

MADRIDMÉDICO1^o

#SomosMedicos

Nº 198



ALTO IMPACTO

ANDROMEDA Por qué tratar igual a todos los pacientes con shock séptico no funciona

Leonel Díaz González... y John J. Molina Torres...
"No solo vinieron: se quedaron y hoy lideran"

LA MEDICINA EN PAUSA

Homologación de los médicos iberoamericanos:
el tapón que nadie ve

ENTREVISTA

El talento no tiene fronteras". Dr. Luis Esparragoza, del Amazonas al Gregorio Marañón

REPORTAJE

"Cuando llegó la homologación, el trabajo apareció. Lo que no volvió fue el tiempo perdido."

VERSUS

¿Basta con aplicar la ley actual de homologaciones para resolver la falta de médicos?

Dirección

Calle Santa Isabel , 51 28012
Madrid

Contacto

 915 385 164

 comunicacion@icomem.es

www.icomem.es



MADRIDMÉDICO1º

1 DE MARZO DE 2026

Director:

Manuel Martínez-Sellés

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos publicados en este ejemplar sin autorización expresa del boletín: comunicacion@icomem.es Las opiniones vertidas en los artículos publicados son responsabilidad exclusiva del autor y no necesariamente representan la opinión del ICOMEM.

Boletín Primero Medicina © 2024 by Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid is licensed under Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International


CC BY-NC-SA 4.0 DEED

SUMARIO

| **EDITORIAL Pág 3** — “Lo que esperaban... y lo que encontraron” | **FONENDO Pág 5** — De Iberoamérica a Madrid | **ACTUALIDAD COLEGIAL Págs 6-7** Homenaje a Dr. Jesús Saldaña. Debate proyecto de Ley Antitabaco. | **ALTO IMPACTO Págs 8-10** — ANDROMEDA-SHOCK2 Por qué tratar igual a todos los pacientes de shock séptico no funciona. | **VERSUS Págs 12-15** — ¿Basta con aplicar la Ley de homologaciones para resolver la falta de médicos? | **ABORDAJE INTEGRAL Págs 16-17** — Tratamiento de los análisis clínicos | **REPORTAJE Págs. 18-19** — La medicina en pausa | **REPORTAJE Radiografía del proceso de homologación y reconocimiento profesional en España** | **REPORTAJE Págs. 20-21** — La presión del paso del tiempo | **REPORTAJE Págs. 22-23** — Asociación de Médicos Cubanos “La homologación debe ser una decisión estratégica para la sanidad española” | **REPORTAJE Págs. 24-25** — Asociación de Médicos Colombianos “La ley no es el problema; el problema es no cumplirla” | **REPORTAJE Págs. 26-27** — Asociación de Médicos Ecuatorianos | **REPORTAJE Págs. 28-29** — Asociación de Médicos Venezolanos “El sistema nos necesita, pero el procedimiento no termina de reconocerlos” | **REPORTAJE Págs. 30-31** — Asociación de Profesionales de la Salud Argentinos Argentina: problemas con el modelo formativo. | **REPORTAJE Págs. 32-33** Historias de esperas para ejercer. | **REPORTAJE Págs. 34-36** No solo vinieron y se quedaron, hoy lideran. | **REPORTAJE Págs. 38-39** Dos orillas del mismo idioma: el reto de hablar medicina en español. | **MEDICINA PERSONAL Págs 40-42** .“Aunque el sistema no espere, nuestros hijos sí! | **ANÉCDOTA. Pág 44.** El parto que me devolvió la confianza. **ESPACIO SENIOR. Pág 45** Programación marzo, abril y mayo. | **ENTRE DOS MUNDOS Pág 46-47** La adicción nunca viene sola. | **LATIDOS SOLIDARIOS. Págs 48-51.** Medicina intensiva sin fronteras. | **REPORTAJE. Págs 52-53** Muerte intrauterina. | **CONSULTORIO DE MEDICINA DEPORTIVA. Págs. 54-55** La osteopenia. | **TRIBUNA EN EL CORAZÓN DE LA MEDICINA. Págs 56-57** El embrión preimplantatorio. | **MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA Pág 58-59** —ANNAPURNA, cuando la medicina también suena. | **SALA DE ESPERA Págs. 62-65** | **IN MEMORIAM Págs. 66-69** —Luis Valenciano, Dr. Mario Cazzaniga Bullón, María de los Ángeles Ceballos Hernansanz | **EL RINCÓN DEL RESIDENTE. Págs 70-71** La realidad del residente iberoamericano. | **QUIZMIR Págs 72-73.** | **ENSAYO Págs 74-75** La generación bisagra ante el reto del INIR. | **FORMACIÓN CONTINUA AFAM. Págs 76-77.** | **LO QUE NOS LLEGA DE OTROS COLEGIOS. Págs 78-79** RICOMS. | **LOS PACIENTES DEL PRA.DO. Págs 80-81** Fernando VII con manto Real Goya | **LA ENTREVISTA Págs. 82-83** LUIS ESPARRAGOZA, jefe de sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Gregorio Marañón



