



Abril 2024

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



El Dr. José Carlos Pastor habló con nosotros acerca de la aplicación de la tecnología en la Medicina y sobre su recorrido profesional como fundador del IOBA

El Colegio al Día 4

- Actividades de la Junta Directiva
- Charla “70 años de experiencia en la lucha contra el cáncer”
- 9ª Jornada “Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición”
- Presentación del libro “Imágenes que hablan”, de la Dra. Manso García
- VII Simposium Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Acuerdo de patrocinio con el Grupo Santander para la celebración del XV Campeonato de España de Ciclismo para Médicos
- Entrevista al Dr. José Carlos Pastor Jimeno, fundador del IOBA

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Luis Almudí Alegre

Vicepresidenta I: Raquel Blasco Redondo

Vicepresidenta II: Rosa Mª. Ibán Ochoa

Secretario General: Raúl de la Cruz Marcos

Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández

Tesorera: Ana Mª. Serrador Frutos

Vocales: Mª. Isabel Gutiérrez Pérez

Mercedes Coloma Pesquera

Vicente Herreros Rodríguez

Rosa María Pérez Nava

Sergio García Collado

Jesús María Díez Rodríguez

Luis Jorge Teso Fernández

Benito Cortejoso Gonzalo

Guillermo Cabezudo Molleda

Historia 23

- Los alumnos de Medicina en la Universidad vallisoletana a lo largo de la historia
Por el Dr. Carlos Vaquero Puerta

Estudios 27

- Sumisión química: un fenómeno creciente con implicaciones futuras profundas
Por el Dr. Luis Inglada Galiano

Dirección, producción y edición de la revista:
Elsa García García
Colegio de Médicos de Valladolid.
C/ Pasión 13, 3º.
47001 Valladolid
983.355.488/ 983.351.703
www.medicosva.es
ISSN: 1132-4678

El mes de abril, que tradicionalmente se caracterizaba por la elección del MIR por parte de los futuros médicos especialistas, se ha convertido en la demostración más dolorosa de una tendencia que ya se veía venir en los últimos años: el retroceso de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, víctima de una ausencia de planificación y una inmerecida mala fama.

El trabajo en Atención Primaria, que paradójicamente está siendo excelentemente valorado en las encuestas a los pacientes, está sufriendo un desprestigio infundado en otros entornos.

Mientras los mensajes y las sensaciones que circulan en los medios de comunicación y las conversaciones en el entorno sanitario no cambien, y se continúe devaluando tanto el acceso a la especialidad vía MIR como los criterios en la contratación de médicos para trabajar en algunos Centros de Salud, sobre todo rurales, el aumento del número de plazas MIR no servirá para que las tasas de reposición permitan mantener un número suficiente de médicos de familia en nuestro Sistema de Salud.

Otro motivo de inquietud en este momento, es el debate suscitado por el refuerzo del programa de trasplante cardíaco en nuestra Comunidad. En la Junta Directiva que tengo el honor de presidir, estamos comprometidos en colaborar con la Consejería de Sanidad para garantizar que cualquier decisión se base en una evidencia sólida en relación con las recomendaciones y mejores prácticas en materia de trasplante cardíaco y en el mejor interés de nuestros pacientes.



Dr. José Luis Almudí Alegre
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
03 / 01	Pleno Extraordinario y Urgente de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
12 / 01	Asamblea de Médicos Tutores y Docentes	Rep. Junta Directiva. Dra. Rosa Mª Ibán Ochoa
13 / 01	Acto del Izado Solemne de la Bandera Nacional por el 200 Aniversario de la creación del Cuerpo Nacional de Policía	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
19 / 01	Asamblea General del CGCOM	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
23 / 01	Reunión con D. Alfonso Romo Martín (Diputado del Servicio de Familia, Igualdad, Acción Social y Centros Residenciales) por el XV Campeonato de Ciclismo Colegios de Médicos	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
24 / 01	Reunión con D. Jesús Julio Carnero (Alcalde de Valladolid) por el XV Campeonato de Ciclismo Colegios de Médicos	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
25 / 01	Reunión de la Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión Deontológica

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
26 / 01	Asamblea de La Vocalía de Médicos de Atención Primaria Urbana	Rep. Junta Directiva. Dra. Isabel Gutiérrez
30 / 01	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
31 / 01	Café de Redacción con el Consejero de Sanidad, D. Alejandro Vázquez Ramos organizado por Redacción Médica	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
02 / 02	Asamblea General del CGCOM en Ceuta	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
02 / 02	Entrega del premio Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid	Rep. Junta Directiva. Vicepresidenta 2ª: Dra. Rosa Mª Ibán Ochoa
09 / 02	Reunión de los Secretarios de los Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Secretario General. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
09 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos de Ejercicio Privado	Rep. Junta Directiva. Dra. Rosa Pérez Nava y Dr. Sergio García Collado
16 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos de AP Rural	Rep. Junta Directiva. Dra. Mercedes Coloma

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
17 / 02	Cena de Hermandad con motivo de la Festividad de Santa Apolonia, organizado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región del Colegio Oficial de Dentistas	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
20 / 02	Reunión de la Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión Deontológica
23 / 02	Asamblea General y Asamblea General Extraordinaria del CGCOM (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
01 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos de Hospitales del CGCOM	Rep. Junta Directiva. Dr. Jesús M ^a Díez Rodríguez
08 / 03	Reunión de Secretarios del CGCOM (Madrid)	Secretario General. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
12 y 13 / 03	I Jornada-Coloquio ¿Puede ser el Factor Humano una palanca en la transformación del sistema sanitario? Salón de Actos del HURH	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
14 / 03	Jornada “Atención al Médico Enfermo: PAIME”	Secretario General. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
15 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo	Rep. Junta Directiva. Dr. Guillermo Cabezudo Molleda

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
15 / 03	Acto del pregón de la Semana Santa invitado por el Alcalde de Valladolid y organizado por la Junta de Cofradías de Semana Santa de Valladolid	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
19 / 03	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
19 / 03	Asamblea General de Colegiados ICOMVA	
20 / 03	Reunión Comisión Deontológica Diario de Castilla y León	Miembros de la Comisión Deontológica
20 / 03	Convocatoria Pleno Extraordinario y urgente de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Médicos de CyL	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
22 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos de Admins. Públicas	Rep. Junta Directiva. Dr. Vicente Herreros Rodríguez
22 / 03	Webinar sobre agresiones a médicos de la Fundación Formación de la Organización Médica Colegial	Secretario General. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
31 / 03	Asamblea General del CGCOM (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

La importancia de seguir luchando: “en España se diagnostica un cáncer cada dos minutos, y será una enfermedad que afecte a uno de cada dos hombres y a una de cada tres mujeres”

El pasado 29 de enero se celebró, en el Colegio de Médicos de Valladolid, una jornada para celebrar los “70 años de experiencia en la lucha contra el cáncer”, una de las principales causas de morbi-mortalidad en nuestro país, ya que se estima que el número de cánceres diagnosticados en España en el año 2024 alcanzará los 286.664 casos, según los cálculos de REDECAN.

Por ello, la labor que realizan desde la Asociación Española Contra el Cáncer, entidad organizadora de este acto junto al ICOMVA, es “fundamental no solo para nuestros pacientes, sino para todos los que trabajamos intentando mejorar la salud de los vallisoletanos”, apuntó el Dr. José Luis Almudí, quien se encargó de inaugurar esta jornada junto al Dr. Artemio Domínguez González, Presidente de la AECC en Valladolid, y a la Dra. Luisa Lobete, Gerente de la AECC en Valladolid y ponente principal de ese día.

“El cáncer es una enfermedad tan compleja y devastadora que intervienen muchísimos factores a la hora de identificarla y tratarla, y la AECC es capaz de llegar a todos los aspectos que la rodean y, a la vez, colaborar con las autoridades sanitarias y los profesionales sanitarios siempre con la intención de mejorar la salud de nuestros pacientes; y no solamente cuando se ha hecho el diagnóstico, sino previamente al mismo, fomentando las actividades saludables, trabajando en la concienciación sobre la importancia del diagnóstico precoz, o acompañando al enfermo y a los cuidadores”, destacó el Dr. Almudí, que quiso alabar el trabajo de esta Asociación y el trabajo constante que desempeñan.

“Es importante recordar que el cáncer es el problema socio-sanitario más importante tanto en España como en el mundo”, señaló el Dr. Domínguez por su parte. “En España se diagnostica un cáncer cada dos minutos; además, uno de cada dos

hombres y una de cada tres mujeres van a tener cáncer en su vida”. Ante la contundencia de estos datos, el Presidente de la AECC aseguró que su Asociación “siempre buscará ayudar en todo lo posible a las personas que tengan que enfrentarse a esta enfermedad, así como a sus familiares y cuidadores”.

Valladolid es una de las provincias más concienciadas con la importancia de luchar contra esta enfermedad, así como con la necesidad de recaudar fondos que permitan seguir investigando. Con iniciativas como la Marcha Contra el Cáncer, nuestra ciudad recaudó el año pasado seiscientos mil euros destinados a este fin, según apuntó el Dr. Domínguez durante su intervención que también destacó el orgullo de la AECC ante la movilización de los vallisoletanos desde la pandemia. “Antes de que llegara la COVID, estábamos luchando por llegar a los diez mil socios; en este momento, ya vamos por los quince mil”, celebró.

La Dr. Lobete comenzó su intervención alabando el aliento que Valladolid ha mostrado desde hace tiempo a la AECC. “Tenemos que dar respuesta a este apoyo y seguir trabajando”, comentó la ponente.

“La AECC es una organización sin ánimo de lucro que se fundó en el año 1953 y que llega a Valladolid unos años después”, explicó. “Es una asociación de voluntarios que trabajamos juntos con una única finalidad en mente: mejorar la vida de todas las personas, de las que tienen cáncer y de las que no, porque dentro de nuestros objetivos están la prevención y la intención de evitar siempre la enfermedad en la medida de lo posible”, recordó la Gerente de la AECC en Valladolid.

Pueden encontrar la charla completa de la Dra. Lobete en la página web de Youtube del Colegio de Médicos de Valladolid o copiando en su ordenador la siguiente dirección: <https://www.youtube.com/watch?v=MmXlqVBa4DU>



El Dr. Almudí, la Dr. Lobete y el Dr. Domínguez momentos antes de comenzar la jornada

Las novenas jornadas de “Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición” vuelven a llenar el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

En febrero, el Colegio de Médicos de Valladolid acogió uno de los cursos que mejor acogida tiene siempre entre nuestros colegiados: las jornadas de actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición, que este año alcanzó su novena edición.

Como es costumbre, a lo largo de dos jornadas, varios profesionales del Servicio de Endocrinología y Nutrición Hospital Clínico Universitario de Valladolid tocaron algunos de los temas más relevantes de la especialidad.

Así, la Dra. Ana Ortola Buigues, respondió a la pregunta “PRL, ¿Qué significa un valor elevado en la analítica?” en la primera de las ponencias que se celebraron el 8 de febrero.

A continuación, la Dra. Esther Delgado nos habló de la Diabetes Gestacional y los principales aspectos que hay que conocer de esta patología. Para acabar esta primera jornada, el Dr. Gonzalo Díaz Soto abordó el Cortisol y SD de Cushing e indicó a los presentes cuándo determinarlo y cómo interpretarlo.

Durante la segunda jornada, celebrada el 22 de febrero, el Dr. Juan José López Gómez habló del Manejo nutricional en el enfermo renal diabético. Su compañera, la Dra. Emilia Gómez Hoyos, comentó el manejo de la displasia en Atención Primaria; mientras que la Dra. Beatriz Torres Torres habló de la insulinización del diabético Tipo 2.

Además, hablamos un poco más a fondo con el Dr. Daniel de Luis Román, director del curso, Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Catedrático de Endocrinología y Nutrición en la Universidad de Valladolid, que recientemente ha sido galardonado con el principal galardón de los Premios IEN del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición (CIENC) de la Uva.



El Dr. Díaz y las Dras. Ortola y Delgado miran desde la mesa al Dr. de Luis, en el atril

Este mes de febrero se ha celebrado en el ICOMVA la novena convocatoria de las Jornadas de actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición, y, como cada año, el salón de nuestra sede se ha llenado para escuchar a los ponentes que han participado en ellas. ¿A qué crees que se debe el éxito de estos cursos?

El éxito se debe a varios factores. En primer lugar, los temas tratados, son temas que afectan en el día a día a los Médicos de Atención primaria, diabetes gestacional, dieta en insuficiencia renal, niveles de prolactina, valoración de una analítica con cortisol, uso de insulinas, etc.

Por otra parte, los ponentes son todos profesionales altamente cualificados del Svo de endocrinología y Nutrición del HCUva, que están en contacto directo en su día a día con los médicos de Atención Primaria.

El formato del curso también es interesante, ya que se desarrolla en dos tardes con 3 charlas cortas de 20 minutos, dando opción a los alumnos a realizar múltiples preguntas

Y por último, el programa, en sus nueve ediciones, ha sido confeccionado con las sugerencias de temas que nos trasladan los propios alumnos.

¿Es esta especialidad una de las que más puedan interesar a compañeros de otros campos por la relación que existe entre ella y la salud general de los pacientes?

Efectivamente en las consultas de endocrinología y nutrición se atienden pacientes con patologías muy prevalentes, obesidad, diabetes mellitus, dislipemia, nódulos tiroideos, alteraciones de la función tiroidea, desnutrición relacionada con la enfermedad y un largo etc de



El Dr. López, y las Dras. Torres y Gómez antes de dar comienzo la segunda jornada del curso

patologías de difícil diagnóstico o incluso clasificadas como enfermedades raras (metabopatías, acromegalia, procesos oncológicos familiares, etc).

Por tanto, el contacto con los médicos de atención primaria es continuo, no solo por las enfermedades de alta prevalencia, sino también por las patologías raras y de difícil diagnóstico para realizar una aproximación compartida al paciente entre nuestra atención especializada y la suya como medios de referencia en primaria.

