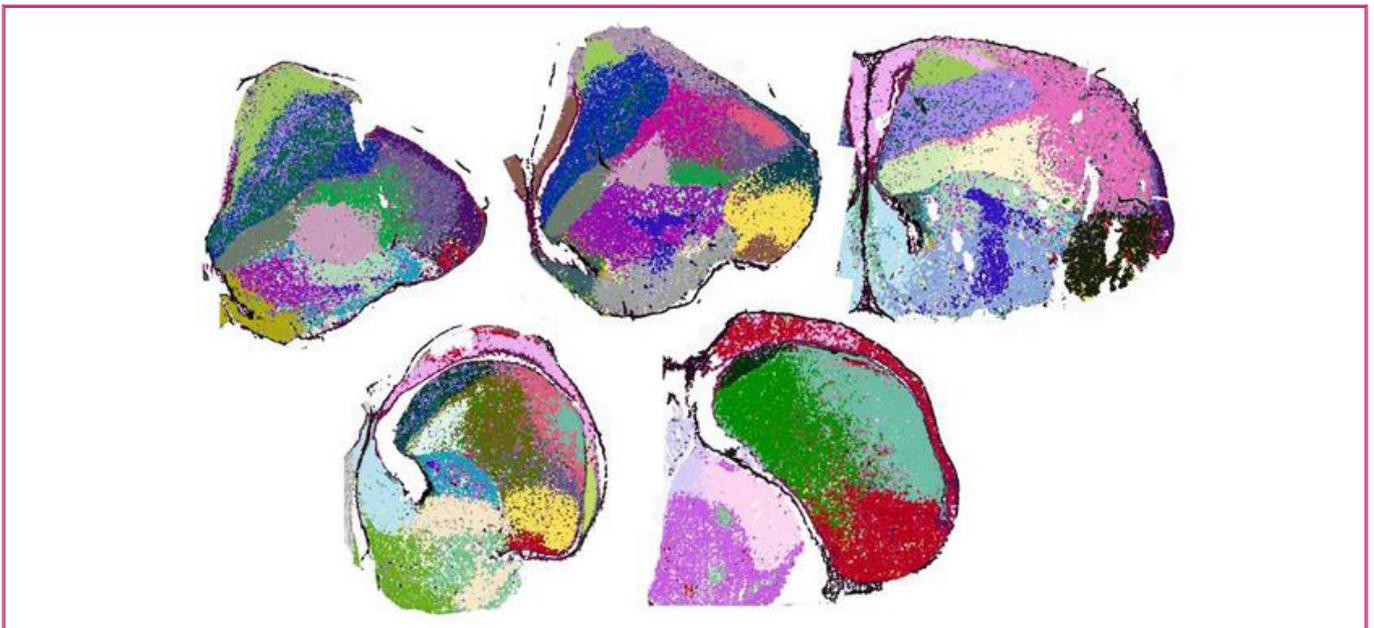
Aquí lo que emerge es el fenómeno de la convergencia evolutiva: aves y mamíferos, sin un antepasado común que ya tuviera esa organización, reinventaron soluciones parecidas para procesar el mundo sensorial. Leídos en conjunto, los dos artículos nos obligan a matizar la visión simplista de que cerebros parecidos provienen necesariamente de la misma raíz. La realidad es más sutil y, quizás, más fascinante.

Estos hallazgos no son solo una curiosidad comparativa. Nos hablan de la plasticidad de la evolución, de su capacidad para reinventar una y otra vez el órgano más complejo que conocemos. Y, en cierto modo, nos invitan a repensar qué significa «inteligencia»: no un diseño único ni una estructura privilegiada, sino un horizonte común al que distintas especies llegan por vías divergentes.

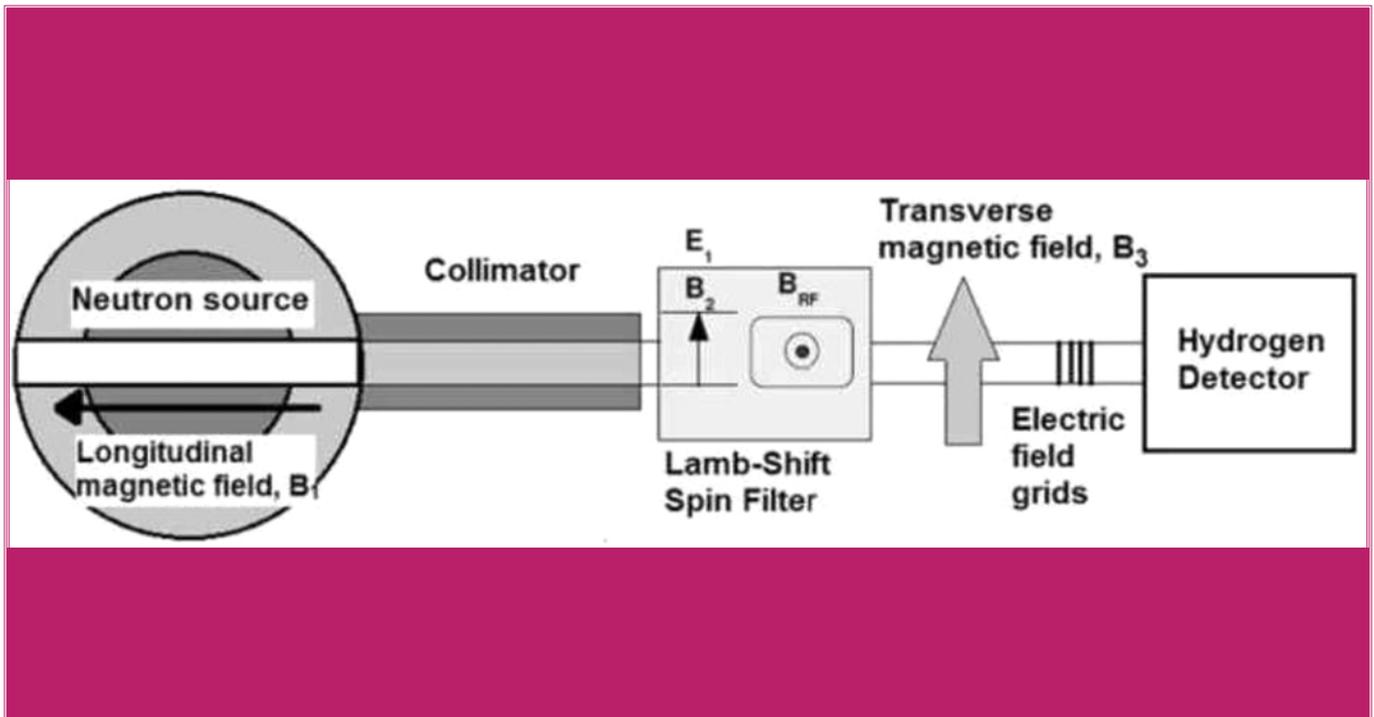
Referencia bibliográfica:

Zaremba B, Cardoso AR, Rueda-Alaña E, Klein N, Fernandes AM, Kornilov SA, et al. *Developmental origins and evolution of pallial cell types and structures in birds*. Science. 2025 Feb 14;387(6715):763-769. doi:10.1126/science.adp5182.

Rueda-Alaña E, Cardoso AR, Zaremba B, Klein N, Fernandes AM, Kornilov SA, et al. *Evolutionary convergence of sensory circuits in the pallium of amniotes*. Science. 2025 Feb 14;387(6715):770-775. doi:10.1126/science.adp3411.



» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina



Los investigadores tomaron como punto de partida el diseño del experimento de desintegración creado por McAndrew et al.: "Está el tubo de haz pasante donde se desintegran los neutrones. A continuación, está el colimador, por donde pasan los átomos de hidrógeno. Posteriormente, la mayor parte de los protones y electrones de la desintegración de tres cuerpos es eliminada por el campo magnético transversal B_3 ."

El enigma del neutrón

Durante décadas, los físicos se han encontrado con un pequeño misterio: el tiempo de vida del neutrón libre parecía cambiar según cómo se midiera. En los experimentos de haz, donde se cuentan los protones producidos por su desintegración, el neutrón vivía unos 888 segundos. En los experimentos de trampa, que registran los neutrones que permanecen intactos, la cifra era de unos 878 segundos. Esta pequeña diferencia es un abismo en física nuclear porque compromete cálculos fundamentales del Modelo Estándar y de la historia temprana del Universo.

La sospecha era que existía una vía de desintegración del neutrón que pasaba inadvertida. Además del canal habitual, en el que un neutrón se transforma en un protón, un electrón y un antineutrino, se conocía la posibilidad, sumamente inusual, de que decayese directamente en un átomo de hidrógeno y un antineutrino. El problema es que la probabilidad teórica de este proceso era insignificante, incapaz de explicar la discrepancia.

Es aquí donde aparece el trabajo que acaba de publicarse de la mano de Eugene Oks. Al revisar la ecuación de Dirac para el hidrógeno, recuperó una solución matemática tradicionalmente descartada por su carácter «singular». Esa solución describe un tipo de hidrógeno muy peculiar, con solo

estados S y sin interacción con la radiación electromagnética: una especie de hidrógeno oscuro, al que llamó «segundo sabor». Al tener en cuenta esta posibilidad, la probabilidad de la desintegración de dos cuerpos se multiplica por 3.000, alcanzando justo el 1 % necesario para reconciliar los dos tipos de medidas.

Si esta interpretación es correcta, no solo se resuelve el viejo enigma del neutrón. También se abre una ventana inesperada a la existencia de ese «hidrógeno oscuro», que podría acumularse en estrellas de neutrones, surgir en explosiones cósmicas y quizá constituir parte de la materia oscura que escapa a nuestras observaciones.

El misterio del tiempo de vida del neutrón, que parecía un problema menor de precisión experimental, podría ser la pista hacia un nuevo componente del cosmos. En ocasiones, la física avanza no inventando partículas exóticas, sino rescatando soluciones olvidadas de ecuaciones que siempre estuvieron ahí.

Referencia bibliográfica:

Oks E. Resolution of the neutron lifetime puzzle and the conceptual design of its experimental confirmation. Nucl Phys B. 2025;1014:116879. doi:10.1016/j.nuclphysb.2025.116879.

» Ciudad y Medicina

Por Jesús Málaga



Un caso de histeria colectiva

“Con un turbio episodio protagonizado ‘por algunos religiosos indignos de su nombre’ finalizaron los cien años de permanencia en Salamanca de los frailes del convento de San Antonio el Real”



Restos del convento de San Antonio el Real que pueden verse actualmente en una famosa tienda de ropa de la plaza del Liceo. / Wikimedia Commons - Emilio J. Rodríguez Posada - CC BY-SA 4.0

A finales de 2024, la profesora María Nieves Rupérez Almajano impartió su conferencia de entrada en el Centro de Estudios Salmantinos con un estudio sobre el hospicio-convento de San Antonio el Real. Este cenobio franciscano se abrió en Salamanca en el siglo XVIII a pesar de la resistencia en su contra de las instituciones salmantinas y, lo que es más extraño, con la contundente oposición de los cuatro conventos de frailes franciscanos que había entonces en Salamanca, a saber: el poderoso San Francisco el Grande; el de los calvaristas, situado en el solar que hoy ocupa la estación de autobuses; el de San Antonio de las afueras, en el actual paseo de San Antonio, entre la trinchera del ferrocarril y el noviciado de los jesuitas, y los capuchinos.

La asignatura de psiquiatría se estudiaba en los años en los que cursé la carrera de medicina en el quinto curso. En la Biblioteca Universitaria me gustaba consultar manuales sobre la materia, y así fue como llegué a leer trabajos del psiquiatra Antonio Vallejo Nájera en los que relataba algunos casos curiosos de histeria colectiva en comunidades de monjas de conventos

europeos de clausura. Estas mujeres comenzaban, tras vivir un acontecimiento traumático, a tener comportamientos escandalosos colectivos: pronunciando insultos y palabras malsonantes, posturas obscenas e incitación a la promiscuidad, algo impensable en estos colectivos dedicados de por vida a la oración, la meditación, el silencio y a guardar compostura.

Preludio de la desamortización de Mendizábal

Al leer el libro que recoge la conferencia de Pérez Almajano, *Rescatado del olvido. El hospicio-convento de San Antonio el Real*, en el epílogo, cuando la catedrática de Arte finaliza su exposición con un recordatorio del destino final de este cenobio, nos da a conocer un hecho que desconocía, a pesar de mis muchos años dedicados al aprendizaje de la historia de Salamanca. Se trata de un caso de histeria colectiva que tuvo sus consecuencias: adelantó en el tiempo la desaparición de la ciudad de Salamanca de los frailes del convento de San Antonio el Real. Fue el preludio de la desamortización de Mendizábal tras la muerte del rey Borbón, Fernando VII, el 29 de septiembre de 1833.

» Ciudad y Medicina

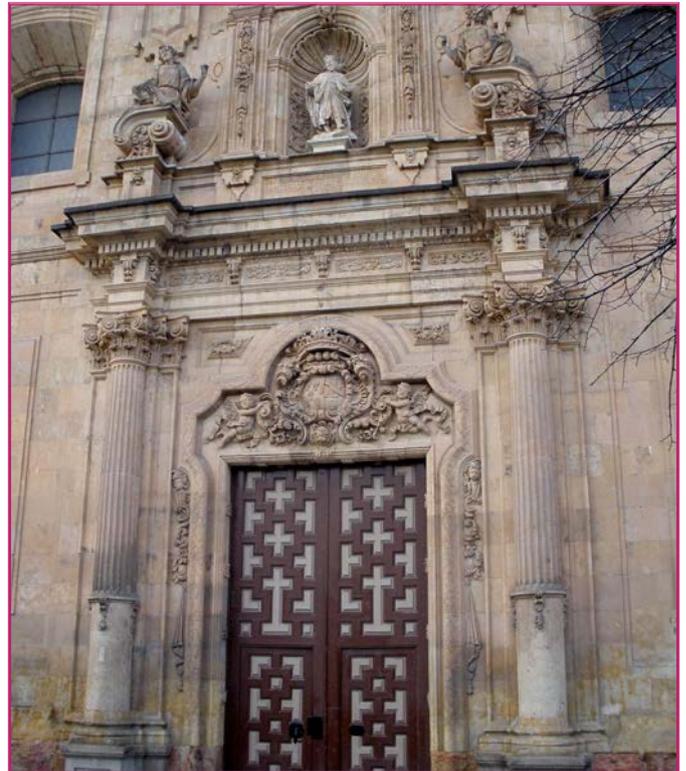
El suceso tuvo lugar en la ciudad del Tormes y en sus proximidades el 11 de febrero de 1834, y de su desarrollo y consecuencias dio contada información al día siguiente el jefe político, seguramente animado por las leyes desamortizadoras que estaban ya a punto de promulgarse y que se comentaban en los cenáculos y tertulias de los salmantinos con poder económico para adquirir los bienes de la Iglesia. Un grupo de 20-30 frailes franciscanos de los dos conventos referidos, San Francisco el Grande y San Antonio el Real, se reunieron en las cercanías del pueblo de Tejares, convertido en barrio de Salamanca a mediados del siglo XX, tomando una postura hostil. Según los crónicas, se dedicaron a cometer excesos (no especifica qué tipo de excesos), acompañados de gritos sediciosos e insultos a cuantos pasaban por los alrededores. En un momento dado se volvieron agresivos, comenzaron a tirar piedras y a perseguir a los vecinos que se acercaban a ellos para reprenderles por su actitud.