Lo que esperaban... *lo que encontraron*

Cuando un médico iberoamericano decide venir a Madrid, lo hace con muchas certezas bajo el brazo. Un título, años de experiencia, historias que lo avalan. Pero también trae algo más difícil de sostener: esperanza. Esperanza de encontrar un lugar donde ejercer su profesión con dignidad. De que su vocación tenga espacio. De que, por fin, alguien le diga: “sí, aquí puedes”.

Madrid, en muchos casos, aparece como una promesa. Una ciudad abierta, una puerta a Europa, una comunidad sanitaria necesitada de manos. Y por eso llegan. Porque confían en que aquí, al hablar el mismo idioma y compartir raíces culturales, todo será un poco más fácil. Que el sistema sabrá reconocer el valor de quien ya ha pasado noches en vela, quirófanos abarrotados y consultas sin tregua.

Pero el aterrizaje, muchas veces, es abrupto. La homologación tarda. La plaza no llega. El MIR se convierte en un nuevo muro. Y mientras tanto, toca vivir en pausa: haciendo guardias donde se puede, estudiando de nuevo lo que ya se ejerció, esperando una firma, un papel, un turno.

Y no es que no haya trabajo. Lo hay. Pero muchas veces no hay sitio para ellos... hasta que se agotan todas las otras opciones.

Lo que venía a ser un camino profesional se convierte en una carrera de obstáculos. Y lo que se suponía un proceso de integración, a veces parece una prueba de resistencia.

Sin embargo, siguen. Porque la vocación no se

cancela por decreto. Porque en cada turno, en cada hospital, siguen demostrando lo que valen. Porque si algo traen, además de títulos, es coraje.

Y tal vez eso es lo que más debería hacernos pensar: ¿por qué alguien con esa experiencia, esa formación y esa entrega tiene que empezar desde cero? ¿Por qué exigimos tanto para reconocer lo evidente?

Esta revista abre un espacio para esa pregunta. Porque no se trata solo de contar historias duras —aunque las haya—, sino de mirar con honestidad al sistema que las permite. De preguntarnos si no estamos, sin querer, levantando muros donde deberíamos tender puentes.

Madrid no puede seguir tratando como temporales a quienes ya son parte esencial de sus equipos médicos. No puede exigir lo máximo y ofrecer lo mínimo. No puede seguir esperando que sea la vocación la que tape las grietas estructurales.

Lo que esperaban muchos médicos iberoamericanos al llegar a esta ciudad era una oportunidad. Lo que encontraron, en demasiados casos, fue un desafío mayor de lo que imaginaban. Lo mínimo que podemos ofrecerles ahora es algo de verdad: reconocimiento, dignidad y condiciones a la altura de lo que ya hacen cada día. Y, sobre todo, dejar de mirarlos como quienes “vienen a ayudar”, y empezar a verles como lo que son: compañeros. Profesionales. Parte de nosotros.

1/6

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

Banco Santander está adscrito al Fondo de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. Para depósitos en dinero el importe máximo garantizado es de 100.000 euros por depositante en cada entidad de crédito.



En el Santander os tenemos en cuenta.

Por ello, tenemos una cuenta que se adapta a ti: la **Cuenta Corriente Colectivos del Santander**, sin comisión de administración ni mantenimiento de la cuenta¹, sin comisión por transferencias en euros, nacionales y UE realizadas por internet, banca móvil o cajeros.

No aplica a urgentes e inmediatas, y con las tarjetas*:

- **Tarjeta Débito Santander**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€
- **Tarjeta Crédito Santander²**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€

También tenemos una **oferta preferente de financiación** para ti.

Infórmate en el **915 123 123** o en nuestras oficinas.

1. Cuenta no remunerada. TIN 0% **TAE 0%**. Para un supuesto de que se mantenga de forma constante durante 1 año un saldo diario de 7.000€, aplicando un tipo de interés nominal anual de 0% y una comisión de mantenimiento de 0€. 2. Concesión de la tarjeta sujeta a previa aprobación del Banco. Esta tarjeta permite el pago aplazado. Ten en cuenta que, si eliges una cuota demasiado baja, tu deuda puede alargarse en el tiempo más de lo previsto, ya que la cuota mensual se destinará en primer lugar al pago de intereses y comisiones y en una cantidad menor a la amortización del capital. Recuerda usar tu tarjeta de crédito de forma responsable. El uso abusivo de financiación implica un riesgo de sobreendeudamiento con consecuencias a largo plazo que pueden afectar a tu planificación financiera.