¿Cuales cree que son los retos más importantes que tendrán que afrontar los especialistas de Endocrinología y Nutrición en nuestro país en los próximos años como consecuencia del importante incremento de la prevalencia de las enfermedades endocrinas entre la sociedad?

Sera necesario modificar los procesos asistenciales, para poder dar atención a todas las patologías de nuestra especialidad, ante el incremento de la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus. . es importante incluir en los equipos de trabajo profesionales como los Gradados en nutrición, así como potenciar

consultas de educación nutricional y diabetológica.

Por otra parte será necesario incorporar en los procesos asistenciales, toda la tecnología diagnóstica que esta apareciendo, para realizar diagnósticos más precoces y desarrollar una medicina más personalizada y de precisión..

El Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición (CIENC) de la Universidad de Valladolid acaba de otorgarle su principal galardón de los Premios al mejor trabajo de investigación publicado de Investigación en Endocrinología y Nutrición (IEN) por su trabajo sobre suplementos nutricionales basados en inmunonutrientes específicos en la dieta de pacientes con cáncer. ¿Qué ha supuesto este premio para usted?

Es un reconocimiento a la labor de investigación de todo nuestro grupo en el campo de la Desnutrición relacionada por la enfermedad (DRE), en este caso en pacientes con procesos oncológicos. La DRE es una patología que afecta al 23% de los pacientes hospitalizados y de la que, en muchas ocasiones, no se

realiza un cribado adecuado, pero que condicional la estancia del paciente en el hospital así como la morbimortalidad. Este premio es una motivación más para seguir en la dirección de la investigación traslacional de nuestro grupo.

¿Podría explicarnos un poco en qué consiste el trabajo galardonado?

El estudio, que fue publicado en la revista 'Journal of Functional Foods 2023', se sustentó en un suplemento nutricional específicamente formulado para el paciente con cáncer, enriquecido en leucina, con ácidos grasos omega-3 (EPA y DHA) y betaglucanos, que desarrolló el laboratorio farmacéutico español Adventia Pharma. El ensayo clínico ALISENOC ha demostrado que el suplemento nutricional específico enriquecido en leucina, ácidos grasos omega-3 y betaglucanos es un recurso valioso para mejorar los niveles de masa muscular y contribuir a la recuperación del estado nutricional y funcional en pacientes con cáncer y desnutrición.

Según los hallazgos del ensayo clínico, la pauta de suplementos nutricionales específicos, enriquecidos en leucina, Omega-3, y betaglucanos, mejoran significativamente los niveles de masa muscular, contribuyendo así a la recuperación del estado nutricional de los pacientes.

Más concretamente, el ensayo clínico determinó que el incremento de la masa muscular esquelética apendicular estuvo asociada, en exclusiva, a la ingesta del suplemento enriquecido en leucina, omega-3 y betaglucanos, lo que no se obtuvo con un suplemento con el mismo aporte energético y proteico, pero sin éstos nutrientes específicos.

¿Considera importante que la Medicina de Castilla y León siga apostando por la investigación?

Sin duda. Los médicos que investigan, en cualquier especialidad, se plantean continuamente preguntas, y su solución mediante un proyecto de investigación o el simple hecho de cuestionarse preguntas, genera un valor añadido y una obvia mejora para la atención a todos nuestros pacientes.

La Dra. Susana Manso presenta en el Colegio de Médicos de Valladolid su libro “Imágenes que hablan”

La actividad radiológica, y por tanto propia e inherente a los médicos radiólogos (especialistas en Radiología), supone un impacto decisivo en el ejercicio de la medicina (la OMS, estima que el 80% de las decisiones médicas en el mundo desarrollado, se toman con la ayuda de la Radiología).

De hecho, según un trabajo publicado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias, la utilización de las pruebas radiológicas en nuestro país se encuentra en un índice aproximado de 700 estudios por cada 1.000 habitantes/año, o lo que es lo mismo, en España se podrían estar realizando aproximadamente 28.000.000 de pruebas radiológicas al año. Si se tiene en cuenta que aproximadamente el 50% de los estudios señalados corresponden a la actividad realizada en las Unidades de Urgencias, podríamos estimar esta cifra en 14.000.000 de pruebas.

En las Unidades de Urgencias, la disponibilidad de médicos radiólogos de guardia es mínima, por lo que no se está controlando la calidad técnica, validando ni informando al menos un 70 % de los estudios (9.800.000). De los 14.000.000 de estudios programados y realizados en hospitales, ambulatorios y centros de salud, se puede estimar que casi la tercera parte de ellos (4.600.000) no tienen ningún tipo de control por parte del único especialista acreditado técnica y legalmente para ello.

Con este panorama se podría afirmar, con escaso margen de error, que más de 14.000.000 de estudios radiológicos quedan sin la cobertura técnica especializada que emana de la legislación vigente.

Con la intención de aportar su granito de arena para subsanar esta situación, la Dra. Susana Manso, especialista en

Medicina Familiar y Comunitaria y en Radiodiagnóstico ha escrito un libro titulado “Imágenes que hablan”, con el que pretende “formar desde lo básico” a sus compañeros.

“A día de hoy, trabajo, sobre todo, en los campos relacionados con la radiografía, aunque mezclo el Radiodiagnóstico y la práctica clínica desde el punto de vista de la Medicina de Familia, lo que le permite aunar dos especialidades de primer y segundo nivel para poder llegar a mucha más gente”, nos explicó la autora. “La idea de escribir este libro surge de mi especial predilección por formar a compañeros en la ecografía desde la base para que aprendan los conceptos más esenciales y vayan ascendiendo en conocimientos a media que asienten los anteriores, porque ahora mismo, muchos médicos están aprendiendo conceptos de esta especialidad de manera autodidacta”, señaló.

Haciendo un repaso por algunas de las patologías y disciplinas más frecuentes dentro del campo de la ecografía, la Dra. Manso trata de acercar a sus colegas a este ámbito para, así, “lograr dar a nuestros pacientes la mejor atención posible, porque al final ese siempre será el objetivo de los profesionales sanitarios”.

“Ahora que nos ahogamos en listas de espera eternas, si dentro de una misma consulta puedes dar una solución al paciente sería un paso importantísimo para que nuestros pacientes estén atendidos de la manera más eficiente posible”, señaló. “Por ejemplo, el hombro tiene una curva de aprendizaje larga, pero enseñándola con una sistemática adecuada, el hombro supone una exploración muy rentable, ya que puede no cronificar lesiones al paciente, que saldría perfectamente atendido con una sola consulta sin tener que someterlo a una resonancia”, nos explicó la radióloga momentos antes de comenzar con la presentación de su nuevo libro, que se encuentra disponible para su compra a través de Amazon.



La Dra. Manso posa con su libro momentos antes de la presentación

Velar por la seguridad de quienes nos cuidan

“El compromiso de nuestra comunidad con la seguridad de nuestros compañeros es un pilar que viene acreditado por la celebración de, ya, la séptima edición de este congreso”. Con estas palabras, la Dra. Raquel Blasco Redondo, Vicepresidenta 1ª del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, inauguraba el VII Simposium Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, un clásico dentro de nuestra entidad colegial que se celebró, en esta ocasión, el pasado mes de marzo y que fue presentado por el Dr. José Miguel Hernández Gallego, Director Médico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; y por el Dr. Fernando Rescalvo Santiago, Presidente Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina del Trabajo (SCLMT).

“La prevención de los riesgos laborales es un pilar fundamental en nuestro sistema Nacional de Salud”, recordó la Dra. Blasco, “porque cuando hablamos de salud no basta con curar, también hay que prevenir y adelantarse, por eso es imprescindible que nos rodeemos de un ambiente de seguridad para realizar nuestra actividad”, remarcó.

A lo largo de dos jornadas de lo más completas, en este simposium se habló de temas tan variados como “la salud laboral en los estados miembros de la Unión Europea: España vs. Francia”, la “prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el lugar de trabajo”, “la formación sanitaria de postgrado en seguridad y salud en el trabajo” o los “nuevos retos en la gestión de la prevención de riesgos laborales”; aunque la conferencia principal versó sobre un punto de vista particular, el del Dr. Juan José Díaz Franco. Presidente de la Comisión Nacional de Medicina del Trabajo, que nos habló de la “La Medicina del Trabajo que yo he vivido”.

A continuación, les ofrecemos un extracto de dicha conferencia:

La aplicación de criterios médicos a quienes enfermaban aparentemente por sus actividades laborales tiene muy remotos antecedentes en España. Basten como



De izquierda a derecha: el Dr. Rescalvo, la Dra. Blasco y el Dr. Hernández

ejemplos la ley sobre la mondas de acequias y cloacas para velar por la salud de los campesinos, o las disposiciones del rey Pedro II contra el paludismo. En los sucesivos siglos se fueron multiplicando las actuaciones preventivas y postventivas que dieron luz a lo que podría considerarse como una incipiente Medicina del Trabajo. En el siglo XIX se elaboran en España leyes para abordar, principalmente, los accidentes de trabajo y la reparación de las situaciones de invalidez causada por ellos: la conocida como “ley Dato” (1900), el Código del Trabajo (1926), los artículos 46 y 47 de la Constitución de 1931, el Seguro de accidentes de trabajo (1933).

La evolución de la práctica de la Medicina del Trabajo en nuestro país durante la postguerra española, fue implantando un modelo médico en el medio laboral de tendencia preferentemente preventiva y social precedida por numerosas y positivas transformaciones sociales, políticas, económicas y científicas que precipitaron la urgente consideración de organizar el cuidado de la salud de los trabajadores y la atención específica a las patologías laborales reconocibles que se producían en los diversos cometidos en los sectores primario, secundario y terciario.

En este clima se producen notables iniciativas de carácter normativo, administrati-

vo y científico (académico- docente) para fundamentar y edificar la Medicina del Trabajo: normativas, mediante la aprobación de leyes protectoras de los derechos de los trabajadores; administrativas, con la puesta en marcha de Organismos ejecutores de la norma legal y la implantación de recursos especializados en la asistencia médico-laboral; científicas, de académico-docente, inspiradas en la evolución científica de la formación especializada en Medicina del Trabajo.

Se han producido cambios en la Medicina del Trabajo en los que unos pocos esforzados nos implicamos más especialmente. Elegimos preferentemente el ámbito académico para hacerlo porque era el único que permanecía relativamente libre de influencias externas o de corsés legales con determinada orientación a lo social más que a lo médico, como acabamos de repasar.

En el B.O.E. de 7 de julio de 1944 aparece el Decreto por el que se creaba, en Madrid, el Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, al que se dotaba con dos millones de pesetas (de la época, claro; pero, aun así, una modesta inversión económica). Administrativamente, este organismo fue adscrito al Instituto Nacional de Previsión del Ministerio del Trabajo.

Posteriormente, una orden de 16 de enero de 1948 creaba la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, dependiente del Instituto, y cuyas funciones serían específicamente docentes y de investigación, con vistas a colaborar con las Universidades como Escuela de postgraduados.

Finalmente, el edificio del Instituto, ubicado en el Pabellón 8 de la Universidad Complutense de Madrid (que ocuparía en lo sucesivo, hasta su extinción junto a la OSME, al aprobarse la ley de Prevención de Riesgos Laborales), fue inaugurado solemnemente el 18 de julio de 1952 por el Jefe del Estado español y una serie de ministros, encabezados por el titular de Trabajo.

La primera función docente encomendada a la Escuela fue la organización de un programa de estudios destinado a la formación de Especialistas en Traumatología y Ortopedia, título refrendado en aquel momento por el Ministerio de Trabajo, dado el carácter primordial de esta especialidad en la Medicina del Trabajo. Aunque la primera actividad de la Escuela fue la formación de ATS de empresa, posteriormente, en 1955 se inició la formación de Médicos de Empresa, mediante un curso intensivo que fue progresivamente incrementando la carga lectiva hasta llegar a las 500 horas. El diploma de Médicos de Empresa se impartió hasta 1989, y según los datos recabados en el ministerio de

Trabajo se otorgaron 13.374 Diplomas de esta titulación, que era la imprescindible para acceder a cualquier puesto de trabajo en los servicios médicos de las empresas.

Paralelamente, existían otros lugares donde se impartieron en iguales condiciones docentes conocimientos de medicina del trabajo con el objeto de acreditarse como Especialistas en esta rama y acceder al mercado laboral afín a los conocimientos adquiridos. Así, en diversas cátedras de Medicina Legal se constituyeron las Escuelas Profesionales de la Especialidad de Medicina del Trabajo, la primera de ellas, reconocida por OM de 13 de diciembre de 1963, en la Universidad de Granada, bajo la dirección del catedrático de Medicina Legal de la misma, el profesor Gisbert Calabuig. Posteriormente se pusieron en funcionamiento en otras cátedras de M Legal: Barcelona (1965); Madrid (1978). Y luego otras más, acreditándose todas como Unidades Docentes.

La vinculación de la Medicina del Trabajo con la Medicina Legal y Forense obedece a que existen numerosos contenidos comunes en ambas disciplinas (toxicología, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, valoración del daño corporal, derecho sanitario laboral, etc.), que la Medicina del Trabajo compatibiliza con el ejercicio de la medicina asistencial en otras facetas de su desarrollo como actividad médica especializada.

En cuanto a la catalogación de las Especialidades Médicas, el RD 127/ 1984, de 11 de enero, introdujo cambios sustanciales. Clasificaba las Especialidades en un Anexo en cuyo Apartado III reunía las que no requerían formación hospitalaria, a saber: Estomatología, Hidrología, Medicina Espacial, Medicina de la Educación Física y del Deporte, Medicina Legal y Forense y Medicina del Trabajo, que pasaban a tener formación teórico- práctica, pero siguiendo el régimen de Escuelas y no financiado.

En 1998 me incorporé a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo; y en el año 2000 fui elegido Presidente de la misma por el resto los compañeros que la integraban, incluido el Dr. Rescalvo que, a su vez, fue elegido Secretario General de esta Comisión. Durante los siguientes seis años logramos impulsar las acciones que iré refiriendo.