Al anochecer, el conflicto entre los frailes y los paisanos fue perdiendo impulso tras la intervención de las fuerzas del orden, pero un grupo de clérigos, unos ocho o diez de los más exaltados, se dirigieron a la plaza Mayor de Salamanca a las 8 de la tarde, ya de noche a esas alturas del invierno, y agredieron a las personas que se encontraban en el céntrico lugar. Aquel comportamiento provocó enfado entre las autoridades salmantinas y en el pueblo en general. La Salamanca clerical había asistido a un espectáculo nunca visto: los frailes de los conventos más prestigiados de la ciudad convertidos en alborotadores. Fue tal el escándalo producido que las autoridades catalogaron el altercado como un caso de sedición con implicación política, llegando a considerarlo como una actividad a favor del rey Carlos y en contra de la reina Isabel, entonces enfrentados por el trono. El final fue en detrimento de los alborotadores: no consiguieron su propósito, la reina se impuso y la desamortización de Mendizábal se puso en marcha en 1836.

Traslado a la iglesia de Santa Eulalia

Pasaron dos meses de los disturbios, y el 14 de abril de 1834 el superior de la provincia franciscana de San Miguel, a la que pertenecía el convento de San Antonio el Real, se lamentaba por la supresión del cenobio motivada “por algunos religiosos indignos de su nombre”. Con este turbio episodio, poco conocido y peor explicado, finalizaron los cien años de permanencia de los frailes franciscanos de San Antonio el Real en la calle de los Herreros, hoy Toro, en Salamanca.

Al quedar vacío definitivamente, los objetos de culto y las imágenes del templo conventual se trasladaron a la hoy desaparecida iglesia de Santa Eulalia. El obispo Cámara mandó construir un templo dedicado al patrón de Salamanca, san Juan de Sahagún, a finales del siglo XIX, encargándole el proyecto al prestigioso arquitecto Joaquín de Vargas y Aguirre, autor de la Casa Lis y el Mercado Central de Abastos, entre otros muchos edificios modernistas como el de la Fundación Vicente Rodríguez Fabrés. Eligieron para ubicar el nuevo templo los terrenos resultantes del derribo de la parroquia de San Mateo, utilizando en su construcción las piedras del románico templo. Declarada en ruinas Santa Eulalia, las imágenes de San Francisco el Real allí depositadas, entre las que se encontraba Nuestra Señora de los Dolores, fueron trasladadas a la nueva iglesia de la calle de los Herreros. Posiblemente, la Virgen fue



Portada de la capilla del convento de San Francisco el Real o de los Capuchinos. / Wikimedia Commons - Zarateman

venerada en la parroquia de San Marcos temporalmente antes de pasar definitivamente a la de San Juan de Sahagún.

De templo a comercio

En los años de posguerra surgió una cofradía de excombatientes de la Guerra Civil. En ella desfilaba la imagen del Cristo de las Batallas, venerado en la Catedral Nueva, acompañando a la Virgen de los Dolores de San Antonio el Real. Ya en democracia, la cofradía desapareció, dejando de procesionar la imagen de la Dolorosa y el famoso Cristo del obispo Jerónimo. Tras la desamortización de Mendizábal, en 1840 el convento, la iglesia, los corrales y las huertas fueron adquiridos *pro indiviso* por Juan Aparicio y Cayetano Zúñiga por 18.400 reales. Posteriormente, se dividió la propiedad, surgiendo en sus ruinas la capilla de las Esclavas de Azafranal, el teatro Liceo aprovechando el claustro, y la iglesia con su sacristía. Conocí el templo arrastrándome por una gatera cuando, en un local próximo donde estaba establecida una entidad bancaria, me invitaron a observar la iglesia desde la cúpula y quedé impresionado. Posteriormente, el templo se incorporó a la larga lista de monumentos salmantinos, acogiendo con acierto una de las tiendas de Zara, quizás la más hermosa de cuantas tiene abiertas en España esta afamada empresa de venta de ropa. Se conseguía así hacer del patrimonio de la ciudad un referente del comercio de calidad en la ciudad del Tormes.

» Maestros con Historia

Por Ramón Martín Rodrigo

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

Médicos ginecólogos en Salamanca (1945-1968). La Casa de la Madre

El autor recorre la trayectoria de los especialistas que ejercieron en Salamanca durante el funcionamiento de una institución decisiva en la atención sanitaria de la época

Escritas en *Salamanca Médica* varias biografías de eminentes médicos ginecólogos, he caído en la cuenta de que aún sería bueno recordar a otros profesionales de esta especialidad, tales son los doctores J. Puga y J. A. Usandizaga. Como no hay lugar para hablar de cada uno de ellos largamente, lo haré con la mayor brevedad posible.

Primero recordaré algunos doctores anteriores a 1945, luego pasaré a los que tuvieron actividad en el período 1945-1968, que corresponde al tiempo en que estuvo en funcionamiento en Salamanca la Casa de la Madre, de la cual ya he dado alguna referencia, y ahora quiero añadir otras cosas.

Anteriores a la etapa que señalo fueron **D. Casimiro Población** (1885-1940), de quien ya se ha escrito ampliamente. Se marchó a la Universidad de Madrid en 1933; y **D. Manuel Usandizaga Soraluce**, que formó parte de la Casa de la Salud de Valdecilla, que vino de catedrático a Salamanca en 1935, pero paró aquí pocos cursos. Su biografía puede consultarse en el *Diccionario Biográfico de Medicina*.

En esta revista he expuesto las biografías de varios médicos ginecólogos, como **D. Ángel García Hernández** (*Salamanca Médica* Nº 59, 19/02/2017), **D. Julio Pérez Martín** y **D. Vicente Jiménez López** (*Salamanca Médica* Nº 66, septiembre-noviembre 2019), y **D. Antonio Ferreira Gómez** (*Salamanca Médica* Nº 41, 3/03/2011). A esta biografía me remito especialmente, porque entonces ya mencioné la Casa de la Madre e incluí en ella una foto del citado edificio, dado que este doctor fue el director de la referida institución. Pero hoy ofrezco referencias documentales del edificio que albergaba esta institución y, a la vez, recuerdo a dos ginecólogos auxiliares de la misma.

En el presente repaso de médicos, me he fijado en los tres doctores cuyas fotos van sobre estas líneas, y además en **José Antonio Usandizaga**, **Juan Luis Lanchares Pérez**, **Víctor López Chaves**, **José Población**, **Julio Pérez Rodríguez**, **Joaquín Vicente** y **Miguel Ángel García Martín**.

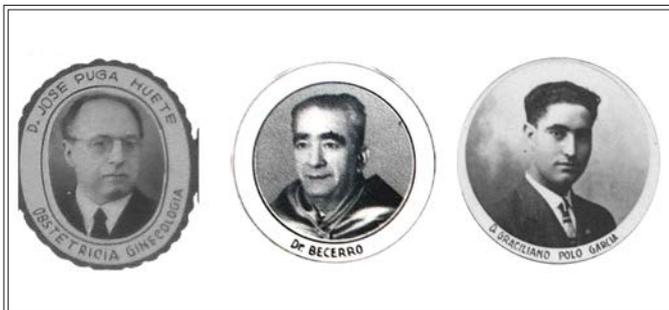
Otros médicos ginecólogos, que ahora no estudio, fueron **D. Vicente González** (que se anunciaba en *La Voz de Peñaranda*), **D. Juan Íñigo Cascón**, **D^a Sofía Coca Pastor**, **D. Agustín Rodríguez** y **D. Eleuterio R. Hernández de Miguel**, con destino en la Residencia de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de la Vega.