*Consulta resto de condiciones en tu oficina más cercana.

De Iberoamérica a Madrid



Manuel Martínez-Sellés,
presidente del ICOMEM

De nuestros casi 55 mil colegiados ya son en torno a ocho mil los médicos iberoamericanos nacidos fuera de España. La verdad es que tal vez debería escribir somos, ya que yo nací en Lisboa. Aunque esta cifra supone un 15% de la colegiación, al estar la gran mayoría en activo, si quitamos médicos jubilados, el porcentaje supera ya el 20%. La contribución de estos compañeros es esencial para nuestro sistema sanitario. Madrid se ha consolidado en las últimas décadas como uno de los principales polos de atracción para médicos procedentes de Iberoamérica. Su presencia no solo responde a dinámicas migratorias globales, sino también a las características del sistema sanitario madrileño, con fuerte implementación de plazas de formación MIR, vuelos directos a países de origen, hospitales universitarios punteros, una medicina privada pujante y una extensa red de atención primaria. Creo que hemos encontrado en estos compañeros una fuente imprescindible de talento, compromiso y diversidad cultural. Su llegada no es un fenómeno reciente, pero el aumento en los últimos años ha sido notorio. De países como Venezuela y Cuba ya tenemos más de mil colegiados y entre quinientos y mil de Argentina, Colombia, Ecuador y Perú. En mi experiencia, uno de los rasgos más relevantes del médico iberoamericano es su sólida formación de base y su visión global del paciente. No obstante, su proceso de incorporación a nuestro sistema sanitario no está exento de dificultades. Las homologaciones suponen, en la mayoría de casos, largos periodos de espera e incertidumbre. A pesar de ello, miles de médicos iberoamericanos perseveran, conscientes de que la estabilidad profesional y las oportunidades de desarrollo compensan los obstáculos iniciales. Avanzar hacia políticas más ágiles, justas, rigurosas y transparentes de homologación no solo beneficiará a estos médicos, sino que fortalecerá el conjunto del sistema. Los médicos iberoamericana-

nos que trabajan en Madrid representan mucho más que un recurso humano necesario. Son un puente entre continentes y una muestra de cómo el conocimiento médico trasciende fronteras. Y es bueno recordar que en el siglo XX varios médicos madrileños consolidaron su formación o desarrollaron gran parte de su carrera en Iberoamérica, especialmente en México y Argentina. Por poner tres ejemplos: Juan Cuatrecasas, doctorado en Madrid, fue catedrático de Patología general en Bolivia; Manuel Márquez Rodríguez, catedrático de Oftalmología y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid acabó presidiendo el Ateneo Ramón y Cajal en México; y José Puche, doctorado en Madrid, dirigió el Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estos intercambios, aunque a veces marcados por la tragedia y las dificultades, fortalecen los lazos científicos entre España e Iberoamérica. Y eso es cierto independientemente de la dirección del flujo y del siglo. Reconocer la aportación de estos compañeros, visibilizar su trabajo y mejorar sus condiciones profesionales no es solo una cuestión de justicia, sino una inversión estratégica en la calidad asistencial, que es lo que tenemos que defender y defendemos desde el Colegio.



Homenaje póstumo al Dr. Jesús Saldaña

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, presidió en el Gran Anfiteatro del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) el homenaje póstumo al Dr. Jesús Saldaña, en un acto que reunió a familiares, compañeros y representantes de instituciones sanitarias y profesionales.

Organizado por Médicos Unidos por nuestros Derechos (MUD) en colaboración con el ICOMEM, el encuentro sirvió para rendir tributo a la figura del Dr. Saldaña y acompañar a su familia. Durante el homenaje se anunció, además, que el Dr. Saldaña ha sido nombrado primer socio de honor de MUD, un reconocimiento que subrayó la huella profesional y humana que dejó entre sus compañeros.

El Dr. Javier Martín, vicesecretario del ICOMEM, actuó como maestro de ceremonias de un acto en el que intervinieron también Javier Cobas, subdirector médico del Hospital Universitario La Paz, así como representantes de MUD y de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Por parte de MUD intervino su vicepresidente, Luis Aguilar, con la asistencia de su presidente, Enrique Alfonso Muñoz. Por parte de la SEC participó su presidenta electa, Almudena Castro Conde, con la presencia de su presidente, Ignacio Fernández Lozano. El homenaje contó

asimismo con la participación del Coro del ICOMEM a lo largo de la ceremonia.