Formamos un equipo humanamente sólido y profesionalmente consistente y, con este bagaje, confrontamos nuestras ideas y nuestras estrategias, con interlocutores de muy diferentes perfiles humanos durante sucesivas negociaciones en los despachos de diversos políticos y funcionarios, altos cargos de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, haciendo valer nuestras fortalezas argumentales, sin convertirnos en otros portavoces políticos, sino sintiéndonos avalados siempre, en principio, por el ejercicio médico asistencial diario en nuestras consultas de médicos del trabajo, que asumían con pocas ambiciones personales el liderazgo del devenir de nuestra especialidad, la Medicina del Trabajo.

Ya que estoy hablando de mi experiencia personal en la Medicina del Trabajo tengo que confesar que aspiré y conseguí estar en el ejercicio de los más relevantes cargos de representación de nuestra incipiente especialidad, con un afán compartido entre, por una parte, el inevitable prurito de búsqueda de reconocimiento personal y, por otra, en mayor medida, para testificar y representar con mi presencia en todos los foros posibles la existencia y la importancia creciente de la Medicina del Trabajo.

Creo que llegué a llamar la atención lo suficiente sobre nuestra actividad como especialistas necesarios y de referencia obligada en una consideración transversal de los diferentes sectores productivos de la economía nacional, como los "internistas" en el medio laboral, alternativos a los internistas hospitalarios. Por otra parte, en una consideración longitudinal entre la edad temprana de la vida (de 0 a 16 años, cuya atención parece patrimonializar la Pediatría) y la edad tardía (a partir de los 65 años, que reclama competencialmente la Geriátrica) queda un espacio etario amplio que, salvo incapacidad u otros supuestos de falta de salud, es de actividad laboral, cuyo cuidado debiera ser, como primera referencia sanitaria, aunque no única, obviamente) la de la Medicina del Trabajo.

Con esta autoproclamada evidencia y la moral por las nubes, además de las diarias responsabilidades en el desempeño de los diferentes puestos de trabajo en la administración pública y en el ejercicio



privado de la Medicina, fui asumiendo y desarrollando desde mi mejor y más leal saber y entender los diversos cargos y cometidos de representación y organización a los que tuve acceso.

Primero y principalmente, como queda dicho, el de la Presidencia de la Comisión Nacional de la Especialidad de MT, pero también como Vocal de la Comisión de Acreditación del Consejo General de Especialidades Médicas, en la Junta de Gobierno del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en la Presidencia del Tribunal de MESTOS de Medicina del Trabajo, en las Academias de Ciencias Médicas, pasando por la organización anual sistemática de eventos científicos nacionales e internacionales, la publicación de tratados de nuestra Especialidad (el de Ergonomía de Fernando Rescalvo es el mejor en el ámbito médico) o la creación de Sociedades científicas de la Especialidad, por ejemplo la Sociedad Española Médico-Jurídica para el desarrollo de la MT, en colaboración con los miembros más destacados de la Audiencia Nacional. Y un largo etcétera.

Se tocaron todos los palos, como he mencionado, sin arrepentimiento (había que hacerlo para dar notoriedad a la Especialidad), ni tampoco rubor (era cuestión de autoestima, personal y colectiva, de médicos del trabajo en busca de la legitimación de nuestra Especialidad, equiparándola al nivel de las restantes, vía MIR).

Por buscar representación en todos los foros posibles, recuerdo como novedosa la creación de una Vocalía de Medicina del Trabajo entre las de la junta Directiva de este Colegio de Médicos que hoy nos acoge, única en los 52 Colegios Oficiales de Médicos de España, que ganó y desarrolló gloriosamente el aquí presente, Dr. Fernando Rescalvo Santiago. Teníamos al resto de mentores de las Especialidades Médicas equiparables, entre sorprendidos y puntito desmoralizados por las iniciativas permanentes, producto de un trabajo constante mezclado con nuestro espíritu de supervivencia.

De esta forma, conseguimos cambiar a mejor el destino y el porvenir académico y profesional de una especialidad poco consolidada y condicionada por numerosos problemas de dependencia, intru-

sismo y solapamiento por parte de otras Especialidades Médicas y de la propia Administración, que nos obsequiaron ante nuestra voluntad de avance con un ninguno o con un fuego amigo, que tuvimos que ir ignorando y esquivando, ajenos a los aviesos consejos de retirada que se nos ofrecían, intentando convencernos, sin conseguirlo, que nuestra retirada era, en realidad, un audaz avance estratégico sobre nuestra propia retaguardia.

Los ignoramos, continuamos con nuestro proyecto y así logramos equiparar la Medicina del Trabajo, en igualdad de remuneración y de rotación docente hospitalaria, como una más de las 41 especialidades en Ciencias de la Salud, recogidas en el RD. 183/2008, de 8 de febrero que se cursan y obtienen por el sistema de Residencia.

En este ámbito académico formativo acreditamos la legitimidad y la preeminencia, aunque sin ánimo de exclusividad, de los contenidos programáticos que, correspondiendo de pleno derecho a la Medicina del Trabajo, figuraban como partes muy extensas y significativas en los programas docentes de las especialidades de Medicina Preventiva y Salud Pública y de Medicina Familiar y Comunitaria. Cuestión importante, primero por la especificidad y la integridad conceptual de nuestra especialidad y, además, por las secuelas de posibles ventajas competitivas de acreditación posterior en la práctica profesional dentro del mercado laboral.

Y en cuanto a la planificación docente de cara a la formación de nuevos especialistas en Medicina del Trabajo y al posterior ejercicio profesional, elaboramos en la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo un ambicioso pero realista programa de formación como especialistas en una versión renovada de la Medicina del Trabajo e, igualmente, hicimos valer los criterios oficiales de acreditación docente para las nuevas Unidades Docentes de la Especialidad.

Por la solidez formativa y por la credibilidad de los titulados de la Especialidad nos constituimos en lo que antes decía, en los internistas en el medio laboral (a veces, en conflicto con las restricciones asistenciales impuestas por la vaguedad del concepto "vigilancia de la salud"). Igual

sucedió con la acreditación profesional de los Especialistas de Medicina del Trabajo en los hospitales, en pugna por nuestro propio espacio de competencia con los Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública (en este caso, en conflicto por el profuso y difuso contenido del término "salud pública"), resuelta por la división, un tanto salomónica, de la actividad profesional centrada en el paciente para la Medicina del Trabajo y la centrada en el ambiente hospitalario para la Medicina Preventiva y Salud Pública.

Por otra parte, la Medicina del Trabajo se veía liberada de la tutela inicial de la Especialidad de Medicina Legal y Forense, sin renegar de su origen docente en esta Especialidad.

Precisamente, lo que nosotros pretendíamos era una Medicina del Trabajo sin el complejo de ser tutelados por otra especialidad, en nuestro caso como queda dicho, la Medicina Legal y Forense, de objetivos más amplios y más transversales, metodología propia, contenidos singularmente específicos y protagonizada por figuras académicas muy relevantes.

Aspirábamos a no ser una Especialidad "cajón de sastre", donde se podían incluir y almacenar proyectos docentes caducados (en este caso, el que propició la formación del colectivo de Médicos de Empresa con el que existía una pugna inmediatamente anterior resuelta por sentencia judicial,



El Dr. Díaz Franco



a causa de la exclusividad de acceso al mercado laboral esgrimida por los nuevos incorporados contra sus nuevos y forzoso colegas).

Tampoco parecía constructivo para una Especialidad naciente incorporar un grupo minoritario procedente de una Especialidad médica extinguida, como sucedió con la Medicina Espacial. Ambas disposiciones se nos impusieron legalmente por el RD. 139/2003, de siete de febrero, donde aparecían recogidas en las disposiciones transitorias 1ª y 3ª.2, respectivamente.

Previamente, la Administración del Estado (referida, en concreto, a los Ministerios de Sanidad y Educación) tuvo que enmendarse a sí misma, por no haber respetado la vía única legítima de acceso a la formación médica especializada a través del sistema de selección MIR, viéndose obligada a reconocer como especialistas a todos los médicos que, sin título oficial (MESTOS), venían desarrollando su trabajo en el campo de alguna especialidad médica, según conveniencias puntuales de la Administración. Para ello, por el RD. 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista, se estableció un examen teórico-práctico para la obtención de ese título. Este examen de MESTOS acogió a más de 12.000 solicitantes, de los cuales 2725 médicos lo hicieron para obtener el título de Especialistas en Medicina del Trabajo, siendo la más solicitada de todas las especialidades médicas, vía MESTO (la segunda, con 2399 aspirantes, fue la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública).

Tuve el honor y el sudor de presidir Tribunal de MESTOS de Medicina del Trabajo, acompañado como presidente adjunto por el Dr. Fernando Rescalvo. En aquel trabajoso tribunal ganamos ambos galones de sufridores por la Especialidad y, en el mismo acto, perdimos también ambos algunos que hasta entonces se decían amigos, a causa del difícil equilibrio planteado entre los especialistas veteranos que habían cursado la especialidad según las normas de la administración y que consideraban un atropello el atajo improvisado por la Administración para obtener, sin haberla cursado, su misma titulación; pero también sufrimos la incomprensión de bastantes de los examinandos MESTOS que consideraban el examen como un mero trámite administrativo sin mayores exigencias, por lo que no asumían un posible suspenso en el examen como, si bien en grado mínimo, sucedió de hecho.

El resultado numérico de estas disposiciones legales se tradujo en un total de 3.000 nuevas incorporaciones como Especialistas en Medicina del Trabajo. En cualquier caso, en aquel momento, las estimaciones de los ministerios de Trabajo y Sanidad eran que España contaba con un médico del trabajo por cada 4.000 trabajadores y con un inspector del trabajo por cada 23.000 trabajadores. En estas circunstancias, no estábamos para hacer ascos a nuevas incorporaciones de especialistas, siempre que estas oleadas no destruyeran el germen básico de identidad de grupo y orgullo de pertenencia necesario para la cohesión humana, profesional y científica de cualquier grupo humano asociado.

Se percibía por entonces una creciente devaluación de la dignidad del trabajo.

El pensamiento económico imperante lo consideraba como un nuevo factor de la producción, una mercancía, olvidándose del significado individual, familiar, comunitario y nacional del trabajo de las personas. Considerábamos por eso la ideología que debíamos aplicar a nuestra acción, pensando que, si es cierto la oferta dirige la demanda, debíamos aspirar a poder ofrecer un buen producto, una especialidad atractiva para cursarla y productiva para ejercerla.

Queríamos propiciar el ejercicio la medicina asistencial en el ámbito laboral, a contracorriente de la tendencia oficial, más bien orientada a diluir, casi a sustituir, el ejercicio convencional de la medicina, diversificándola en prácticas y metodologías no asistenciales, con la prevención, la promoción y la educación para la salud como ideas-fuerza. Por más que se añadiera el apellido "laboral", lo de vigilancia de la salud laboral, o lo de riesgos laborales, en un clima multidisciplinar, no acababa de estar bien perfilado.

La cultura sanitaria española ha venido siendo, desde mucho tiempo atrás, preferentemente hospitalocentrista, así que nosotros no queríamos vernos ajenos a ella ni en la formación de nuestros MIR, ni, posteriormente, en nuestra asistencia profesional habitual. Además, si los MIR de casi todas las otras especialidades eran remunerados durante su formación y rotación hospitalaria, ¿por qué los MIR de Medicina del Trabajo no?

En el caso de las publicaciones científicas, aunque se hubieran nutrido de población laboral y de metodología y criterios laborales no se firmaban como médicos del trabajo sino solo con el de la especialidad específica (Dermatología, Traumatología, o Neumología), caso de poseer las dos especialidades.

Finalmente, en el postureo del prestigio social de las Especialidades, la Medicina del Trabajo brillaba menos o era directamente ninguneada por la dispersión de sus posibles cometidos profesionales o su falta de evidencias científicas propias; y también en esto procuramos incorporarnos a los más destacados y adquirir visibilidad científica en el mundillo de las Sociedades Médicas.

Un paso más para garantizar un gran Campeonato de Ciclismo para Médicos en Valladolid

El Colegio de Médicos de Valladolid acoge este año el "XV Campeonato de España de Ciclismo para Médicos", que se celebrará el 1 de junio en un circuito que recorre varios municipios de la provincia próximos a la capital a lo largo de la Ruta de los Montes Torozos.

Este evento es una cita esperada por muchos colegiados aficionados a este deporte. Un encuentro donde se unen la pasión por el deporte y la medicina y se favorece, además, la relación y amistad entre médicos y médicas de distintas edades, provincias y especialidades médicas.

El Banco Santander no ha querido perderse la oportunidad de participar en un acto como este, por lo que el pasado 8 de abril D. Santiago Álvarez Santos, gerente de Banca Institucional de Banco Santander, y D. Rubén García Alija, Director de Instituciones Territorial de Castilla y León en Banco Santander, se reunieron en nuestra sede colegial con el Dr. José Luis Almudí Alegre, Presidente del ICOMVA, para firmar un acuerdo de patrocinio.

El campeonato, organizado por el club deportivo de ciclismo VeloClub Delicias y el Colegio Oficial de Médicos de Vallado-



D. Santiago Álvarez Santos, el Dr. José Luis Almudí y D. Rubén García Alija firmando el acuerdo

lid, bajo el reglamento de la Real Federación Española de Ciclismo, contará con un recorrido de 70 kilómetros con salida desde el centro de la ciudad de Valladolid y meta en el municipio de Arroyo de La Encomienda.

Una ruta pensada para disfrutar de la naturaleza y el deporte que abordará los Mon-

tes Torozos y que rodeará esta comarca natural de la provincia de Valladolid, al norte y noroeste de la capital; unas vistas que se caracterizan por sus extensas parameras, salpicadas de pequeños valles y alcores en los que hay bosques, monasterios, castillos y pueblos con encanto y que acompañarán a los participantes durante todo su trayecto.