SOMERAS REFERENCIAS DE LOS DOCTORES MENCIONADOS

D. JOSÉ PUGA HUETE. Nació en Málaga en 1893, licenciado en Medicina. En la Universidad de Málaga inició su labor académica en esta disciplina como profesor auxiliar. Probablemente ejerció unos años en Córdoba. En 1935 se presentó a oposiciones a la cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Santiago, a la que también acudieron D. Miguel Becerro y D. Manuel Usandizaga. Vacante la cátedra de la Facultad de Medicina de Salamanca, aprobó la correspondiente oposición y, por Orden de 8 de julio de 1943, fue nombrado catedrático de Obstetricia y Ginecología de esta Facultad.

En los años cuarenta del pasado siglo se realizaron algunos cursos de perfeccionamiento y conferencias en los que él intervino. La foto incluida corresponde a la orla de los licenciados en 1949. Por Orden de 21 de julio de 1948 fue nombrado catedrático de la Universidad de Zaragoza. Allí ejerció hasta 1963, y murió en esa ciudad en 1970.

D. JOSÉ POBLACIÓN DEL CASTILLO. Fue hijo del eminente D. Casimiro Población, y se licenció en Medicina entre 1931 y 1936. Sin llegar al prestigio ni fama de su padre, le sucedió en la dirección del sanatorio que mandó hacer don Casimiro poco tiempo después de la muerte de este en 1940. En 1967, don José ya era presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla y León. En 1968, fue uno de los encargados de convocar las III Jornadas de Obstetricia y Ginecología, que tuvieron lugar en Salamanca del 29 de abril al 2 de mayo de 1968. Él dirigió unas palabras de bienvenida a los congresistas y también, finalizadas las intervenciones, los despidió y les dio las gracias.



» Maestros con Historia

D. JOSÉ ANTONIO USANDIZAGA BEGUIRISTÁIN. Nació en 1932. Muy pronto adquirió su formación en la especialidad y, además, ganó por oposición la cátedra de la Facultad de Medicina de Salamanca. En las referidas III Jornadas se extiende su nombre como catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca. En ellas pronunció una conferencia sobre *Hemorragias juveniles*. Fue muy aplaudido, y el rector de la Universidad de Salamanca, D. Alfonso Balcells Gorina, lo felicitó por la lección expuesta, que era exponente de su madurez de magisterio, por lo que la Facultad de Medicina debía considerar un honor contar en su claustro con una voz tan joven y autorizada. En 1964 fue nombrado director de la Escuela de Matronas en el Hospital Provincial de esta ciudad. En el curso 1965-66 causó baja en Salamanca, pues pidió pasar a supernumerario. D. José Antonio, en nueva promoción, aprobó la cátedra vacante de la Universidad Autónoma de Madrid, y allí continuó con su trabajo docente y de investigación; una vez jubilado, fue declarado catedrático emérito. Murió en 2023. Sus importantes publicaciones pueden verse en Dialnet y en la BNE.

D. MIGUEL BECERRO. Este doctor ya se anunciaba en la prensa local en 1925 como especialista en “matriz y partos”, con domicilio en Espoz y Mina nº 2. Sus anuncios en la prensa local, especialmente en *El Adelanto*, son constantes y bien destacados. En los años cuarenta aparece como profesor en la Facultad de Medicina de Salamanca. Su foto corresponde a la orla de 1950.

D. JOSÉ LUIS LANCHARES PÉREZ. Este médico, recién licenciado en 1968, queda fuera del período elegido para este trabajo. No obstante, se puede mencionar que fue alumno interno de la cátedra de Obstetricia y Ginecología y que ya se incluyen en las actividades del departamento algunas publicaciones suyas desde el curso 1968-1969.

D. GRACILIANO POLO. Nació el 23 de abril de 1907 en Segovia de Sacedón, que es una alquería del municipio de Monterrubio de la Sierra (Salamanca). En 1917 hizo su ingreso en el Instituto de Salamanca, y seguidamente cursó la licenciatura desde 1924 a 1929. En la prensa local se anunciaba como especialista en “enfermedades de la mujer”, con domicilio en la calle de Crespo Rascón. Descontado su expediente académico, otras referencias de él vienen en la documentación de la Casa de la Madre, porque estuvo en ella como profesor auxiliar desde su entrada en funcionamiento en 1945 hasta su cierre en 1968. Algunas facturas de mobiliario y aparatos para esta entidad vienen dirigidas a él, lo que significa que le tenían asignado este cometido.

D. VÍCTOR LÓPEZ-CHAVES LAMANÍ DE CLAIRAC. Nació en Ledesma el 28 de julio de 1906. De la segunda parte de su apellido se deduce que era miembro de una familia acomodada y de carácter ganadero. El 29 de marzo de 1938 era el camarada delegado provincial de Sanidad. Así se nombra en aquel momento cuando las autoridades de Salamanca reciben con honor una misión llegada a esta ciudad del “fascio italiano”.

Eran tiempos de guerra y de reorganización de multitud de puestos de responsabilidad política y social. Luego, en la prensa local, es poco o nada lo que se dice de él. Sin embargo, queda claro que siguió adscrito a la Casa de la Madre, porque cuando

esta se va a cerrar en 1968 se consigna lo que se le adeuda, como igualmente se anotó de G. Polo y de A. Ferreira.

D. JULIO PÉREZ RODRÍGUEZ. Este médico fue hijo de D. Julio Pérez Martín. Tuvo su domicilio en la Gran Vía. Él me dijo un día que siguió la carrera de Medicina porque le obligó su padre, lo que no quiere decir que, una vez metido en estudios y luego en la profesión, no viviera entregado tanto a su formación como a la práctica. Como otros médicos, llevaba contrato con varias entidades aseguradoras estatales y privadas, operando en consecuencia en el Hospital de la Santísima Trinidad cuando la paciente podía elegirlo.

D. JOAQUÍN VICENTE MARTÍN. Terminó su carrera de licenciatura en 1953. Estaba relacionado por lazos familiares con el pueblo de Morille y con el de Guijuelo. Tuvo consulta abierta en su domicilio pero, del mismo modo que el médico anterior y otros varios, también parte de su clientela procedía de aseguradoras. De ahí que él me asegurase en más de una ocasión que había atendido a lo largo de su vida profesional alumbramientos en cantidad superior a cinco mil.

D. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA. Era afable, abierto. Realizó las milicias universitarias en Monte la Reina, al finalizar el curso 1965-1966. En las memorias de la Universidad de Salamanca figura como uno de los profesores que formaban el equipo de D. Ángel García Hernández, con el que publicó algunos trabajos, como *El tratamiento de la tuberculosis genital femenina en Toco-ginecología práctica*. También publicó juntamente con sus compañeros e incluso con profesores ajenos a la cátedra, como fue con D. Antonio Álvarez Morujo. Pero su relevancia en Salamanca se debe a la fama de buen médico en su práctica clínica.



Fotografías de la Casa de la Madre, situada entre la avenida de Comuneros y el paseo de la Estación, al inicio de las mismas, y frente a la Alamedilla. Las fotos se guardan en la documentación citada más abajo del Archivo Histórico Provincial.