La SEC anuncia los "Premios Jesús Saldaña"

Uno de los momentos centrales del acto fue el anuncio, en primicia, por parte de la Sociedad Española de Cardiología, de la creación de los "Premios Jesús Saldaña al mejor artículo publicado por un residente de cardiología en una revista del área cardiovascular". La iniciativa busca impulsar la actividad investigadora y la publicación científica entre residentes de cardiología de hospitales españoles.

La convocatoria se abrirá próximamente y contará con una dotación total de 5.000 euros, repartidos en dos categorías: un primer premio de 3.000 euros para un artículo publicado en Revista Española de Cardiología, y un segundo premio de 2.000 euros para trabajos publicados en revistas del área cardiovascular indexadas en PubMed/MEDLINE, Embase, Web of Science o Scopus.

ICOMEM prevé poner a disposición de los colegiados la grabación completa del acto, para facilitar su seguimiento a quienes no pudieron asistir.



No basta con prohibir: claves de la nueva ley antitabaco

La sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) acogió una nueva edición de los **Grayling Policy Talks**, centrada en el análisis del anteproyecto de ley antitabaco y su impacto sanitario, social y regulatorio. La mesa redonda, titulada **"Hacia una España sin Humo"**, reunió a representantes institucionales, expertos en salud pública, sociedad civil y sector privado.

El encuentro, moderado por Javier Corrales Ciganda, director de Asuntos Públicos de Grayling, puso el foco en la necesidad de actualizar el marco normativo español para responder a las nuevas realidades de consumo, proteger a menores y colectivos vulnerables, y avanzar hacia el objetivo de una **generación libre de tabaco en 2030**.

Durante la sesión, el presidente del ICOMEM, Dr. Manuel Martínez-Sellés, defendió una regulación ambiciosa y con respaldo asistencial. *"La mejor forma para combatir el tabaco es impedir que la gente se siga sumando a esta adicción"*, afirmó. Y añadió una reflexión de futuro: *"Estoy convencido de que, en 30 años, en España no se podrá fumar en la calle. La duda es si vamos a ser pioneros o vamos a ir a la cola"*. En relación con el abordaje terapéutico, fue claro: *"La ley debe ser ambiciosa, y también debe financiar las ayudas farmacológicas que ya han demostrado un impacto real"*.

Por parte del Ministerio de Sanidad, Pedro Gullón Tosio, director general de Salud Pública, subrayó la importancia de que la futura norma incorpore en la cartera de servicios las

herramientas de cesación tabáquica avaladas por la evidencia científica, y defendió un enfoque integral que combine prevención, protección y acceso real al tratamiento.

El diputado Rafael Belmonte, miembro de la Comisión de Sanidad del Congreso por el Grupo Popular, trasladó su disposición al entendimiento parlamentario y calificó la renovación de la legislación antitabaco como una "prioridad compartida", en referencia a la necesidad de alcanzar consensos en una materia de alto impacto en salud pública.

Desde la sociedad civil, Raquel Fernández Megina, presidenta de Nofumadores.org y tesorera de la ENSP, insistió en que la protección de los jóvenes exige medidas adicionales y recordó que la "desglamorización" del tabaco mediante el empaquetado neutro y el aumento de precios siguen siendo asignaturas pendientes.

Por su parte, Luca De Martino, director de Asuntos Regulatorios de Kenvue Iberia, puso sobre la mesa modelos europeos de acceso a terapias para dejar de fumar. *"Necesitamos un plan ambicioso, pero también pragmático, que garantice que el acceso a las terapias sea real y equitativo, sin diferencias por nivel socioeconómico"*, señaló, tras exponer ejemplos como el modelo francés.

El debate dejó una idea común: ante una adicción que causa unas 50.000 muertes al año en España, la legislación debe combinar firmeza preventiva, consenso político y soluciones eficaces para ayudar a dejar de fumar.



ANDROMEDA-SHOCK-2

Por qué tratar igual a todos los pacientes con shock séptico no funciona

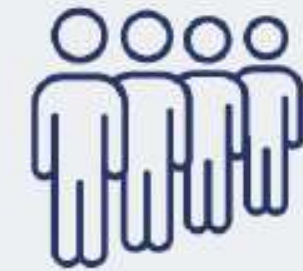
La sepsis continúa siendo una de las principales causas de mortalidad hospitalaria a nivel mundial, y el shock séptico su expresión más letal. Sin embargo, la medicina ha vivido esta historia en una especie de “avance rápido” lleno de frustraciones. Tras el éxito inicial del Early Goal-Directed Therapy en 2001, la comunidad científica atravesó un “desierto” de dos décadas de ensayos clínicos negativos (ProCESS, ARISE, ProMISe, CLOVERS, CLAS-SIC). Parecía que ninguna intervención lograba mover la aguja de la supervivencia frente al cuidado estándar.