Imagen del Campeonato del año pasado, celebrado por el Colegio de Médicos de Gipuzkoa

XV CAMPEONATO DE ESPAÑA DE CICLISMO PARA MÉDICOS

2024



VALLADOLID



SÁBADO
01/06/24



WWW.CICLISMOPARAMEDICOS.ES

ORGANIZA:



MédicosValladolid



Velo Club Delicias

REGLAMENTO:



REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA
CICLISMO

“Los médicos no vamos a ser sustituidos por algoritmos, y no sería inteligente por nuestra parte rechazar algo que puede lograr que manejemos de forma eficiente mil millones de datos en vez de mil”

Las nuevas tecnologías están entrando en la medicina. Esta es una realidad cada vez más obvia para todos, pero una que puede agradar tanto como confundir a nuestros sanitarios.

Para comprender mejor algunos de los aspectos más destacados de este campo, nos hemos sentados a hablar con un especialista que lleva muchos años lidiando con ellos: el Dr. José Carlos Pastor Jimeno, fundador del Instituto de Oftalmobiología Aplicada de la Universidad de Valladolid (IOBA); que, además de repasar la evolución de la aplicación de las tecnologías en la Medicina, nos ha hablado de su extensa trayectoria profesional como reputado oftalmólogo, investigador y profesor

Dr. Pastor, ¿qué cree usted que implica la llegada de estas nuevas tecnologías al campo médico para quienes trabajan en él?

Creo que es importante que todos comprendamos que los profesionales médicos conviven ya en la actualidad con la tecnología en sus trabajos. Este tipo de innovaciones han venido para quedarse y si no se explican correctamente, puede darse que muchos médicos entiendan que van a ser sustituidos por sistemas técnicos. Es fundamental ayudar a nuestros compañeros a comprender qué implican las nuevas tecnologías para que no lo vean como una intromisión en su campo ni una manera de ahorrar puestos de trabajo.

Habla usted desde la experiencia. El IOBA lleva años trabajando mano a mano con tecnologías que facilitan y agilizan su trabajo.

Efectivamente. Desde finales de 2017, por ejemplo, trabajamos en la Prevención de Ceguera por Retinopatía Diabética de la Junta de Castilla y León con equipos de retinografía digital en ocho centros de sa-

lud, que permiten la detección precoz de una de las complicaciones más importantes y frecuentes de la diabetes. Estamos cubriendo Valladolid, Palencia y ahora nos extendemos a Burgos y Salamanca. En estos años, hemos visto a más de 27.000 pacientes; de ellos, solo ha habido que remitir a los hospitales, desde los centros de salud, al 1,4%. ¿Eso qué significa exactamente? Pues que eliminamos, entre muchas otras cosas, listas de espera; también, si trabajas en un centro rural, evitas que los pacientes tengan que estar haciendo desplazamientos; consigues, además, que los médicos se concentren más en la atención del paciente y no tenga que estar viendo cosas que no le aportan nada ni al paciente ni a él.

Menciona muchas ventajas. ¿Cree que los profesionales sanitarios las ven cuando se habla de este tipo de tecnologías?

Espero que sí, pero para que puedan apreciarlas sin sentir rechazo se tiene que hacer, desde muchos ámbitos un buen trabajo de pedagogía, porque si no se le explica a la población (en este caso concreto a los médicos) las posibles ventajas de algo tan grande como las tecnologías aplicadas a su campo y solo se les explican los inconvenientes, lo que haces es crear resistencias y anticuerpos contra una tecnología que ha venido para quedarse y que puede facilitarnos mucho la vida y el trabajo.

¿Cree que existe la posibilidad de que la inteligencia artificial sustituya de alguna manera a los médicos?

No. Creo que pensar algo así es un error.

Las aplicaciones de inteligencia artificial se están desarrollando como elementos de ayuda a la toma de decisiones. La IA puede manejar un volumen de datos imposible de alcanzar para un ser humano. A partir de ahí, podemos obtener una información para que el profesional que tenga



Foto del Dr. Pastor de la web del Instituto Oftalmológico que él fundó



Fachada del IOBA

que tomar las decisiones lo haga estando lo mejor informado posible; pero tenemos que tener presente que existen aspectos críticos en este nuevo ámbito que empezamos a manejar. Uno de ellos, de los más importantes a mi parecer, es la responsabilidad. Es decir, tú no puedes fiar la responsabilidad de lo que le ocurra a un paciente en un algoritmo o en un programa; tiene que haber siempre un profesional colegiado que sea quien dé la cara si hay algún problema.

Lo que intento señalar con esto es que, tal y como está montada la estructura de la sociedad, no es factible que los médicos seamos sustituidos por algoritmos. Podemos estar tranquilos a este respecto. Pero no sería inteligente por nuestra parte rechazar algo que puede lograr que manejemos de forma eficiente mil millones de datos en vez de los mil que podríamos abarcar como seres humanos. La decisión final siempre va a ser tuya. La información que vas a filtrar y a transmitir al paciente la vas a elegir tú. Quien va a ser responsable de ese paciente vas a ser tú. Pero podrás estar mejor informado y preparado antes de hacerlo.

Pero, además, de aportar ayuda e información, la IA también ha empezado a desarrollar una cirugía robótica capaz de operar, como en el caso del Da Vinci.

Es que eso no es verdad, y es algo que la sociedad ha de entender.

Mi nuera es una de las expertas más importantes que hay en la actualidad en cirugía robótica. Después de formarse en el Reino Unido, ahora está trabajando en el Hospital Gregorio Marañón y da conferencias a nivel mundial. En muchas resalta siempre lo mismo: el Da Vinci no opera, opera el cirujano. Puede que no esté en el campo quirúrgico, a lo mejor está sentado en otra habitación, en otra ciudad, en otro país... Pero es él quien opera. Es él el que toma las decisiones. Es él quien asume las responsabilidades. Tanto si algo sale bien como si algo sale mal, tiene que haber un médico colegiado que soporte el peso legal que puede acarrear esa operación y con quien el paciente pueda hablar.

De verdad que me parece fundamental que se comprenda bien esto. La tecnología no ha venido para eliminarnos, sino para ayudarnos. Recuerdo que hace años yo tenía compañeros que se vanagloriaban de no tener ordenador, de no tener móvil. Pues bien por ti si quieres complicarte un trabajo que podría ser más sencillo.

Es que creo que, además de como médicos, deberíamos ver todo esto como ciudadanos. En mi caso, pon que yo tengo que ir a hacerme una prueba rutinaria, no por lesión o por algo de gravedad; una

prueba de fondo de ojo, por ejemplo. No vivo en Valladolid provincia, soy mayor, no me puedo mover bien, y tengo que ir con mi hijo hasta el hospital y esperar allí una hora para que me hagan una imagen del ojo izquierdo y otra del ojo derecho y que alguien me diga que todo está bien. ¿Para qué si ya no es necesario?

Sí, desde luego suena a quedarse a la zaga justo cuando la Medicina da un salto cualitativo en la calidad de atención que puede ofrecer a sus pacientes.

Ya, pero los titulares de la prensa a veces no son esos. "Ayuso sustituye a los médicos de Primaria por... lo que sea". Ese tipo de cosas no ayudan. No se sustituye a los médicos. Se les ayuda a ser mejores profesionales.

La Telemedicina llegó de una forma muy inesperada y un tanto arrolladora cuando tuvimos que enfrentarnos a la COVID. ¿Cree que eso tuvo algo que ver con la posible imagen negativa que algunas personas tengan de ella o de la IA en la Medicina?

No, de verdad que no lo creo. Lo que pasa es que la Telemedicina en España todavía tiene algunos problemas. Por ejemplo, falta desarrollo legislativo. No está plenamente desarrollado dentro del Ministerio de Sanidad y hay vacíos referentes a algunos aspectos, como la responsabilidad médica que mencionaba antes; pero la Telemedicina es la salida a muchísimas cosas.

La COVID no nos trajo una modalidad médica que no funciona, sino que nos dejó una Atención Primaria lógicamente atascada y saturada para, después, atascar las Urgencias hospitalarias, las listas de espera, y muchas otras cosas que cayeron en cadena. Y si hubiésemos tenido un desarrollo tecnológico más potente es posible que la atención a la población hubiese sido mejor y tuviésemos que pagar, en unos años, menos consecuencias.

El IOBA

Al principio de esta entrevista, Dr. Pastor, destacábamos el trabajo que el IOBA lleva realizando durante años mano a mano con la IA y las nuevas

tecnologías médicas en, por ejemplo, la Retinopatía Diabética. ¿Qué otros avances se han hecho desde este Instituto en los últimos años?

Si me permites, me gustaría destacar un par de cosas antes de meterme de lleno a responder esta pregunta.

Como es sabido, el IOBA no es una clínica, y mucho menos privada, sino un Instituto de la Universidad de Valladolid centrado en la investigación que vuelca sus conocimientos en los pacientes, abordando enfermedades comunes y otras para las que aún se busca la solución, y en formar a profesionales que quieren mejorar sus conocimientos. Otro de nuestros rasgos diferenciales es que somos un centro de titularidad pública de Universidad de Valladolid, que es su máxima autoridad.

Algunas personas que acuden a nosotros pueden tener la percepción de que en el IOBA solo se “tratan enfermedades de los ojos” y creemos que esa visión simplista es un problema de comunicación del que nos sentimos culpables por no haberlo explicado antes y mejor. Voy a relatar un ejemplo para ver si puedo ir corrigiendo esa percepción.

En el año 2015, 120 personas se quedaron ciegas en España a causa de un producto alemán indicado para la cirugía del desprendimiento de retina. El problema afectó a casi todos los países de Europa, pero ninguno reaccionó ya que, sorprendentemente, la declaración obligatoria de incidentes serios solo era imperativa en algunos países europeos; entre ellos, España.

El propietario de la empresa, a requerimiento de la agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad (AEMPS) exhibió un certificado hecho por una empresa alemana en el que se afirmaba que el producto era seguro y, asesorado por el importador, se lanzó una campaña en los medios de comunicación nacionales sugiriendo que su producto había sido mal utilizado por los oftalmólogos españoles.

Fue tal el escándalo y los problemas causados a los compañeros que habían tenido casos relacionados con esto que la AEMPS solicitó al IOBA una contraprue-

ba, ya que consideró que era el único lugar donde se podía realizar este tipo de análisis.

Tras semanas de estudio, demostramos dos cosas. La primera, que el producto era, efectivamente, tóxico; la segunda, que las pruebas de seguridad, a pesar de estar realizadas conforme a las normas ISO, no habían sido capaces de detectar esa toxicidad. Es decir: el test utilizado carecía de validez, lo que previamente no se sabía.

¿Qué hicieron a partir de ahí?

Desarrollamos un nuevo test original que está cubierto por una patente internacional. En 2017, varios miembros del IOBA fuimos nombrados Expertos Nacionales del Comité de las normas ISO, logrando modificar la norma e incorporando nuestro test en ellas.

En 2018, el BOE publicó la resolución de la AEMPS nombrando al IOBA centro colaborador de la agencia para este tipo de productos. Desde entonces, colaboramos con la Agencia de forma ininterrumpida.

Durante ese periodo, difundimos los problemas, sus causas y la forma de reconocerlos en los foros internacionales y en las revistas científicas para avisar a nuestros colegas oftalmólogos de la existencia de estos incidentes y, sorprendentemente, en lugar de colaboración tuvimos un serio ataque de parte de la industria alemana para, posiblemente, defender su “prestigio” empleando el argumento de que era un problema exclusivamente español, lo que, en nuestro criterio, atentaba de forma grave contra la profesionalidad de nuestros colegas.

¿Consiguieron demostrar lo contrario?

La lucha no fue fácil, dada la desproporción de fuerzas, pero la sintonía con la oftalmología española y especialmente con la Sociedad Española de Retina y Vítreo (SERV) nos ayudó a silenciar esa calumnia.

Hubo más productos que crearon este tipo de problemas en otros países como Turquía o la India, muchos de los cuales fueron analizados por el IOBA por encargo de la AEMPS, y se reportaron más casos



Parte del equipo del IOBA

en revistas científicas y en congresos del producto alemán en otros países europeos, aceptándose finalmente que había sido, entre otras cosas, un problema de seguridad.

Por fin la Unión Europea reaccionó y desarrolló un nuevo reglamento mucho más estricto de control de los denominados productos sanitarios. Posteriormente, en 2020 tuve el honor de ser nombrado miembro de EXPAMED; es decir, experto de la Unión Europea para productos sanitarios de uso ocular.

De esta forma, creemos que hemos contribuido a que las empresas, aun a regañadientes, reaccionen, y a que los productos sean mejores en toda Europa, evitando, o al menos disminuyendo, el número de episodios como los terribles escándalos del pasado con el coste humano que conllevaron y el daño reputacional que podrían haber implicado para nuestros colegas.

En este periodo de tiempo hemos realizado informes técnicos de seguridad para empresas españolas, francesas, holandesas, belgas y americanas. Además, se han establecido interesantes líneas de colaboración con grupos de investigadores ingleses, americanos, alemanes e italianos.

También trabajamos con una empresa española, líder en su campo y con capacidad para exportar a más de setenta países, para ayudarla en la producción y purificación de un compuesto que garantice al máximo la seguridad, cumpliendo con absolutamente todas las normas aplicables.

Por último, en el último congreso de Euretina, la sociedad más importante de Europa dedicada a las enfermedades de retina, que se celebró en Ámsterdam en octubre, coordinamos dos simposios en los que explicamos cuál es el estado actual de este tema. Además, el presidente de Euretina, a instancia nuestra, organizó una jornada conjunta de empresas e investigadores para intercambiar información, lo que creemos que refleja un buen reconocimiento internacional a la labor que estamos desarrollando desde la Universidad de Valladolid.

Desde luego lo parece. Un reconocimiento muy merecido después de una labor tan ardua ya que, según comentaba, toda esta situación comenzó en 2015. Son muchos años de investigación y lucha.

Sí, desde luego. Esta situación es solo un ejemplo de la actividad que lleva a cabo de forma silenciosa el IOBA.

Han sido ocho años de trabajo constante, de peleas con algunas empresas europeas muy fuertes, y de solidaridad con los pacientes afectados y con nuestros compañeros oftalmólogos españoles, pero es algo que destaca poco, porque no produce ruido.