ALGO MÁS SOBRE LA CASA DE LA MADRE

El Archivo Provincial de Salamanca guarda dos expedientes de la Casa de la Madre en Salamanca, que corresponden a la apertura y cierre de la misma. Se piden para su consulta señalando en el impreso de petición la sección de Sanidad y, dentro de ella, llevan los números 280, que trata de la apertura de la aludida institución, y 126, que recoge todo lo relativo a su clausura. El interés de estos documentos para el caso que nos ocupa se debe

» 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



Los tribunos de la plebe y los ediles en la Roma del Alto Imperio (II)

El mencionado veto del Tribuno de la Plebe motivó un acalorado debate en el Senado, protagonizado por el Pretor Vibulio y el Tribuno de la Plebe Antistio Sosiano/ Antistius Sossianus (Siglo I d. C.), quien en el año 62 d.C. por haber escrito un panfleto contra el emperador Nerón [Nerón Claudio César Augusto Germánico/Nero Claudius Caesar Augustus Germanicus. Anzio, 15 de diciembre de 37 d.C.; emperador del 13 de octubre del año 54 d.C. hasta Roma, el 9 de junio de 68 d.C.] sería condenado a muerte.

Le sería mutada su pena de muerte por el exilio, gracias a la intercesión jurídica y política del senador Publio Clodio Trasea Peto (Publius Clodius Thræsea Paetus. Patavium, ¿?-Roma, 66 d.C.), quien siempre se opuso al susodicho emperador, y formó parte de la filosofía estoica. Este último sería condenado a muerte por Nerón con la fórmula de: *liberum mortis arbitrium*/libre elección de muerte, y decidió pues abrirse las venas de los brazos/exanguinación.

El hecho condenatorio estará provocado por algo similar a la Alta Traición o *Laesa Maiestas*, como crimen, delito u ofensa realizada contra la más alta dignidad del Estado romano. Y, además, se les prohibía a los Tribunos de la Plebe que pudiesen convocar al resto de los pueblos itálicos, fuera de la propia urbe capitolina, Roma, para que pudiesen realizar la *COGNITIO* (un magistrado romano estaba facultado para intervenir en asuntos que podían vincularse, aunque no necesariamente, con el aspecto procesal de un litigio), y la consecuente aplicación de la *IUS APPELLATIONIS* (derecho a apelar las sentencias por medio de los Tribunos de la Plebe).

Asimismo, se les negó su jurisdicción dentro de los domicilios particulares de los ciudadanos romanos, y se fijó una demora de cuatro meses en el registro de las multas que ponían los Tribunos de la Plebe. Por todo ello, se conseguía dilatar el tiempo bastante como para que se pudieran presentar las alegaciones, que siempre eran de la autoridad resolutoria de los cónsules.

Otro de los hechos citados como debate acalorado producido en el Senado de Roma fue el que tuvo lugar cuando Asinio Galo (6 a.C.-Balearica/Antigua Roma, 46 d.C.), quien era un noble romano muy orgulloso de su idiosincrasia familiar, ya que, entre otras cosas, era hermanastro de Druso Julio César “el Joven” (7 de octubre del año 14 a.C.-Roma, 14 de septiembre de 23 d.C.), quien era el hijo del emperador Tiberio.

Durante el principado del emperador Claudio I [Tiberio Claudio César Augusto Germánico/Tiberius Claudius Caesar Augustus Germanicus. Lugdunum/Lyon, 1 de agosto de 10 a.C.-Cuarto emperador de Roma, desde el 24 de enero del año 41 d.C., hasta Roma, 13 de octubre de 54 d.C.] el citado Asinio Galo, acompañado por algunos de sus libertos y sus esclavos, decidió conspirar contra dicho emperador; a pesar de ser descubierto el complot,



Emperador Claudio.

el emperador se mostró magnánimo y solo le castigó con el exilio.

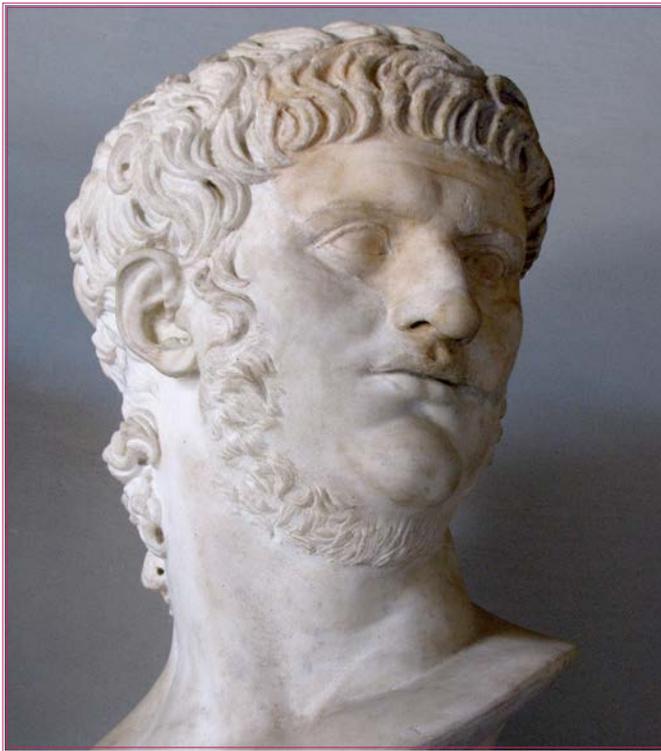
III.- LOS EDILES

Cuando llegamos al final de los tiempos de la República, los Ediles se ocupaban de tres cuestiones esenciales:

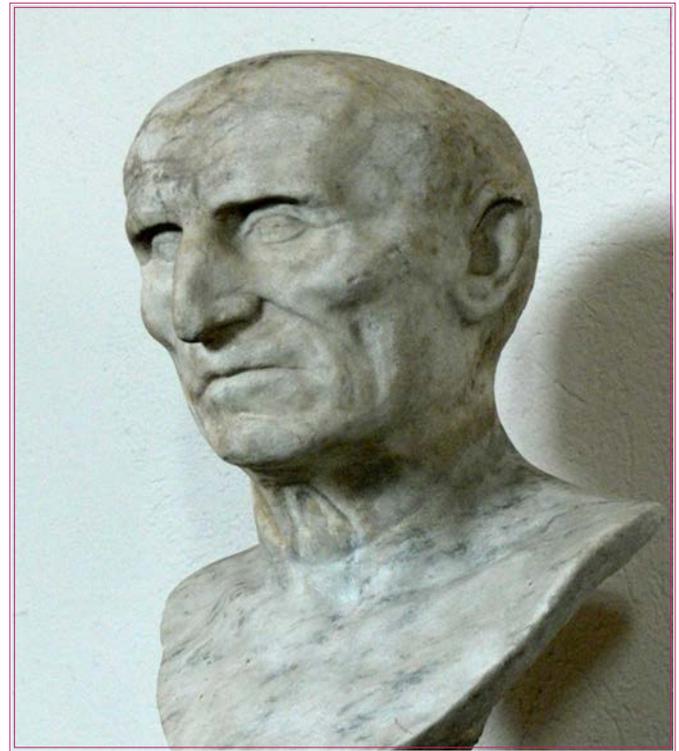
1º) *CURA URBIS*. Cuidar del orden público en Roma.

2º) *CURA ANNONAE*. Se cuidaban del reparo, del comercio y del transporte de los cereales. Por lo tanto, garantizaban el aprovisionamiento de alimentos a los habitantes de la urbe capitolina, y también a sus legiones.

» Historia



Emperador Nerón.



Emperador Galba.

3º) CURA LUDORUM SOLLEMNIUM. De la organización de los juegos y las fiestas públicas de mayor importancia.