Como diría Galileo en su susurro desafiante: “Eppur si muove” (“Y sin embargo, se mueve”). Los datos, cuando se buscan con la me-

todología adecuada, terminan hablando. La publicación en JAMA del estudio ANDROMEDA-SHOCK-2 supone un hito científico porque rompe esa tendencia de resultados nulos. Demuestra que el problema no era la reanimación en sí, sino la reanimación uniforme.

Es un orgullo destacar que este triunfo de la medicina de precisión “a pie de cama” proviene de la investigación independiente, sin financiación comercial, y con una participación española fundamental a través de la red de investigación de la SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor), integrada en la red mundial ANDROMEDA.

Resumen gráfico del estudio



MUESTRA

1.501 pacientes aleatorizados
1.467 pacientes analizados
720: estrategia CRT + PHR (tiempo de relleno capilar + reanimación hemodinámica personalizada)
747: atención habitual



+ 18 AÑOS CON
SHOCK SÉPTICO

Criterio combinado jerarquizado, **28 días**: mortalidad, duración del soporte vital y días de estancia hospitalaria.



86 LOCALIZACIONES
19 PAÍSES

Entrevistamos a **Fernando Ramasco Rueda**, jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) y vicepresidente de la Sección de Cuidados Intensivos de la SEDAR, que analiza el alcance clínico del estudio **ANDROMEDA-SHOCK-2** y su impacto directo en la práctica asistencial.

¿Qué problema clínico concreto intenta resolver el estudio ANDROMEDA-SHOCK-2 en el manejo del shock séptico temprano?

El shock séptico es una emergencia tiempo-dependiente con una mortalidad inaceptablemente alta. El problema fundamental que aborda este estudio es el fracaso del enfoque “talla única” (one-size-fits-all). Durante años, hemos oscilado entre credos: fluidos liberales vs. restrictivos, vasopresores precoces vs. tardíos. Todos estos grandes ensayos fallaron porque intentaban aplicar la misma receta a pacientes biológicamente distintos 1.

ANDROMEDA-SHOCK-2 abandona este “catecismo” de protocolos rígidos para abrazar el “cálculo” fisiológico. Intenta resolver la incertidumbre clínica mediante la personalización: identificar en qué paciente predomina una fisiología específica (hipovolemia, vasoplejía o fallo de bomba) para individualizar la respuesta, evitando tanto la hipoperfusión como la iatrogenia.

“El problema del shock séptico no era la reanimación, sino tratar a pacientes distintos como si fueran iguales.”

El relleno capilar es una maniobra clínica clásica. ¿Por qué decidieron convertirla en el eje de una estrategia de resucitación hemodinámica?

Porque necesitábamos una estrella guía que conectara la macrocirculación con la microcirculación. Mientras que la presión arterial o el lactato pueden tardar en reflejar la realidad o la recuperación, el tiempo de relleno capilar (CRT) es un marcador dinámico y accesible de la perfusión tisular.

Decidimos convertirlo en el eje porque permite aplicar un ciclo virtuoso de “observar, probar, intervenir y reevaluar”. El CRT actúa como un termómetro en tiempo real: nos dice cuándo nuestra intervención está funcionando y, crucialmente, cuándo debemos detenernos. Es la herramienta que nos permite pasar de la intuición a la evidencia a pie de cama.



“ANDROMEDA-SHOCK-2 demuestra que se puede mejorar la evolución clínica sin nuevas tecnologías ni fármacos”.

¿En qué se diferencia realmente la resucitación “personalizada” del estudio frente a los protocolos estándar que usamos en UCI y urgencias?

La diferencia radica en operacionalizar la heterogeneidad. En lugar de un protocolo ciego, la estrategia del estudio (CRT-PHR) se basa en la fisiología primero:

- 1.El objetivo: Normalizar el CRT. Si es normal, solo vigilamos (evitamos la toxicidad del tratamiento innecesario).
- 2.El fenotipo: Si es anormal, interrogamos señales simples. ¿Presión de pulso estrecha? Sugiere bajo volumen sistólico. ¿Presión diastólica baja? Sugiere vasoplejía.
- 3.La prueba: Antes de administrar fluidos, evaluamos la respuesta a volumen. Usamos “pruebas reversibles” (como un test de aumento de presión o dosis bajas de dobutamina) y solo las mantenemos si el CRT mejora.

Es “medicina de precisión hecha pragmática”: ajustamos cada variable (volumen, tono, contractilidad) basándonos en la respuesta del paciente, no en un manual rígido.