La gente cree que la investigación es algo inmediato, y no es así. Durante estos ocho años que nos ha llevado conseguir lo que acabo de relatarte, ha habido mucha gente trabajando sin descanso. Y



nosotros estamos encantados de que la gente venga al IOBA a mirarse los ojos y felices de poder ayudarlos, pero me gustaría que esa misma gente sea consciente de que dos pisos más arriba hay cerca de cuarenta investigadores post-doctorales y predoctorales que se dejan la piel cada día y se esfuerzan al máximo para buscar soluciones a problemas no resueltos.

Ahora, después de este hallazgo, somos referencia. Ahora, después de este hallazgo, vamos al congreso que mencionaba antes en Ámsterdam donde nos dedican tres sesiones. Y eso es maravilloso, pero eso ha costado ocho años en los que ha habido que invertir en recursos humanos, en pruebas, en teorías... Es decir, es necesario que se entienda que la investigación puede no ser inmediata, pero es constante y necesaria.

¿Cree que eso es algo que a la sociedad le cuesta entender?

Sí, creo que sí. La COVID tampoco ayudó en este aspecto porque dio la impresión de que en unos pocos meses se pudo desarrollar una vacuna para luchar contra algo tan grave y conseguir que todos nos inmunizásemos casi inmediatamente. Y eso es mentira.

La tecnología de las vacunas lleva años trabajándose para poder hacer frente, precisamente a una epidemia con esa. Hay investigadores que llevan años trabajando como hormiguitas cuando nadie daba un duro por ellos y, en un momento determinado, ha pasado el tren por la estación justa y ellos han visto que su trabajo podía aprovecharse y modificarse para tratar la COVID. Eso es lo que hace la investigación continuada y el tener inversión y financiación para investigar.

¿Existe financiación suficiente en España para la investigación?

España tiene un déficit crónico en este tipo de inversión.

En los países de nuestro entorno están dedicando, aproximadamente, el 3% del Producto Interior Bruto en I+D+I. España destina el 1,28% de su PIB a esta causa. Es decir, no podemos competir. ¿Qué implica eso? Que la gente buena que tenemos, se nos va porque en otros sitios se

les da más recursos y medios. A pesar de ello, he de destacar que la productividad científica española es altísima. Por cada euro que se invierte, nuestros investigadores sacan mucho provecho. Pero si la sociedad no se concienta de que hay que invertir, no hay muchas posibles soluciones.

Llevamos tiempo pidiendo, y seguimos haciéndolo, que desde las autoridades universitarias y las administraciones públicas se nos apoye de forma decidida para darnos una fórmula de gestión que nos permita ser competitivos, seguir creciendo en beneficio de todos, permitiendo fijar talento joven, atraer inversiones y, sobre todo, cuidar a los pacientes de aquí y de cualquier otra parte con los máximos estándares de calidad.

Son objetivos muy loables que, imagino, lleva persiguiendo desde que fundase el IOBA a finales de 1994. ¿De qué es de lo que más orgulloso se siente en estos casi treinta años de historia del Instituto?

Si me permites decirlo, humildemente, de haber puesto a Valladolid en el mapa. En Europa es una realidad que, hoy en día, el IOBA es una referencia en su campo. Y no es algo que tenga que ver conmigo. El IOBA es el Instituto Oftalmológico de Valladolid, y a mí eso me provoca mucho orgullo.

En España, muchos médicos se nos van después de formarse porque no encuentran buenas ofertas laborales que les tienten para quedarse. En la especialidad de Oftalmología, sin embargo, hay gente de Méjico, Argentina, Serbia, la India y de un montón de lugares más que vienen al IOBA para desarrollar su trabajo como desean hacerlo.

Esto es algo que desde la Universidad, el Ayuntamiento y la Junta no se reconoce como se debería. Darle más publicidad y reconocimiento al IOBA sería bueno para todos, porque la gente acabaría conociendo Valladolid por facetas más allá del concurso de pinchos o la Seminci, que son eventos fantásticos, por supuesto, no se me malinterprete, pero a los que se podría sumar el potencial reconocimiento científico que da la labor del IOBA a nivel europeo.

MOVIMIENTO COLEGIAL/ de enero a marzo

ALTAS

Romero, María del Rosario	Traslado de Albacete
Sejas Linares, Edgar	Traslado de Las Palmas
Flores Guardado, Juan Gabriel	Traslado de Madrid
Laguna Allende, David Ramón	Traslado de Asturias
Farro Ballester, Jordys Jaffit	Traslado de Tarragona
España Peña, María Fernanda	Traslado de León
Nieto Nuez, Ana Maria	Reingreso/Cese
Paredes Gómez, Sonia Belén	Alta
Ochoa González, Martha Lorena	Alta
González Valero, Alejandro Gonzalo	Alta
Malaspina Miñano, Hugo Edmundo	Alta
Urquiola Domínguez, Brian	Alta
Amutio Sánchez, Yani Jaana	Alta
Iglesias Pascual, Juan Abel	Alta
Durán Heredia, Noemí Hilaria	Alta
Perea Pallarés, Javier	Alta
Guadarrama Guerra, Carolina	Traslado de Bizkaia
Lallana Serrano, Sofía	Traslado de Barcelona
López Fernández, Ester	Traslado de Lleida
Sadonio Facino, María José	Traslado de Salamanca
Catalá Ruiz, Pablo	Traslado de Zaragoza
Crehuet Morales, Pedro	Alta
Toyo Díaz, Ana Paola	Alta
Bah Bah, Mariama Cire	Alta
Concepción Lastre, Yunior	Alta
Aguiar Menéndez, Sonia	Alta
Morales Sánchez, Desiree	Alta
Barcnas Reyes, Andrea Cristina	Alta
Gómez Ginés, Isabel	Alta
Santamaría Suárez, Andrea	Alta
Guantay, Carla Daniela	Alta
Ortega Vallelado, Daniel	Traslado de Bizkaia
Gato Bartolomé, Silvia	Traslado de Ciudad Real

BAJAS

Sánchez López, María Elena	Traslado Internacional
Toledano Villar, Francisco Javier	Traslado a Ciudad Real
Reynoso Paulino, Dianelva Margarita	Traslado Internacional
Corral Tuesta, Celia	Traslado a Madrid
García García, Carlos Francisco	Traslado a Alicante
Domenech García, Juana	Baja voluntaria
Martín Gago, Josefa	Traslado a Asturias
García Fernández, Sara	Traslado a Madrid
Cubero Morais, Pablo	Traslado a Vizcaya
Portela Martín, Ainara	Traslado a Palencia
Sánchez Coalla, Ana	Traslado a Asturias
Gordillo Hernández, Ana Isabel	Traslado a Madrid
Pacheco Bolaños, Juan Miguel	Traslado a Toledo
García García, Sergio	Traslado Internacional
Serrano Manero, Pilar	Cese de Actividad
Fernandez Atienzar, Carlos	Traslado a Madrid
Fuentes Valenzuela, Esteban Andres	Traslado a Madrid
Perez Lopez, Raquel	Traslado a Salamanca
Rosario Vargas, Anney Yelena	Traslado a Burgos
Canalejo Oliva, Alicia	Traslado Internacional

FALLECIMIENTOS:

Fernández Fernández, Maximiliano
 Méndez Muñoz, María Jesús
 de la Viuda Campo, Fernando
 Moreno Sobrino, Severiano
 de Castro Lorenzo, Eustaquio José
 Barriga Herrera, Félix
 Medina Diez, José María
 Tapia Estébanez, María Dolores
 Alonso Flórez, Enedina

Los alumnos de Medicina en la Universidad vallisoletana a lo largo de la historia

Por el Dr. Carlos Vaquero Puerta, Catedrático Emérito de la UVA

Se conoce de forma generalizada que los estudios médicos se instauraron en Valladolid en el año 1404 con la creación de la Cátedra de Física por orden del Rey Enrique IV de Castilla, aunque no se conservan expedientes estudiantiles hasta 1546, cuando comienzan a ser registrados los alumnos en el libro de matrículas. En aquellos primeros años y de acuerdo al modelo docente seguido en la universidad en general, los estudiantes, alumnos o “cursantes”, escuchaban la lección impartida por el Catedrático y después de su exposición su contenido era debatido entre profesor y alumnos.

La asistencia era obligatoria para los alumnos pero recibían compensaciones económicas en forma de propinas que también percibían curiosamente todos los asistentes. Los estudios de Valladolid llegaron a tener un gran prestigio, en especial a lo que se refiere a la enseñanza de la Anatomía, donde acudían ya renombrados profesionales a ampliar sus conocimientos y donde el prestigioso Bernardino Montaña de Montserrat considera que para aprender bien la Anatomía, se podría hacer en Bolonia, Montpellier o Valladolid.

Para pasar curso el alumnado debería presentar la certificación de asistencia firmada por los Sres. Catedráticos. Por otro lado, al estudiante de Medicina, se le recomendaba prácticas a realizar con un profesional que ejerciera la medicina, y a veces en hospitales, y es a partir de 1771, cuando a los que desearan ejercer la medicina, se les requerirá dos años de pasantía práctica.

Las clases se impartían inicialmente en la Colegiata de Santa María, posteriormente con la edificación de las Escuelas universitarias, en el edificio gótico situado en la actual calle Librería, en un aula asignada a medicina, situada en una de las esqui-

nas del patio de primitivo edificio y que por espacio de siglos se utilizó, hasta que fue derribado lamentablemente en 1909 para construir uno nuevo. El aula había dejado de ser utilizada al haberse trasladado la sede de la Facultad de Medicina en el año 1857 con la Ley Moyano, tras la recuperación de los Estudios médicos, que se habían suprimido en 1843, al antiguo Hospital de la Resurrección, situado en la esquina de las actuales calles de Miguel Iscar y Paseo Recoletos, para pos-

teriormente trasladarse en 1889 al nuevo edificio de la Facultad de Medicina, donde actualmente permanecen.

Los estudios médicos inicialmente se apoyaban en cuatro Cátedras, dos vitalicias, “Prima” y “Víspera”, y otras dos más pequeñas, temporales, de las áreas de Medicina y Anatomía con alternancias en su dotación. Para iniciar los estudios de Medicina era preciso ser Bachiller en Artes



Estudiante con su traje de manteísta y representado con un instrumento musical



Estudiantes de Medicina en 1900, en el Anfiteatro Grande Anatomía junto a su Profesor Salvino Sierra

o haber cursado dos cursos en Filosofía. Es con la Ilustración, cuando existen cambios en lo que podría considerarse formación médica, con la implantación de las nuevas estrategias de enseñanza, que coincide con la llegada de las Academias y los Colegios médicos.

En el Plan de Estudios de 1771 la enseñanza de la medicina se iguala en duración en años al resto de las carreras puesto que hasta ese momento era los estudios más largos en el tiempo. En los dos últimos siglos han sido muy numerosos los planes de estudio implantados e incluso coincidiendo con cierres y reaperturas de la Facultad, hasta llegar a la situación actual donde se imparte enseñanzas de acuerdo al denominado Plan Bolonia.

Sobre los estudiantes, comentar que procedían de diferentes estratos sociales y de diferentes áreas territoriales; aunque muchos eran de la propia ciudad de Valladolid, bastantes procedían de provincias limítrofes e incluso de regiones más alejadas. Los estudiantes hasta la llegada de la ilustración, vestían de forma uniforme, de tal manera que, de acuerdo a su atuendo, se diferenciaban en dos tipos los colegiales, los que vivían en Colegios Mayores y los manteístas, el resto. Los colegiales inicialmente eran estudiantes pobres acogidos en Colegios Mayores, siendo el de Santa Cruz el que más pres-

tigio alcanzó en Valladolid. Más tarde sus plazas fueron ocupadas por estudiantes pertenecientes a familias poderosas, en lo económico, social o político, al alcanzar sus egresados cargos relevantes en la Chancillería, el Clero o la Corona. Vestían con traje talar y gorro y se caracterizaban por llevar una beca o banda de tela sobre los hombros. Los otros estudiantes, generalmente de origen más humilde vivían en pensiones, posadas o casas particulares y vestían con una toga, manta y sombrero. Sobre el perfil de los alumnos de Medicina, estos no fueron colegiales, sino más bien pertenecientes inicialmente al grupo de los manteístas. Valladolid, a diferencia de otras universidades mayores como Salamanca o Alcalá, predominaban los estudiantes que se alojaban en pensiones, posadas o incluso viviendas alquiladas.

Los estudiantes de medicina poco se han diferenciado del resto del colectivo, aunque muchos seguían y lo siguen haciendo, la tradición familiar de estudiar medicina, y de esta forma hay referencia de varios de los más ilustres médicos que se formaron en Valladolid como fueron Luis de Mercado o Dionisio Daza Chacón, que eran hijos y nietos de médicos.

El territorio o Distrito de la Facultad de Medicina vallisoletana, se extendía en lo que se entendía por Castilla la Vieja, lo que se mantuvo durante décadas. Más recientemente, con la apertura de nuevas

facultades, se perdieron provincias como fueron las Vascongadas, Asturias y Cantabria, aunque se adscribieron otras como Segovia o Soria.

El número de alumnos en los Estudios de medicina, en las primeras décadas y siglos de existencia no fue muy numeroso, aunque no se disponen de datos de estos inicios fiables al no disponer de libros de matrículas. Tampoco fueron muy numerosos en siglos posteriores y de esta forma en el libro de matrículas de la Facultad de Medicina del curso 1730-1731 no tuvo matriculados, en 1739-1740, cuatro alumnos. Los cursos 1744-45, 1745-46, 1746-47, 1747-48 no hubo ningún alumno matriculado posiblemente por la proliferación de Escuelas profesionales en toda España y la creación de los Colegios de Medicina y Cirugía con capacidad de expedir títulos. En el curso 1770-71 no hay ningún alumno matriculado; en 1771-72, seis; en 1772-73, catorce; en 1773-74, veinticuatro; y en 1774-75, veintisiete. Posiblemente el número de alumnos fueran más, pero no se matriculaban por la permisividad de la Universidad de perder alumnos por lo que dejaban al estudiante el momento de hacer la matrícula.