Pero durante el Principado de Augusto ya solo se dedicarían al control, muchas veces necesario, del Orden Público, ya que Roma generaba, por su tamaño y su diversidad de gentes y de clases sociales, una gran cantidad de problemas sociales, y por ello, a los Ediles se les exigiría, en el mencionado Principado, una importante experiencia y una dedicación exclusiva. Además, aquellos apartados que exigían mayores responsabilidades recaerían, por la orden directa del propio emperador, en las manos de caballeros o de senadores nombrados *ad hoc*.

De su ancestral función para la prevención de incendios, únicamente les quedó el encargo de realizar la destrucción pública, por medio del fuego, de aquellos libros y escritos que atentasen contra la obligada dignidad del SPQR y, por lo tanto, estarían prohibidos en el sentido estricto del término.

Por ejemplo, en el año 25 d.C., el senador e historiador Aulo Cremucio Cordo (Siglo I a.C.-25 d.C.) sería obligado a suicidarse por el delito de Alta Traición o de *Laesa Maiestas*, muriéndose de hambre, y sus libros serían quemados por los Ediles en el Foro de Roma, porque en los mismos ensalzaba, de forma prístina, a dos de los asesinos más conspicuos de Gayo Julio César, a saber: Gayo Casio Longino (Roma, ca. 82 a.C., muerto por exanguinación por su liberto Píndaro, tras la derrota en la batalla de Filipos, 42 a.C.) y Marco Junio Bruto (*Marcus Iunius Brutus*. Roma, 85 a.C., por traumatismo penetrante; moriría arrojándose

sobre su espada tras la derrota, el 23 de octubre de 42 a.C., en la batalla de Filipos).

Su libro se titularía *Historia de las guerras civiles y del reinado de Augusto*, en el que definía a G. Casio Longino como el último romano, lo que presuponía una ética diferente y peor a la del imperio. Para no dar el placer a su enemigo, el tortuoso prefecto del pretorio (14 a 31 d.C.), Lucio Elio Sejano (*Lucius Aelius Seianus*. Volsinii/Etruria 20 a.C.-Roma, 18 de octubre de 31 d.C.), dejó de comer hasta la muerte por inanición.

Sejano sería definido por el historiador Lucio Dión Casio (*Lucius Cassius Dio*, c. 155 d.C.-235 d.C.), en su *Historia Romana*, como: «*Sejano ostentó tanto poder y tanto orgullo que parecía ser el propio emperador*».

A partir del principado de Augusto, la *cura urbis* de los Ediles solo se refería al cuidado de las calles de la urbe capitolina. Sus colaboradores eran los *IV vici viarum Curandarum*, que eran cuatro magistrados menores, que se encargaban de la limpieza de los accesos a Roma hasta 1'600 metros fuera de la propia ciudad.

Hasta el principado de Claudio, los costes de los gastos de limpieza y del mantenimiento y reparación del firme de las vías capitolinas estaban a cargo del erario público, y de los cuestores cuando ingresaban en el cargo.

Además, los Ediles sí seguían gestionando el correcto abastecimiento de los mercados, para que las mercancías tuviesen la calidad suficiente para los romanos, y que las instalaciones de los mercados fuesen correctas.

» Historia

El emperador Tiberio, famoso por su sentido del ahorro tan desarrollado, casi hasta la tacañería —y como era, además, tan enemigo de los lujos excesivos y de que los precios estuviesen mal controlados—, decidió que fuesen los Ediles aquellos funcionarios públicos que se encargasen de vigilar las tabernas y sus fogones, para que los alimentos allí cocinados fuesen acordes a lo que el Senado exigía de forma normativa.

Será entonces cuando el Edil (22 d.C.) llamado Gayo Calpurnio Bibulo exponga ante el Senado que los Ediles se sentían incapaces de encargarse de vigilar la observancia de la ley y de poder evitar que, de forma inexplicable, los artículos alimenticios de primera necesidad siguiesen incrementando su valor de forma continua.

El Senado envió el asunto a la consideración del propio Tiberio, pero el emperador decidió dejarlo todo tal como estaba y no involucrarse en el mencionado problema social. Entonces, la Alta Cámara de Roma devolvió el problema a los Ediles, y todo quedó tal como estaba.

En vista de ello, una manifiesta incompetencia edilicia, el emperador Claudio decidió vengarse de esta ineptitud de los Ediles, y los apartó de la vigilancia de las tabernas y de sus pertinentes abusos.

«El 38 d.C. Calígula, indignado tras haber encontrado desperdicios en un callejón, ordenó que los arrojaran sobre Vespasiano, que entonces ocupaba la edilidad, Cass. Dio LIX, 12,3. Se sabe además que Augusto ordenó a los ediles que se cuidaran de que nadie se detuviera en el foro o sus alrededores sin haberse quitado la lacerna que cubría la toga, Suet.

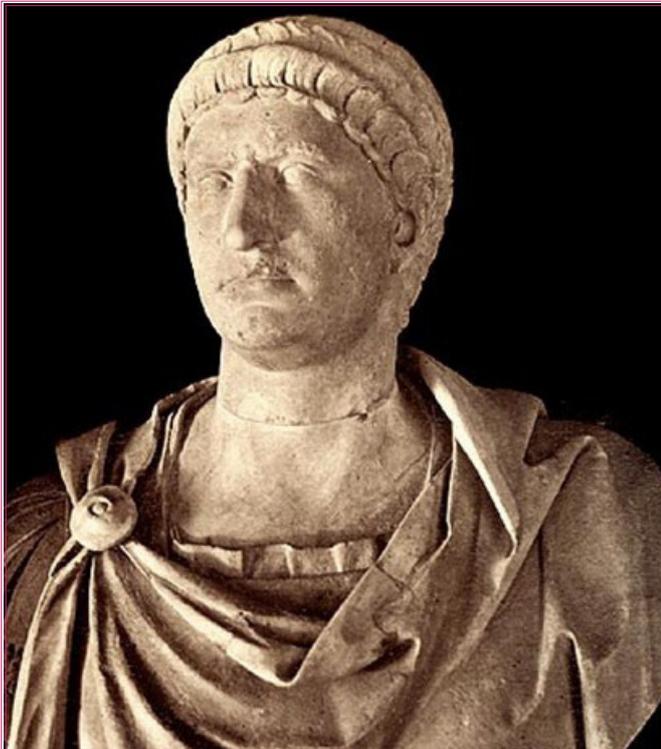
Aug., 40. No es seguro que una medida tan extrema tuviera continuidad, pero sí parece que en el caso de dictarse otras disposiciones similares su aplicación habría corrido a cargo de estos magistrados» (El Cursus Honorum Senatorial durante la Época Julio-Claudia. Eva Tobalina Oraá. Eunsa, 2007. Página-112. Nota-72).

Suetonio (Gayo Suetonio Tranquilo. Ca. 70-post 126) escribe:

«Al parecer, un edil había puesto una multa a los colonos de una de las fincas de Claudio, que aún no había alcanzado el trono, y cuando uno de los libertos de Claudio trató de intervenir fue azotado por orden del edil. Así que después de haber obtenido la púrpura, Claudio determinó que los ediles ya no pudieran encargarse de la vigilancia de estos establecimientos. Verdadera o no, la anécdota debía de servir para ejemplificar tanto la conocida debilidad que el emperador mostraba por sus libertos como sus frecuentes arranques de ira» (El Cursus Honorum Senatorial durante la Época Julio-Claudia. Eva Tobalina Oraá. Eunsa, 2007. Página-113. Nota-78).

Por lo tanto, es correcto pensar que los Ediles habrían llegado, por consiguiente, a la convicción de su inutilidad para poder corregir los indubitables abusos de todos esos establecimientos tabernarios.