El estudio no se centra solo en la mortalidad. ¿Por qué es importante medir aspectos como los días de soporte vital o la duración del ingreso?

En la ciencia crítica moderna, la mortalidad no es el único árbitro del beneficio centrado en el paciente. Utilizamos un desenlace compuesto (Win Ratio) que prioriza la vida, pero también valora la calidad de la supervivencia.

El estudio demostró, con una probabilidad muy alta (superior al 98% en análisis bayesianos), que la estrategia personalizada reduce la duración del soporte vital: menos días de vasopresores, menos días de ventilación mecánica y menos terapia de reemplazo renal⁵⁵⁵⁵. En un sistema sanitario tensionado, liberar recursos y acelerar la recuperación orgánica (“hacer que el paciente dependa menos de las máquinas antes”) es una victoria clínica y ética indiscutible.

“Hay algo de épica en haber realizado este estudio sin financiamiento, y fue gracias al espíritu de más de 1000 investigadores en 86 hospitales en 19 países que lograron lo imposible de reclutar 1500 pacientes en 3 años”.

¿Qué resultados del ANDROMEDA-SHOCK-2 te parecen más relevantes desde el punto de vista clínico y asistencial?

Lo más relevante es que la estrategia fue superior al cuidado habitual (Win Ratio 1.16, $p=0.04$) logrando una resolución más rápida del shock con menos fluidos y menor carga de tratamiento. Esto valida una hipótesis fascinante: la “creencia” galvaniza la acción, pero el “método” debe restringirla. Al usar un método riguroso de reevaluación horaria, logramos mejores resultados fisiológicos (como una caída más rápida del score SOFA) sin necesidad de tecnologías costosas. Además, reafirma el valor de la investigación académica independiente: este éxito no depende de un nuevo fármaco patentado, sino de una mejor forma de pensar y actuar diseñada por médicos.

¿Puede esta estrategia ayudar a evitar el sobretratamiento con líquidos o vasopresores en algunos pacientes?

Definitivamente. La estrategia funciona como una potente “regla de detención”. En la era de los ensayos negativos, aprendimos que más no es mejor. El estudio mostró que los pacientes que normalizaron su CRT recibieron menos fluidos y se destetaron antes de los vasopresores. Al guiarnos por la perfusión real, evitamos “ahogar” al paciente en líquidos cuando su microcirculación ya está satisfecha. Es un enfoque de seguridad: intervenimos solo cuando la fisiología lo demanda y paramos en cuanto se alcanza el objetivo.

¿Crees que este enfoque es aplicable fuera de unidades altamente especializadas o en hospitales con menos recursos?

Esa es su mayor virtud: la equidad. Al utilizar herramientas como el CRT, un reloj y un manguito de presión, el protocolo es aplicable desde un hospital comarcal hasta un centro terciario de referencia.

Hay algo de épica en haber realizado este estudio sin financiamiento, y fue gracias al espíritu de más de 1000 investigadores en 86 hospitales en 19 países que lograron lo imposible de reclutar 1500 pacientes en 3 años.



Fernando Ramasco Rueda, jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid)

Quiero destacar el papel de la SEDAR y los hospitales españoles (como La Princesa, Gregorio Marañón, 12 de Octubre, entre otros), que demostraron que es posible liderar ciencia mundial integrando la excelencia académica con herramientas accesibles.

Tras ANDROMEDA-SHOCK-2, ¿qué mensaje principal deberían llevarse los médicos que atienden pacientes sépticos en las primeras horas?

El mensaje final es una invitación a la humildad y a la observación: el paciente es el centro del universo, no la variable ni el monitor. ANDROMEDA-SHOCK-2 nos enseña que, si nos acercamos a la reanimación con disciplina —observar, probar, intervenir, reevaluar—, el relleno capilar actúa como una estrella guía en la oscuridad del shock. No se trata de aplicar un protocolo ciego, sino de entender la fisiología que tenemos delante. La medicina personalizada empieza con sus manos a pie de cama: mire al paciente, toque al paciente, y deje que los datos guíen su camino. “Fe, evidencia y las estrellas”.

ANDROMEDA-SHOCK-2 Investigators for the ANDROMEDA Research Network, Spanish Society of Anesthesiology, Reanimation and Pain Therapy (SEDAR), and Latin American Intensive Care Network (LIVEN); Hernandez G, Ospina-Tascón GA, Kattan E, et al. Personalized Hemodynamic Resuscitation Targeting Capillary Refill Time in Early Septic Shock: The ANDROMEDA-SHOCK-2 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2025 Dec 9;334(22):1988-1999.