El número de alumnos se incrementaron con la recuperación de los estudios médicos en 1857, a la vez que se prestigiaron. Los primeros años del siglo XX con un nuevo edificio de la Facultad de Medicina y los nuevos Hospitales Provincial y Clínico los estudios de medicina vivieron una época de esplendor, interrumpida por la guerra civil, manteniéndose después del conflicto dentro del contexto de la situación que se vivió. Más tarde llegó la masificación de las Facultades por las buenas expectativas de trabajo en el mundo rural, y posteriormente el número clausus de alumnos, la creación de nuevas Universidades y Facultades de Medicina que dispersaron el alumnado, hasta llegar a la situación actual con número de estudiantes insuficientes para cubrir las necesidades de los médicos que la sociedad precisa.

Los Colegios Mayores Universitarios existentes en Valladolid en el denominado antiguo Régimen, han sido siete, complementados con otros Menores. Se puede considerar que el de Santa Cruz ha sido el que más transcendencia ha tenido. En él

se alojaron escolares de todas las ramas del conocimiento incluida la Medicina. El resto eran de perfil eclesiástico para estudios de filosofía, leyes o teología. Sin embargo se fundó uno en 1628 que fue el de San Rafael de carácter particular y seglar, impulsado por el Catedrático de Prima de Hipócrates Miguel Polanco para estudiantes de Medicina, aunque tuvo vida efímera. Perteneció a él, un eminente médico y cirujano como fue Bravo de Sobremonte. Estaba situado en la actual plaza de Santa Cruz en el lugar que ocupa la fachada barroca de la Universidad. Los Colegios Mayores fueron suprimidos con la llegada de la ilustración y rescatados, pero ya como simples centros de alojamiento en los años de la posguerra del 36, existiendo en el momento actual, alguno de los históricos como el de Santa Cruz al que se han agregado otros nuevos

El asociacionismo del estudiantado de Medicina ha existido siempre presentando los más variados perfiles. Al principio formaron núcleos de poder entono a algunas de las instituciones. Una de ellas fue el Colegio Mayor Santa Cruz, cuyo alumnado llegó a ostentar y ejercer un gran poder no sólo en el ámbito universitario ante el Rector y Claustro, sino también a nivel de otros poderes como el eclesiástico, la Chancillería o la Corona. Con la aparición de los partidos políticos, los estudiantes se integraron en los mismos

de la misma forma que lo hicieron otros colectivos de la sociedad participando en sus actividades.

El siglo XX ha sido especial con respecto a este tipo de participación política afiliándose a diferentes partidos y mostrando una especial actividad en los años republicanos y al finalizar al régimen franquista donde la Facultad de Medicina estuvo implicada y de forma muy intensa en los hechos que acontecieron. Al finalizar la guerra civil el estudiantado universitario estuvo afiliado de forma obligatoria, a un sindicato único de estudiantes, el SEU hasta su desaparición. Posteriormente otros sindicatos estudiantiles han tomado el relevo.

El alumnado de la Facultad de Medicina, hasta la abolición del Fuero Universitario, a semejanza del resto del alumnado e integrantes de la Comunidad universitaria de Valladolid, estuvieron sujetos a este régimen especial, donde los delitos cometidos por el colectivo, eran juzgados por el Rector y por derivación por el Claustro y no por la justicia ordinaria. Era una justicia más benigna, por lo que se buscaba pertenecer al colectivo y acogerse al mismo en caso de delitos. El Fuero fue abolido en tiempos de la Regente María Cristina en 1835 y el colectivo universitario paso a someterse a la jurisdicción normal, ya exenta de privilegios.

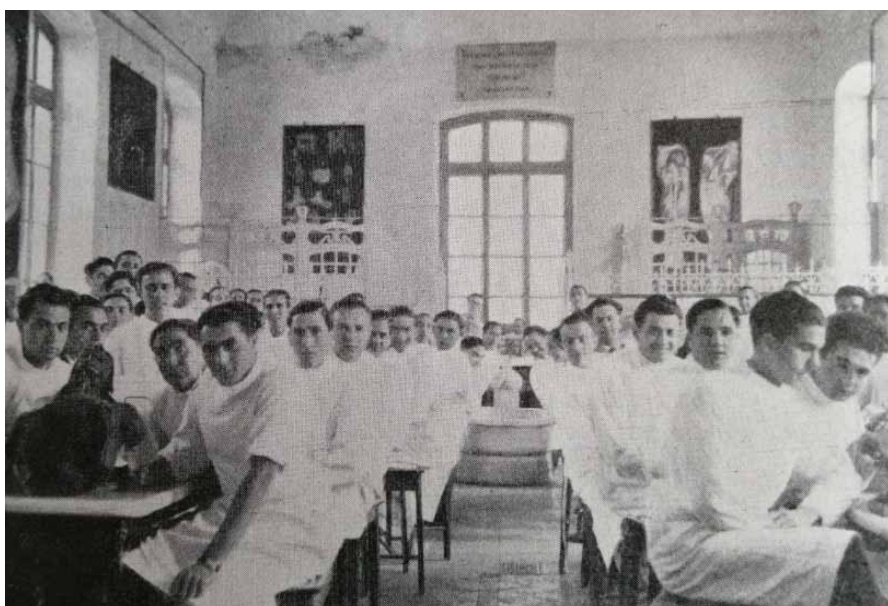
Por otro lado, incidentes relacionados con estudiantes de Medicina y de los que tuvieron relevancia social, está su participación en los enfrentamientos acontecido en Valladolid el 13 de mayo de 1889, entre cadetes de la Academia de Caballería y estudiantes de Medicina por un asunto amoroso donde uno de los implicados era estudiante de esta facultad, cerrado con un acto de reconciliación.

También, el asesinato el 4 de marzo de 1934 del estudiante de medicina Antonio Abella y por lo que fue condenado el estudiante anarquista de magisterio Francisco Calle. Disparos y cierre de la Facultad de Medicina en diferentes ocasiones en los tiempos de la II República, la implicación en disturbios de los años 70 del siglo pasado de alumnos de Medicina y acontecidos en el centro docente, por asuntos políticos; y ya los muchos más inocentes como han sido las novatadas o pequeños incidentes, actualmente prohibidas en los centros de la universidad vallisoletana.

Los alumnos internos han sido pieza fundamental de la Facultad de Medicina y muy especialmente en el antiguo Hospital de la Resurrección, donde fueron el soporte de la atención sanitaria del hospital constituyendo elementos imprescindibles en la plantilla de las Cátedras. A finales del Siglo XIX se constituyó la Academia de Internos, que se mantiene en la actualidad, pero con una escasa relevancia institucional; aunque sin embargo su protagonismo se mantuvo a lo largo del siglo XX hasta la apertura del Hospital Clínico Universitario en 1978, cuyo protagonismo y responsabilidades pasaron a los Médicos Internos y Residentes.

Era en la Academia de Alumnos internos de la Facultad de Medicina donde teóricamente se agrupaban los estudiantes más capacitados en determinadas décadas y tuvo la posibilidad de ejercer cierto poder corporativo.

Esta situación se ha mostrado reflejada en los diferentes números de su órgano de expresión como fue el Boletín de Alumnos Internos o la denominada Revista Clínica donde queda reflejado que formaron una elite con capacidad de influenciar en asuntos relevantes de la Facultad de Medicina.



Los alumnos en la Sala de disección, durante una lección práctica. Número extraordinario del Boletín de Alumnos Internos. Junio 1936

Como datos curiosos comentar que la primera alumna de Medicina en la Facultad de Medicina de Valladolid y la quinta en España, fue María Luisa Domingo García, matriculada en 1880 y licenciada en Valladolid en 1886. Parece ser que no ejerció la Medicina. Se conoció donde residió, pero pocos datos más de su existencia. Y por otro lado señalar que la primera oftalmóloga española fue Trinidad Arroyo Villaverde, Licenciada en Valladolid en 1895 y Doctorada en 1896. Podríamos mencionar, un gran número de relevantes alumnos que salieron formados como licenciados o graduados de la Facultad de Medicina vallisoletana y que posteriormente ejercieron gran influencia en el mundo de la Medicina, aunque sería complicado poder realizar una justa selección.

La Tuna de Medicina es una agrupación musical ligada al mundo estudiantil, con un origen e historia más que curiosa, que ha tenido su apogeo en el siglo XX. La Facultad de Medicina tuvo durante muchas décadas una propia, formada con numerosos integrantes y que mostraron gran actividad. En el momento actual, estos grupos están viviendo cierta decadencia que ha hecho disminuir el número, los integrantes y también la actividad. La de Medicina de Valladolid desapareció hace años y no se ha vuelto a constituir.



Clase en el Anfiteatro Pequeño de Anatomía, antiguo Anfiteatro de autopsias 1989

La Facultad de Medicina, con más de seis siglos de historia, es la más antigua de España. Este centro docente ha sufrido numerosos avatares y acontecimientos con varias suspensiones de estudios, cierres temporales y las posteriores reaperturas. Ha sido y sigue siendo centro de referencia en la formación médica, y es posible que en el futuro se vea sometida a profundas transformaciones de acuerdo a los cambios que la propia sociedad a la que sirve, demande.

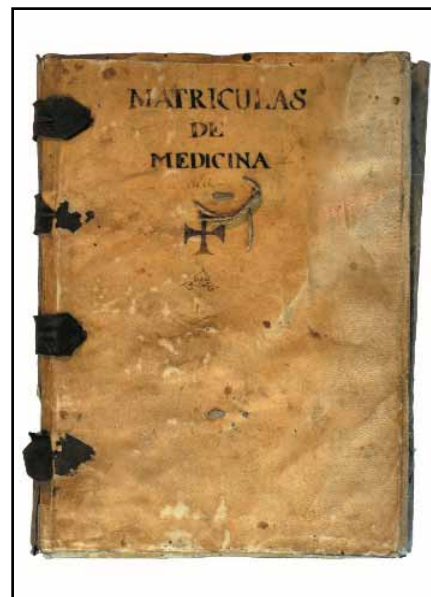
BIBLIOGRAFÍA

Riera Palmero J. Los estudios de Medicina y los Médicos en Valladolid (1404-2004). Acta Histórico Médica Vallisoletana LXV. Número extraordinario. Universidad de Valladolid. Valladolid 2004

Torremocha Hernández M. «La matriculación estudiantil durante el siglo XVIII en la Universidad de Valladolid», Investigaciones Históricas 1986; 6: 39-73.

Torremocha Hernández M. Fuero y delincuencia estudiantil en el Valladolid del siglo XVIII., en Mariano Peset Reig y Salvador Albiñana (coords.), Claustros y estudiantes, Valencia, Universidad de Valencia, 1989, vol. II: 365-391.

Torremocha Hernández T. La vida estudiantil en el Antiguo Régimen, Madrid, Ali-



Libro de Matrículas de Medicina

anza Editorial, edición publicada en 1998.

Vaquero C, García Sainz I, San Norberto E. Hospital Provincial y Clínico de Valladolid. Apuntes históricos. An Real Acad Med Cir Vall 2018; 55:181-195

Vaquero C, Del Río L, San Norberto E. Hospital General de la Resurrección de Valladolid. Rev Esp Inv Quir 2020;23,4:179-183

Vaquero C. Aspectos históricos de las sedes de la Facultad de Medicina de Valladolid. Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid 2020;2,2:24-30

Vaquero C. La Facultad de Medicina de Valladolid en los tiempos de la II República. Anals Real Acad Cir y Med Vall 2021;57:1-7

Vaquero C. La enseñanza de la medicina vallisoletana en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid. 2021;4,2:11-14

Vaquero C. La Tuna Universitaria. Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid. 2023;9: 43-44

Vaquero C. El Colegio Mayor Santa Cruz. Sus colegiales y la Universidad de Valladolid. Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid 2022: 12-15

Vaquero Puerta C. El Colegio de médicos de San Rafael de Valladolid. Axis. 2023;27-29

Sumisión química: un fenómeno creciente con implicaciones futuras profundas

Por el Dr. Luis Inglada Galiana, del Servicio de Medicina Interna del HURH

INTRODUCCIÓN

La sumisión química representa un fenómeno alarmante caracterizado por el uso no consensual de drogas o sustancias químicas para incapacitar a individuos, afectando su habilidad para resistir agresiones o recordar eventos. Este término comúnmente se asocia con delitos como asaltos sexuales o robos, donde los perpetradores emplean estas sustancias para someter a sus víctimas. La gravedad de la sumisión química radica en su impacto devastador: no solo viola la autonomía y seguridad de las personas, sino que también plantea serios desafíos en términos de detección, enjuiciamiento legal y apoyo a las víctimas.

Evolución y Diversificación de las Sustancias Utilizadas

Históricamente, la sumisión química ha sido sinónimo de drogas como el flunitrazepam (Rohypnol) y el GHB (ácido gamma-hidroxibutírico). Sin embargo, el panorama ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Con los avances tecnológicos y la aparición de nuevas drogas sintéticas, el abanico de sustancias utilizadas se ha diversificado. Esto incluye desde fármacos prescritos

para otros fines hasta drogas sintéticas creadas para evadir las leyes y controles actuales. Muchas de estas nuevas sustancias son difíciles de detectar con métodos estándar, lo que aumenta la complejidad de los casos de sumisión química y presenta retos significativos para las autoridades y profesionales de la salud.

Necesidad de un Análisis Profundo y Actualizado

Ante este escenario cambiante, se hace imperativo realizar un análisis exhaustivo y actualizado de las sustancias utilizadas en la sumisión química. Se convierte en esencial comprender ya no solo sus efectos farmacológicos y toxicológicos, sino también cómo los cambios en las leyes, la disponibilidad de estas sustancias y las tendencias sociales influyen en su uso y abuso. Además, la investigación debe enfocarse en mejorar las técnicas de detección y desarrollar estrategias de prevención eficaces. Asimismo, es crucial abordar las necesidades de las víctimas, desde el tratamiento médico y psicológico hasta el apoyo legal y social, asegurando una respuesta integral y humanizada a este grave problema.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión detallada y actualizada de las sustancias utilizadas en la sumisión química, examinando sus propiedades, efectos y los desafíos asociados con su detección y manejo.