Tiberio consideraba que no estaba capacitado para luchar contra aquellas costumbres tan arraigadas hacia la corrupción, y Claudio se resignaría al comprobar que el hecho ya no tenía ninguna solución, y, por lo tanto, la inutilidad edilicia era proverbial.



Emperador Otón.



Emperador Vitelio.

» Historia

Nerón coartó la libertad de los Ediles para poder sancionar a los infractores con multas y penas; aunque los baremos de los castigos serían diferentes según se tratase de Ediles curules o de la plebe. Los primeros pertenecían al patriciado, y los segundos eran elegidos de entre la plebe (Aediles Plebis. Morada de la divinidad, y plebe).

«Así, pues, aquellos senadores que optaran en época julio-claudia por el ejercicio de la edilidad contaban con los mismos inconvenientes que sus predecesores, con la diferencia de que las limitadas responsabilidades que conservaba la magistratura difícilmente podían permitir los antiguos episodios de lucimiento personal» (El Cursus Honorum Senatorial durante la Época Julio-Claudia. Eva Tobalina Oraá. Eunsa, 2007. Página-113).

Durante el tiempo del principado de Nerón se limitó el uso del lujo público, restringiéndose los banquetes en las calles y prohibiéndose que en las tabernas se vendiesen otros alimentos cocinados que no fuesen legumbres y verduras.

Igual tipo de prohibiciones se realizaría en el tiempo de Vespasiano [Tito Flavio Vespasiano/Titus Flavius Vespasianus. Falacrinae, 7 de noviembre del año 9 d.C. Imperator Caesar Vespasianus Augustus desde 1 de julio de 69 hasta Cotilia/Rieti, 23-24 de junio de 79 d.C.], por el peligro de infecciones que suponía la venta de dichos alimentos cocinados en las tabernas, y casi siempre mal preparados y condimentados, aunque de bajo precio.

Se considera que esta función de vigilancia y de sanción sería inherente al denominado como Prefecto de la Urbe (cargo público con atribuciones jurídico-militares. Poseían, parece ser, Imperium delegado de los cónsules o de los dictadores).

Durante el Imperio, estos funcionarios se encargaban de hacer frente a todo tipo de desórdenes públicos ciudadanos. Estaban al mando de la guarnición militar capitolina, denominada como cohorte urbana, y eran nombrados directamente por el emperador.

Este tipo de cohortes serían una unidad militar legionaria de élite creada por el Emperador César Augusto, serviría de contrapeso a las Cohortes Pretorianas (servían de escolta y protección del emperador; su sueldo era de 3.000 sestercios anuales, un legionario cobraba 900), y a las Cohortes Vigiles (eran el equivalente a los bomberos y la policía de vigilancia nocturna en Roma. Los vigiles eran apodados como los spartoli o chicos del cubo).

Las carreras de los Ediles se solían adaptar al comportamiento habitual de los plebeyos, cuando llegaban al Senado como novi Senatores (pertenecientes a la plebe de Roma o a las clases sociales más bajas, y no poseían gens, que significa que no podían remontar su origen a las primeras familias fundadoras de Roma/patres-patricii), se puede colegir que la palabra plebeyo significaba los hijos de la tierra.

Está claro que la experiencia edilicia existente en el abastecimiento de la ciudad permitiría a los Ediles el ser candidatos, como distribuidores del cereal entre los ciudadanos de la urbe capitolina, dentro de la Prefectura Frumentaria o encargada de proporcionar el trigo a la ciudad de Roma, y que era un soldado legionario recolector de trigo y encargado de suministrarlo a las legiones imperiales.



Hermanos Graco Tiberio Sempronio y Gayo Sempronio.



Emperatriz Livia Drusila.

Continuará...

Instantes de Vida

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



Posando © EMILIO FONSECA



Luna llena de abril (III) © SANTIAGO ALBERCA



Luna llena de abril (III) © SANTIAGO ALBERCA

» Instantes de Vida



Desastre y pena © SANTIAGO ALBERCA



Descansando al sol © SANTIAGO ALBERCA

¿Cómo colaborar?

Por e-mail:

salamancamedica@saludadiario.es

Características técnicas:

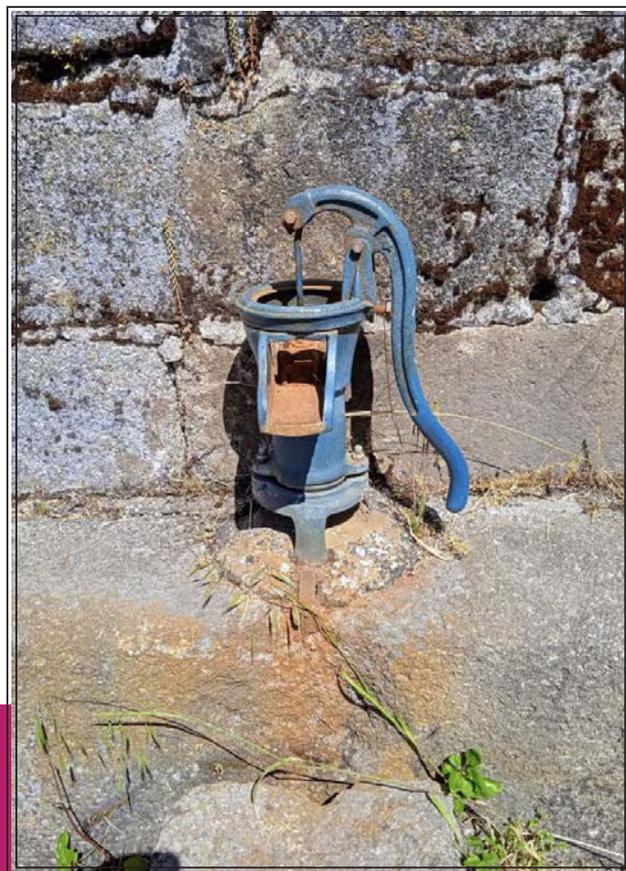
.jpg .tif o .pdf de alta calidad

Por correo ordinario:

C/ Bientocadas, 7

37002- Salamanca

(Ref.: Salamanca Médica)



¡Sed! (II) © SANTIAGO ALBERCA

Pensamiento poético

Inspiración

*¿Por qué me miras,
si tu inquietante y ciega mirada no me ve?
Me he colocado lejos, muy lejos,
para que ahora no me encuentres entre la gente,
a la que tú frecuentas.
Para que no me llames, ni me hables,
ni me expliques,
ahora que se ahogan los relatos,
y se hielan los recuerdos.
Me río, con esa risa liberadora y fresca
que parece molestarte tanto.
Te llamo por tu nombre: Inspiración,
y te resistes a hacerte presente.
Quieres jugar a esquivarme,
quieres que yo te esquive,
para decir luego que yo escribo sin buscarte,
sin tenerte,
sin hallarte, sin poseerte.
Sin que me alumbres,
sin que me abrigues,
sin que me acojas,
entre tus brazos acres,
hostiles, desdeñosos,
con los que dicen que abrazas,
y proteges a tus poetas amigos, Inspiración.*

Pensamiento poético

¿Habrá alguna vez olvido?