Versus

¿Basta con aplicar la ley actual de homologaciones para resolver la falta de médicos?



SÍ

La escasez de profesionales médicos en el Sistema Nacional de Salud español es un problema estructural que se ha agravado durante más de una década. En este contexto, se ha propuesto como solución la creación de procedimientos “expres” para homologar títulos de médicos extracomunitarios.

Sin embargo, esta propuesta parte de un diagnóstico erróneo. El problema no es la falta de mecanismos legales adecuados, sino el incumplimiento sistemático de los plazos, la ineficiencia administrativa y ciertas interpretaciones restrictivas en la colegiación.

Homologación ≠ Equivalencia

Conviene recordar que la homologación permite el ejercicio de una profesión regulada, como la Medicina, mientras que la equivalencia solo reconoce el nivel académico, sin habilitar para ejercer. Confundir ambos conceptos conduce a obstáculos burocráticos sin base legal.

El marco legal ya prevé plazos razonables

El Real Decreto 889/2022 fija un plazo máximo de seis meses para resolver y notificar la homologación. A nivel europeo, el artículo 41 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE garantiza el derecho a una buena administración.

La práctica, sin embargo, dista mucho de lo exigido por la ley. Muchos procedimientos se prolongan durante años, sin justificación objetiva. Las causas alegadas por la Administración —saturación, falta de personal, complejidad— no eximen del cumplimiento de los plazos legales. Así lo establece la jurisprudencia: las deficiencias organizativas no deben trasladarse al administrado.

¿Faltan médicos... o voluntad de gestión?

El déficit de médicos en determinadas especialidades y territorios, especialmente en zonas rurales, contrasta con la existencia de miles de médicos extracomunitarios con formación homologable que permanecen inactivos.

No se necesitan procedimientos “expres”. El marco legal ya permite una tramitación ágil y garantista. Lo imprescindible es cumplir los plazos y dotar a la administración de medios suficientes.

La colegiación: un obstáculo igual de grave

Incluso tras obtener la homologación, muchos médicos —especialmente de nacionalidad cubana— se encuentran con la imposibilidad de colegiarse. Algunos colegios

exigen un certificado de idoneidad o de no inhabilitación emitido por el país de origen, un documento que en el caso cubano es prácticamente inalcanzable.

En Cuba, el control del ejercicio profesional lo ejerce directamente el Estado. La denegación del certificado no responde a criterios médicos ni éticos, sino a represalias políticas: por abandonar las “misiones médicas”, no regresar al país, o figurar en listas negras.

Aceptar este certificado sin matices permite que un Estado dictatorial condicione el ejercicio profesional en España, en contradicción con los principios constitucionales.

Fundamento jurídico: se deben admitir pruebas alternativas

La Ley 2/1974, de Colegios Profesionales, y los Estatutos del Consejo General de Colegios de Médicos no exigen ese certificado como único medio probatorio. Además, los artículos 14 y 35 de la Constitución garantizan el derecho a la igualdad, al trabajo y a la libre elección de profesión.

Condicionar la colegiación a un documento imposible por motivos políticos es desproporcionado e irrazonable. Se deben aceptar medios alternativos como declaraciones juradas, certificados de otros países o antecedentes penales.

Conclusión

La solución no pasa por medidas excepcionales ni por homologaciones “expres”. Pasa por respetar el Estado de Derecho, cumplir los plazos legales, garantizar procedimientos eficaces y evitar interpretaciones rígidas que vulneran derechos fundamentales.

Los colegios profesionales no deben actuar como extensiones de regímenes que violan derechos humanos. Defender el derecho al trabajo y la dignidad profesional es también defender la sostenibilidad del sistema sanitario español.





NO

Las condiciones para el reconocimiento de los títulos extranjeros de Especialistas obtenidos en países no miembros de la Unión Europea (extracomunitarios) vienen reguladas por el **Real Decreto 459/2010. Otro Real Decreto**, el 889/2022 fija un plazo máximo de 6 meses para resolver homologaciones. Sin embargo, y en la práctica, los retrasos en el dictamen definitivo para muchos profesionales extracomunitarios superan entre los 3 y los 7 años. Solo el 15,6% de las solicitudes de homologación de Medicina desde la entrada en vigor del decreto han sido resueltas. Por tanto, aunque la ley existe, el cuello de botella administrativo impide que cumpla su función.

Por otro lado, el colapso del sistema agrava la escasez de médicos con su título homologado. Esto implica que miles de médicos cualificados no pueden ejercer legalmente en nuestro país.

Ante esta situación muchas comunidades “bordean” la normativa contratando médicos extracomunitarios sin especialidad homologada, algo exigido por Ley General de Sanidad. Esto indica que el sistema legal actual no da respuesta efectiva a la realidad asistencial.