A través de una revisión de la literatura científica, análisis de casos y estudios recientes, se busca ofrecer una perspectiva amplia que contribuya al entendimiento y a la respuesta eficaz frente a esta problemática en constante evolución.

1. Depresores del Sistema Nervioso Central

Los depresores del sistema nervioso central ralentizan la función cerebral, resultando en sedación y relajación muscular. Su uso en la sumisión química es alarmantemente frecuente debido a su capacidad para incapacitar y desorientar a las víctimas, a menudo con poco o ningún recuerdo de los eventos. (Tabla 1)

- **Benzodiazepinas (por ejemplo, Rohypnol, Valium, Xanax):** Estos fármacos son altamente eficaces en inducir un estado de relajación y sedación. El Rohypnol, conocido como la "droga de la violación", es notorio por sus efectos amnésicos y su rápida eliminación del cuerpo, lo que dificulta su detección en pruebas toxicológicas.

- **GHB y Precusores (Gamma-Hidroxibutirato):** El GHB es una sustancia que puede inducir un estado de inconsciencia y amnesia. Su uso en la sumisión química es particularmente insidioso debido a su capacidad para disolverse rápidamente en líquidos y su sabor ligeramente salino, que puede pasar desapercibido en bebidas.





2. Estimulantes

Aunque menos comunes, los estimulantes también se usan en la sumisión química. Aumentan la energía, la atención y la euforia, pero en dosis altas pueden llevar a una pérdida de control y desorientación.

- **Anfetaminas y Metanfetaminas:** Estas sustancias pueden aumentar el estado de alerta y la energía, pero también pueden provocar una intensa confusión y comportamiento errático a dosis elevadas, lo que potencialmente puede ser aprovechado por un agresor.

- **MDMA (Éxtasis):** Conocido por aumentar la empatía, la sociabilidad y la sensación de bienestar, el MDMA puede hacer que las víctimas sean más confiadas y menos conscientes de su entorno, haciéndolas más vulnerables a la manipulación.

3. Alucinógenos

Los alucinógenos alteran la percepción, el pensamiento y las sensaciones. En el contexto de la sumisión química, pueden desorientar y confundir a las víctimas, haciéndolas más susceptibles a la manipulación y el control.

- **LSD (Ácido Lisérgico):** Aunque no es comúnmente asociado con la sumisión química, el LSD puede causar alteraciones sensoriales intensas y una desorientación significativa, lo que puede ser explotado en ciertos contextos.

- **Ketamina:** Originalmente utilizada como anestésico, la ketamina puede

inducir un estado disociativo, con efectos que incluyen inmovilidad y amnesia. Su potencial para incapacitar rápidamente a una persona la convierte en una opción frecuente para la sumisión química. Esta descripción extendida ofrece una visión más profunda y detallada de las categorías de sustancias utilizadas en la sumisión química, destacando no solo sus características y efectos, sino también su potencial de abuso y las implicaciones para la salud y la seguridad de las víctimas. Cada categoría representa desafíos únicos en términos de detección y prevención, así como en el tratamiento y apoyo a las víctimas. ¹⁻⁶

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS SUSTANCIAS EN LA SUMISIÓN QUÍMICA

Décadas de 1970 y 1980: Benzodiazepinas y Primeros Usos

Durante las décadas de 1970 y 1980, las benzodiazepinas, como el Valium (Diazepam), emergieron como las principales sustancias utilizadas en casos de sumisión química. Estos fármacos, prescritos comúnmente para tratar la ansiedad y el insomnio, se utilizaban por su capacidad para relajar y desinhibir a las personas, a menudo resultando en amnesia anterógrada.

Finales de 1980 y 1990: Auge del Rohypnol y el GHB

Hacia finales de la década de 1980 y durante los años 90, el Rohypnol (Flunitrazepam), una benzodiazepina más

potente, se hizo notoriamente conocido como la “droga de la violación”. Su uso en la sumisión química fue tan prevalente que condujo a reformas legales y cambios en la formulación del medicamento para hacer su presencia en bebidas más detectable. Paralelamente, el GHB (Ácido Gamma-Hidroxibutírico) ganó popularidad. Aunque inicialmente se utilizaba en entornos de clubes y fiestas por sus efectos eufóricos, pronto se hizo evidente su potencial de abuso en la sumisión química debido a su capacidad para incapacitar rápidamente a las personas.

Años 2000: Diversificación y Emergencia de Nuevas Drogas Sintéticas

En la década de 2000, se observó una diversificación en las sustancias utilizadas. La aparición de drogas sintéticas como la Ketamina, originalmente un anestésico veterinario, comenzó a ganar notoriedad. La Ketamina produce una sedación profunda y un estado disociativo, lo que la hizo atractiva para su uso en sumisiones químicas. El MDMA (Éxtasis), aunque más conocido por sus efectos estimulantes y empatógenos, también se ha utilizado en contextos de sumisión química. Su capacidad para disminuir las inhibiciones y aumentar la confianza en los demás puede hacer que las personas sean más vulnerables a la manipulación.

Siglo XXI: El Desafío Continuo de las Nuevas Sustancias Psicoactivas

En las últimas dos décadas, el desafío en la sumisión química ha sido la rápida

Sustancia	Características Farmacológicas	Farmacodinámica
GHB (Ácido Gamma-Hidroxibutírico)	Depresor del SNC, de acción rápida, induciendo sedación y amnesia.	Actúa sobre los receptores GABA, reduciendo la actividad neuronal.
Benzodiazepinas	Sedantes, relajantes musculares, producen amnesia anterógrada.	Potencian la acción del neurotransmisor GABA, causando efectos sedantes.
Ketamina	Anestésico disociativo, produce sedación y amnesia, puede causar inmovilización.	Bloquea los receptores NMDA, produciendo anestesia y efectos disociativos.
Rohypnol (Flunitrazepam)	Potente hipnótico, induce sedación profunda y amnesia anterógrada, efecto rápido.	Actúa como agonista en los receptores GABA, similar a otras benzodiazepinas, pero con mayor potencia.
MDMA (Éxtasis)	Estimulante y alucinógeno, aumenta la empatía y la sociabilidad, pero reduce las inhibiciones y la conciencia del riesgo.	Actúa aumentando la liberación y disminuyendo la recaptación de serotonina, norepinefrina y dopamina.

Tabla 1. Principales sustancias utilizadas en la sumisión química

evolución y la proliferación de nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Estas sustancias, que a menudo se diseñan para eludir las leyes existentes, varían en efectos y potencia, y representan un reto continuo para la detección y prevención. La facilidad de acceso a través de Internet y los mercados oscuros ha facilitado la disponibilidad de nuevas drogas, lo que requiere vigilancia y actualización constante en los métodos de detección y prevención. Esta cronología muestra cómo el panorama de la sumisión química ha evolucionado, destacando la necesidad de adaptarse continuamente a nuevas sustancias y métodos de abuso. La vigilancia constante y la investigación son esenciales para mantenerse al día con estas tendencias cambiantes y proteger a las potenciales víctimas.

ANÁLISIS DE TENDENCIAS RECIENTES EN LA SUMISIÓN QUÍMICA

1. Avances en la Síntesis de Sustancias

Los avances tecnológicos en la química y la farmacología han facilitado la síntesis y modificación de sustancias psicoactivas. Esto ha dado lugar a la aparición de nuevas drogas sintéticas, algunas de las cuales se utilizan en la sumisión química. Estas sustancias pueden ser diseñadas para evadir los controles legales y ser más difíciles de detectar en análisis toxicológicos estándar.

Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP): La proliferación de NSP, también conocidas como "drogas de diseño", representa un desafío significativo. Estas sustancias pueden tener efectos similares a las drogas tradicionales, pero con estructuras químicas distintas, lo que dificulta su regulación y detección.

Uso de Fármacos de Prescripción: Ha habido un aumento en el uso indebido de fármacos de prescripción como sedantes o hipnóticos en la sumisión química. Estos medicamentos son a menudo percibidos como más seguros o legítimos, a pesar de sus potenciales efectos incapacitantes.

2. Influencia de los Medios Digitales y las Redes Sociales

La información y la desinformación sobre drogas se difunden rápidamente a través

de Internet y las redes sociales. Esto ha cambiado la forma en que las personas obtienen información sobre sustancias, así como su disponibilidad.

Comercio en Línea y Mercados Oscuros: La venta de sustancias ilegales a través de plataformas en línea y mercados oscuros ha aumentado su accesibilidad. Las transacciones se realizan de forma anónima, lo que representa un reto para las autoridades.

Influencia de las Redes Sociales: Las redes sociales pueden influir en las percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de drogas. La glorificación o trivialización de ciertas sustancias en estos medios puede aumentar su uso en contextos de sumisión química.

3. Cambios en las Dinámicas Sociales y Patrones de Consumo

Los cambios en las normas sociales y los patrones de consumo de drogas también influyen en las tendencias de sumisión química.

Cambio en los Escenarios de Uso: Mientras que antes la sumisión química se asociaba principalmente con bares y discotecas, ahora se observa en una variedad de contextos, incluyendo encuentros privados y citas en línea.

Diversificación de las Víctimas: Las víctimas de sumisión química ya no se limitan a un grupo demográfico específico. Ha habido un aumento en la diversidad de víctimas, lo que sugiere una expansión en los métodos y motivos detrás de estos actos.

METODOLOGÍAS DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS EN LA SUMISIÓN QUÍMICA

1. Técnicas Analíticas Convencionales

Las técnicas analíticas convencionales siguen siendo fundamentales en la detección de sustancias utilizadas en la sumisión química. Estos métodos se basan en la identificación química y la cuantificación de sustancias en muestras biológicas.

Cromatografía de Gases (GC): Utilizada para separar y analizar compuestos volátiles. Es eficaz para detectar sustancias como solventes y algunas drogas sintéticas.

Cromatografía Líquida de Alta Eficiencia (HPLC): Adecuada para analizar una gama más amplia de sustancias, incluyendo drogas hidrosolubles y grandes biomoléculas.

Espectrometría de Masas (MS): Se combina a menudo con GC o HPLC para





proporcionar una identificación precisa de las sustancias a través de sus perfiles de masa.

2. Avances en Métodos de Detección

Con el surgimiento de nuevas sustancias psicoactivas, se han desarrollado métodos más avanzados para mejorar la detección y superar los desafíos presentados por la rápida metabolización y baja concentración de estas drogas en el organismo.

Técnicas de Espectrometría de Masas en Tándem (MS/MS): Permiten una mayor sensibilidad y especificidad, esenciales para identificar sustancias presentes en bajas concentraciones.

Detección de Metabolitos: Dado que muchas sustancias se metabolizan rápidamente en el cuerpo, la identificación de metabolitos específicos puede ser más eficaz para confirmar la exposición a una determinada droga.

Pruebas Inmunoensayos: Se utilizan para la detección rápida y en el lugar, aunque pueden ser menos específicas y susceptibles a falsos positivos o negativos.

3. Desafíos y Futuras Direcciones

La detección de sustancias en la sumisión química enfrenta varios desafíos,

incluyendo la rápida metabolización de las drogas, la variedad de sustancias y sus mezclas, y la necesidad de métodos de detección rápidos y precisos.

Desarrollo de Kits de Detección Rápida: La investigación se enfoca en desarrollar kits de prueba que puedan utilizarse in situ, como en bares o en centros de atención médica, para una detección rápida y eficaz.

Mejoras en Sensibilidad y Especificidad: Continuar mejorando la sensibilidad y especificidad de los métodos de detección es crucial, especialmente con la aparición de nuevas sustancias sintéticas.

Integración de Datos y Inteligencia Artificial: La integración de grandes bases de datos y el uso de inteligencia artificial pueden facilitar la identificación de patrones y la detección rápida de nuevas sustancias emergentes en el campo.

Resumen Principales del Análisis de Sumisión Química

1. Diversidad y Evolución de Sustancias Utilizadas

Hemos identificado una amplia gama de sustancias que se utilizan en la sumisión química, incluyendo depresores del sistema nervioso central, estimulantes y alucinógenos. La evolución constante de

estas sustancias, particularmente con el surgimiento de drogas sintéticas y el uso indebido de medicamentos recetados, presenta desafíos significativos tanto para su detección como para su regulación legal.

2. Impacto de los Avances Tecnológicos y Cambios Sociales

Los avances tecnológicos en la síntesis de drogas y la facilidad de acceso a través de medios digitales han cambiado el panorama de la sumisión química. Además, los cambios en los patrones de consumo y las dinámicas sociales han llevado a una diversificación en los contextos y víctimas de estos actos.

3. Desafíos en la Detección y Necesidad de Métodos Mejorados

A pesar de los avances en las técnicas analíticas, la detección de sustancias utilizadas en la sumisión química sigue siendo compleja, debido a la rápida metabolización de estas drogas y a la aparición de nuevas sustancias. Existe una necesidad crítica de desarrollar métodos de detección más rápidos, sensibles y específicos, así como de mejorar los enfoques para la identificación de sustancias emergentes.

4. Importancia de un Enfoque Multidisciplinario

Este análisis subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario en la respuesta a la sumisión química, que involucre no solo avances en toxicología y medicina forense, sino también en políticas públicas, educación y apoyo a las víctimas. La colaboración entre sectores es crucial para desarrollar estrategias eficaces de prevención, detección y tratamiento.

5. Implicaciones para la Salud Pública y la Seguridad

La sumisión química no solo representa un desafío para la salud individual de las víctimas, sino que también es un problema significativo de salud pública y seguridad. Las implicaciones van más allá de la toxicología y la medicina, afectando a la sociedad en general, por lo que se requieren respuestas coordinadas y efectivas a nivel local, nacional e internacional.⁷⁻¹²

IMPACTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

Trauma y Estrés Post-Traumático: Las víctimas de sumisión química a menudo experimentan síntomas de trauma y trastorno de estrés post-traumático (TEPT). Esto puede incluir pesadillas, flashbacks, evitación de recordatorios del evento, y una hiper-vigilancia constante.