*Perder quise el recuerdo y su sentido,
y me bañé en las aguas del Leteo,
y me acuné en los brazos de Morfeo,
y traté de olvidar hasta el olvido.*

*Desvanecer busqué lo ya vivido,
mas, como un renacido Prometeo,
cuanto de la memoria y del deseo
perdía era al instante restituido.*

*¿Quién podrá liberar a este cautivo
del duro pico de la tenaz ave?
¿No habrá quizás un Hércules altivo,
que en esta pena sin pausar recabe
y en un gesto sin par y compasivo
tan férreo castigo torne suave?*

© Ignacio Dávila

Poema incluido en el libro '*Sonetos al clásico modo*', de Ignacio Jesús Dávila,
publicado por la editorial Círculo Rojo



Pensamiento poético

Breves comentarios a algunos de los últimos poemas del 'Cancionero' de Miguel de Unamuno

Poema 1742 | Salamanca, 29-IX-36

*En medio de la guerra has cumplido los años
y son setenta y dos.*

*Los mismos que tu ángel de la guarda,
que sin dejarte nunca y para nada
ha ido hilando la madeja de tu fe escondida,
con la que has bregado un día y otro,
honesto y atrevido tantos años,
Miguel, la vida entera.*

*Ahora te va llevando de vuelta a la niñez
y hasta para dormirte en tu antigua inocencia
te cantará una nana.*

¡Tienes que descansar!

¡Hiciste tanto en tan poco tiempo!

Poema 1743 | Salamanca, 28-X-36

*¿Los días valen menos que valían?
La guerra quita el precio a lo que vale más,
todo lo devalúa, incluso la verdad y la vida.
Sientes que acobardados van pasando los días
pero aún tienes el valor suficiente
entre el riesgo y el miedo.
Campa el terror empapando la rosa de los vientos
y hasta en tu pecho quiere cuajar el barro.*

*Sobremanera, porque eres bueno, te duelen los amigos
y los enemigos, que sin remedio no puedes salvar.
Pero ya estás pensando que aguerridos
se acercarán tus nietos, a seguir la pelea.*

© Julio de Manueles

Envíe sus versos

Por e-mail: [salancamedica@saludadiario.es](mailto:salamancamedica@saludadiario.es)

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

» Salud, Humor y Risa

Por Germán Payo Losa

Director de Educahumor



El fuego nos pone a prueba

El autor ofrece una reflexión en la que recuerda que cuando las llamas arrasan bosques, hogares y vidas, o cuando surge la enfermedad, también se despierta la solidaridad, el coraje y la necesidad de celebrar la vida, utilizando el humor como recurso que ayuda a resistir

Una compañera de batucada quería que tocásemos en su pueblo en la noche primera de las fiestas de agosto, pero surgió un problema: por casi toda España empezaban a surgir fuegos y más fuegos que arrasaban bosques, pueblos, explotaciones ganaderas, animales salvajes, viñedos, colmenas, con un viento fuerte que hacía casi imposible controlarlos. También su pueblo se vio amenazado por las llamas, que llegaban cerca. Los vecinos de los pueblos cercanos se volcaron para atacar al fuego y lograron contenerlo cerca del pueblo.

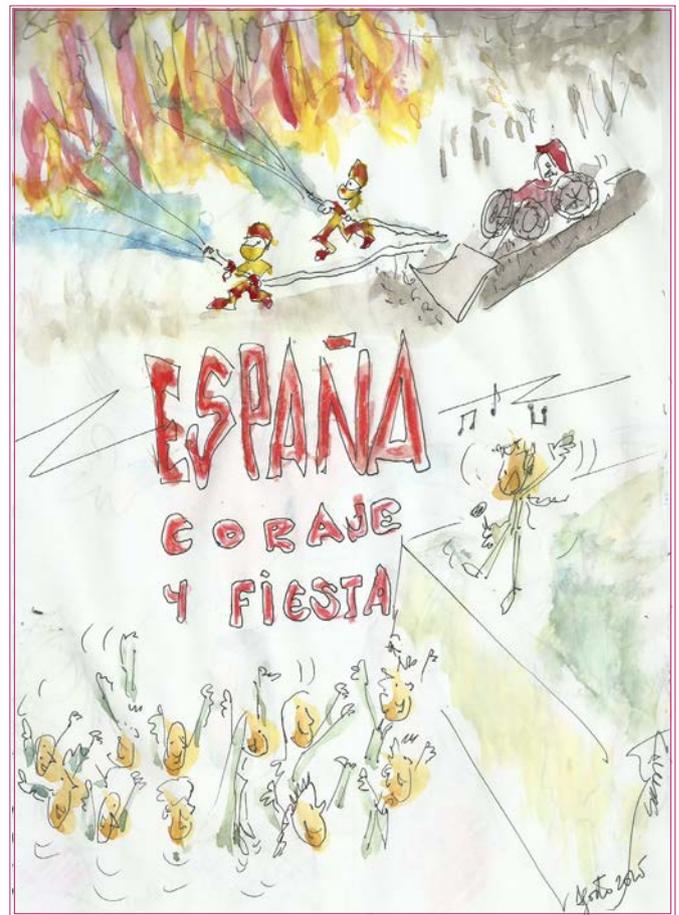
La solidaridad y el coraje pusieron el contrapunto a la desgracia de lo quemado cerca. En esta situación les surgió el dilema: ¿seguimos adelante con las fiestas o las cancelamos? (en algunos pueblos, decían las noticias, se habían suprimido y destinado el dinero de la fiesta a los vecinos que habían sufrido desgracias con el fuego). El alcalde no sabía qué hacer, así es que decidió hacer una votación entre todos los vecinos. Salió sí, por unanimidad. La gente lo había pasado muy mal toda esta semana con el fuego, y era bueno ofrecerles diversión, que se olvidaran un poco de toda esa angustia y, además, hacer una invitación a todos los pueblos de alrededor, como homenaje por su ayuda.

Me agradó ver que cuando hay que sacar fuerzas, coraje, valentía, están todos a una. Y cuando hay que hacer fiesta, también. Las fiestas en la mayor parte de los pueblos son una oportunidad, además, de ver a la familia y a aquellos amigos que crecieron juntos.

Recordé una novela gráfica, *Los surcos del azar*, de Paco Roca, sobre los republicanos españoles que huyeron al final de la guerra civil, y que luego participaron en la Segunda Guerra Mundial, con los aliados, agrupados en una división, *La Nueve*. Los mandos comentaban que cuando había una misión realmente difícil, se la encomendaban a los españoles. Esos sí que saben pelear, con valentía y arrojo. Nadie como ellos.

Pero no todo ha sido así con los incendios. En alguna pequeña población se quejan con amargura: “Se está quemando el pueblo, se está avisando y aquí no viene nadie”. Los vecinos reflejan desesperación. Casas quemadas con los recuerdos de toda una vida y, además, la muerte de dos vecinos mientras trataban de apagar el fuego.

Y hay más desgracias: pirómanos, lluvias de primavera, cambio climático, prevención y, dicen, esto va a ir a más. El toque peculiar viene de los gestores de lo público poco eficaces y que se dedican a echar culpas a los demás, a minimizar los efectos diciendo que solo eran tierras de matorrales o a proclamar, días antes de esta catástrofe, que “tenemos el mejor



sistema antiincendios de España” (y ya puestos, podía haber dicho “del mundo”).

El humor se puede usar unas veces sí y otras no. El sentido común nos lo indica. Como ante las enfermedades o la muerte, tras compartir el afecto, puede ser oportuno: “Fíjate qué admirable —me comentaba un amigo en el velatorio de su padre—, las múltiples enfermedades le iban empeorando cada vez más, pero seguía yendo al huerto, que era su pasión, con bastón, luego con el taca-taca, luego puso una línea de palos clavados en el suelo en los que se apoyaba y, después, unas cuerdas,



OFERTA EXCLUSIVA para COLEGIADOS del **COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA**

Cuenta Corriente SIN COMISIONES

REMUNERACIÓN del saldo: Euríbor - 1,25 p.p.

Además, **domiciliando tu NÓMINA** consigues:

BONIFICACIÓN de 300 €

¿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