Problemas de Confianza y Relaciones: La naturaleza traumática de la sumisión química puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales. Las víctimas pueden desarrollar desconfianza hacia los demás, lo que afecta sus relaciones personales y sociales.

Cuestiones de Autonomía y Control: La experiencia de perder el control sobre su cuerpo y mente puede tener efectos a largo plazo en la percepción de la propia autonomía y capacidad para controlar aspectos de su vida.

ENFOQUES EN EL TRATAMIENTO

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Utilizada para tratar el TEPT y otros efectos del trauma. La TCC ayuda a las víctimas a comprender y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que resultan del trauma.

Terapia de Exposición: Puede ser efectiva para tratar los síntomas de TEPT. Implica exponer gradualmente a la persona a los recuerdos y emociones relacionados con el trauma en un entorno seguro y controlado.

Apoyo Psicosocial y Grupos de Apoyo: Proporcionar un entorno de apoyo donde las víctimas pueden compartir sus experiencias y estrategias de afrontamiento. Los grupos de apoyo pueden ser particularmente útiles para reducir la sensación de aislamiento.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Concientización sobre la Sumisión Química: Educación pública sobre los riesgos y las señales de advertencia de la sumisión química, así como estrategias para protegerse.

Formación de Profesionales de la Salud: Capacitar a médicos, enfermeras y

otros profesionales de la salud para que reconozcan los signos de sumisión química y proporcionen atención y referencias adecuadas.

Colaboración con Autoridades y Organizaciones: Trabajar en conjunto con las autoridades legales y organizaciones de apoyo a víctimas para crear un enfoque integral que abarque tanto el tratamiento como la prevención.

EXAMEN MÉDICO Y TOXICOLÓGICO

Evaluación Clínica de las Víctimas: Realizar un examen físico completo y detallado de las víctimas para identificar signos de sumisión química, como la presencia de sustancias desconocidas en el cuerpo o lesiones relacionadas con una posible agresión.

Recopilación y Análisis de Muestras: Tomar muestras biológicas (sangre, orina, cabello) para pruebas toxicológicas. Estas muestras pueden proporcionar evidencia crítica de la presencia de drogas o sustancias químicas utilizadas para incapacitar a la víctima.

Interpretación de Resultados Toxicológicos: Analizar e interpretar los resultados de las pruebas toxicológicas para determinar qué sustancias fueron utilizadas, en qué cantidad y cómo pudieron haber afectado a la víctima.

COLABORACIÓN EN INVESTIGACIONES LEGALES

Asesoramiento a Autoridades Judiciales: Proveer evidencia experta en casos

legales relacionados con la sumisión química, explicando los hallazgos médicos y toxicológicos y su relevancia en el contexto del caso.

Elaboración de Informes Forenses: Redactar informes detallados que pueden ser utilizados en procesos legales, asegurando que la información sea clara, precisa y basada en evidencia científica sólida.

Testimonio en procesos judiciales: Actuar como testigo experto en juicios, explicando los hallazgos forenses a jueces y jurados, y respondiendo a preguntas de abogados defensores y fiscales.

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Investigación en Toxicología Forense: Participar en la investigación para mejorar las técnicas de detección y análisis de sustancias utilizadas en la sumisión química.

Desarrollo de Protocolos Médico-Legales: Colaborar en la creación y actualización de protocolos para la evaluación y manejo de casos de sumisión química, garantizando que las prácticas sean actuales y efectivas.

Educación y Capacitación: Impartir formación a otros profesionales de la salud y a las fuerzas del orden sobre cómo reconocer y manejar casos de sumisión química.

Desde la perspectiva de un médico forense, el enfoque es integral, combinando habilidades médicas y toxicológicas



con un entendimiento profundo de los aspectos legales involucrados en los casos de sumisión química. Este enfoque no solo es vital para proporcionar justicia a las víctimas, sino también para mejorar las prácticas y protocolos en la respuesta a estos incidentes.¹³⁻¹⁵

INVESTIGACIONES FUTURAS EN SUMISIÓN QUÍMICA: recomendaciones

1. Avances en Técnicas de Detección

Desarrollo de Métodos de Detección Rápidos y Portátiles: Investigar el desarrollo de kits de prueba rápidos y accesibles que puedan utilizarse en lugares como bares o en contextos de atención médica de emergencia.

Mejora en la Sensibilidad y Especificidad: Trabajar en la mejora de la sensibilidad y especificidad de las pruebas toxicológicas, especialmente para sustancias de rápida metabolización y nuevas drogas sintéticas.

2. Estudios Epidemiológicos Detallados

Investigación de Factores de Riesgo y Perfiles de Víctimas: Realizar estudios epidemiológicos que exploren en profundidad los factores de riesgo demográficos y sociales, así como los perfiles de las víctimas de sumisión química.

Análisis de Tendencias Geográficas y Temporales: Examinar cómo las incidencias de sumisión química varían geográfica y temporalmente, identificando posibles patrones o correlaciones.

3. Impactos Psicológicos y de Salud a Largo Plazo

Estudios Longitudinales sobre Efectos Psicológicos: Investigar los efectos psicológicos y emocionales a largo plazo en las víctimas de sumisión química, incluyendo el desarrollo de trastornos como el TEPT.

Análisis de Consecuencias para la Salud Física: Examinar las posibles repercusiones a largo plazo en la salud física de las víctimas, especialmente en casos de exposición repetida o combinación de sustancias.

4. Prevención y Educación

Evaluación de Estrategias de Prevención Actuales: Investigar la efectividad de las estrategias de prevención actuales y desarrollar enfoques innovadores basados en la evidencia reciente.

Programas de Concientización y Educación: Estudiar la efectividad de diferentes programas de educación y concienciación para diversos grupos demográficos y contextos.

5. Políticas Públicas y Respuesta Legal

Análisis de la Legislación y Respuestas Legales: Evaluar la efectividad de la legislación actual y las respuestas legales a la sumisión química, proponiendo mejoras basadas en hallazgos recientes.

Desarrollo de Protocolos de Respuesta Multidisciplinarios: Investigar cómo los enfoques multidisciplinarios, que involucran a médicos, psicólogos, fuerzas del orden y trabajadores sociales, pueden mejorar la respuesta a estos incidentes.

6. Nuevas Sustancias y Tendencias Emergentes

Vigilancia de Nuevas Sustancias Psicoactivas: Mantener una vigilancia activa de las nuevas sustancias psicoactivas que emergen en el mercado y su potencial uso en la sumisión química.

Estudio de Tendencias Emergentes en el Consumo de Drogas: Investigar cómo las tendencias emergentes en el consumo de drogas pueden influir en los patrones de sumisión química.

ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE CASOS DE SUMISIÓN QUÍMICA

1. Evaluación Inmediata y Asistencia Médica

- Garantizar la Seguridad y el Confort de la Víctima: Lo primero es asegurarse de que la persona esté en un lugar seguro y se sienta cómoda. Si está en un lugar público, trasladarla a un área tranquila y segura.

- Evaluación Médica Rápida: Realizar una evaluación médica inicial para



determinar si la persona necesita atención médica urgente. Esto incluye comprobar su nivel de conciencia, signos vitales y cualquier síntoma visible de intoxicación o lesión.

2. Traslado a una Instalación Médica

Atención Hospitalaria: Si se sospecha sumisión química, es vital trasladar a la persona a un hospital o centro de salud lo antes posible para un examen más completo y la administración de cualquier tratamiento necesario.

Preservación de Evidencia: Aconsejar a la víctima que evite bañarse, ducharse, cambiar de ropa o comer y beber, si es posible, para preservar la evidencia.

3. Recopilación de Muestras y Pruebas Toxicológicas

Toma de Muestras Biológicas: En el hospital, se deben tomar muestras de sangre, orina y, si es relevante, de cabello para análisis toxicológicos.

Documentación de Hallazgos Clínicos: Registrar cualquier hallazgo clínico durante el examen médico, incluyendo lesiones físicas, estado mental y cualquier declaración hecha por la víctima sobre el incidente.

4. Soporte Psicológico y Emocional

Asistencia Psicológica Inmediata: Proporcionar apoyo emocional y psicológico a la víctima es esencial. Esto puede incluir la presencia de un consejero o psicólogo en el hospital.

Referencias para Apoyo a Largo Plazo: Ofrecer información sobre recursos y apoyo disponibles, incluyendo grupos de apoyo y terapia psicológica.

5. Consideraciones Legales y Reporte a las Autoridades

Informar a las Fuerzas del Orden: En muchos casos, es importante informar a la policía, especialmente si hay indicios de un delito.

Asesoramiento Legal: Considerar la posibilidad de proporcionar o recomendar asesoramiento legal a la víctima, especialmente en casos donde hay implicaciones legales claras.

6. Seguimiento y Cuidado Continuo

Seguimiento Médico: Programar citas de seguimiento para monitorizar cualquier efecto tardío de las sustancias y abordar problemas de salud física o mental que puedan surgir.

Apoyo Continuo: Mantener una línea de comunicación abierta con la víctima para ofrecer apoyo continuado o referencias adicionales según sea necesario.¹⁶⁻²⁰

CONCLUSIONES

Estas tendencias recientes indican un paisaje cambiante en la sumisión química, influenciado por la innovación tecnológica, los cambios sociales y la evolución de los patrones de consumo. Entender estas tendencias es crucial para desarrollar estrategias efectivas de prevención, detección y tratamiento, así como para formular políticas públicas adecuadas que aborden este problema creciente y complejo

Bibliografía

1-García, M.G., Pérez-Cárceles, M.D., Osuna, E., Legaz, I. Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries: Criminal social behaviors associated with drug use. Journal

of Forensic and Legal Medicine 2021 ,79,102151

2-Prego-Meleiro, P., Quintela-Jorge, Ó., Montalvo, G., García-Ruiz, C. Multi-target methodology for the screening of blood specimens in drug-facilitated sexual assault cases. Microchemical Journal, 2019 ,150,104204

3-Folgar, M.I., Taboada, C.S., Boubeta, A.R., Alías, A., Mccartan, K. Drug-facilitated sexual assault and chemical submission Psychology, Society and Education 2019,9(2); 263-282

4-Isorna, M., Rial, A Drug facilitated sexual assault and chemical submission Health and Addictions, 2015 15(2); 137-150

5-Kkan, J, Kennedy Y, Christian D cap 7 Chemical Screening en Basic Principles of Forensic Chemistry 1ª ed, Ed Humana Press Madrid 2011, 54-64

6-Kkan, J, Kennedy Y, Christian D cap 17 en Basic Principles of Forensic Chemistry 1ª ed, Ed Humana Press 17 Miscellaneous controlledsubstances Madrid 2011, 318-24

7-Kkan, J, Kennedy Y, Christian D cap 18 Clandestine operations en Basic Principles of Forensic Chemistry 1ª ed, Ed Humana Press Madrid 2011, 325-42

8-Goullé, J.-P., Sausseureau, É., Guerbet, M., Lacroix, C Drug-facilitated crime: A public health problem? soumission chimique: Un problème de santé publique? Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine 2010 ,194(2); 415-430

9-Karila, L., Novarin, J., Megarbane, B., Lowenstein, W., Reynaud, M.Gamma-hydroxybutyric acid (GHB): more than a date rape drug, a potentially addictive drug Presse Medicale 2010 38(10);. 1526-1538

10-Angelines Cruz-Landeira 1, Oscar Quintela-Jorge, Manuel López-Rivadulla Chemical submission, epidemiology and some clues for the diagnosis Med Clin (Barc) . 2008 Dec 6;131(20):783-9

11- Cruz-Landeira, A., Quintela-Jorge, O., López-Rivadulla, M. Chemical submission, epidemiology and some clues for the diagnosis. Medicina Clinica 2008 131(20); 783-789

12- Hall, J.A., Moore, C.B.T. Drug facilitated sexual assault - A review Journal of Forensic and Legal Medicine 2008 ,15(5); 291-297

13- Kintz, P. Bioanalytical procedures for detection of chemical agents in hair in the case of drug-facilitated crimes Analytical and Bioanalytical Chemistry 2007 ,388(7);1467-1474

14- BrahamsD. Benzodiazepines sedation and allegations of sexual assault. Lancet . 1989 Jun 10;1(8650):1339-40

15- HezeM. et al. Toxicological findings in cases of alleged drugfacilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period J Clin Forensic Med 2005 Aug;12(4):175-86. J

16- Marjorie Chèze 1, Gaëlle Duffort, Marc Deveaux, Gilbert Pépin Hair analysis by liquid chromatography-tandem mass spectrometry in toxicological investigation of drug-facilitated crimes: report of 128 cases over the period June 2003-May 2004 in metropolitan Paris. Forensic Sci Int . 2005 Oct 4;153(1):3-10

17-H J Weingartner, M J Eckardt, D W Hommer, W Mendelson, O M Wolkowitz Specificity of memory impairment with triazolam use Lancet . 1991 Oct 5;338(8771):883-4.

18- T Ohshima 1 A case of drug-facilitated sexual assault by the use of flunitrazepam. J Clin Forensic Med 2006 Jan;13(1):44-5

19- M G García , M D Pérez-Cárceles , E Osuna 1, I Legaz Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries: Criminal social behaviors associated with drug use J Forensic Leg Med . 2021 Apr;79:102151.

20- Ricardo Jorge Dinis-Oliveira 1, Teresa Magalhães Forensic toxicology in drug-facilitated sexual assault Toxicol Mech Methods . 2013 Sep;23(7):471-8.





Protección

PORQUE
Somos
Sanitarios

Ama Vida
Seguros de vida para
profesionales sanitarios

Una compañía de **A.M.A.**
Grupo

El seguro de vida diseñado para **proteger** y **cuidar**
al **profesional sanitario** y a su **familia**

A.M.A. VALLADOLID

Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 99 valladolid@amaseguros.com



913 43 47 01 / 983 35 78 99

www.amavidaseguros.com



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