Pero incluso considerando que la ley actual se optimizara para dar cumplida respuesta a las necesidades asistenciales reales, la aplicación estricta de dicha ley no resuelve el problema estructural de la falta de médicos especialistas. Existen graves problemas adicionales. En primer lugar, podemos señalar una deficiente planificación del número de médicos respecto de las plazas MIR. El informe oficial de necesidad de especialistas 2023–2035 elaborado por el Ministerio de sanidad del gobierno de España identifica ¡un déficit de 5.874! Este débito se mantendrá hasta 2035. En el extremo opuesto nos encontramos con una situación de envejecimiento y jubilación que podríamos tildar de “masivos”: La demanda de médicos, sobre todo especialistas, crecerá durante la próxima década, mientras muchos profesionales se jubilan. **La OMC estima unas 70.000 jubilaciones desde 2018-2028.**

Estamos en un momento clave de renovación de profesionales. Además, el envejecimiento poblacional hasta 2050 generará una mayor demanda real de profesionales. El 35% de la población será mayor de 65 años por lo que en esa planificación por parte de los responsables, habrá que poner el foco en el nivel asistencial de Atención Pri-

maria principalmente para atender dignamente patologías crónicas y asociadas a la senectud.

Esta deficiente planificación responsabilidad de la administración se agrava con el deterioro constante de nuestras condiciones de trabajo. Hubo un tiempo en que trabajar en un gran Hospital público en España suponía un prestigio profesional de calado. El acceso a tecnología puntera, el desarrollo profesional y la posibilidad de entrar en programas de investigación han sido sustituidos por la masificación asistencial y la falta de reconocimiento a los médicos que se dejan la vida en la sanidad pública. La realidad a la que asistimos es que nos encontramos con Hospitales colapsados con limitada capacidad docente, alta carga asistencial o zonas rurales poco atractivas que no pueden retener médicos, aunque haya profesionales disponibles. Además, esta situación produce en los médicos unas cifras de burnout escalofriantes. Uno de cada dos médicos tiene síntomas. Existen abandonos muy significativos de la profesión y cada año entre 400-600 médicos deciden “emigrar” y abandonar España para trabajar en mejores condiciones.

A pesar de algunos esfuerzos llevados a cabo por las autoridades, como la iniciativa del Ministerio implementando el uso de la plataforma digital RETUEX que acelera trámites con la Administración o de la Comunidad de Madrid con el desarrollo de la **Ley Omnibus de 2022** para la contratación de médicos extracomunitarios sin contar con el requisito de la nacionalidad española, estos esfuerzos siguen siendo claramente insuficientes.

Por tanto, y como conclusión, respondemos que **NO basta con aplicar la ley actual** “de homologaciones” para resolver la falta de médicos, sobre todo especialistas, en España. La clave para dar solución a este problema es mejorar las condiciones laborales. Si siguen siendo defi-

cientes y poco atractivas también los “médicos homologados” emigrarán a otros países europeos perpetuando así el problema.

Las apelaciones retóricas a los derechos humanos para justificar la homologación masiva y extralegal de nuestros colegas no pueden considerarse por sí mismas argumentos lícitos. Todos los actores implicados en esta cuestión reconocemos los derechos de las personas a trabajar de forma digna donde consideren oportuno, pero conforme a una legislación justa que precisamente no discrimine a quien la cumple. Las diferentes administraciones, Ministerio, Consejerías de sanidad, organizaciones profesionales, sociedades científicas, colegiales y sindicales debemos trabajar de forma conjunta para elaborar un marco legal (léase Estatuto) específico que regule las condiciones de trabajo de los médicos en España y que al mismo tiempo haga posible la homologación de aquellas titulaciones que de una forma clara y diáfana cumplan con la legislación vigente.



Ignacio Domínguez
Presidente del Sindicato de Médicos
Independiente de Madrid (SIMEIM)-
CESM Madrid.

Abordaje Integral de los Análisis Clínicos



La analítica clínica como proceso integrado

En la actividad asistencial los resultados analíticos desempeñan un papel central en el diagnóstico, el seguimiento y la toma de decisiones clínicas. No obstante, existe el riesgo de considerar la analítica como un dato objetivo aislado, desligado tanto de las condiciones en las que se obtiene como del contexto clínico en el que se interpreta.

La analítica clínica debe entenderse como un proceso continuo e interdependiente. La calidad del resultado final depende de forma directa de una correcta indicación de la prueba, de una adecuada obtención de la muestra, de un proceso analítico preciso y, finalmente, de una utilización clínica coherente de la información generada.

La inconsistencia en cualquiera de estas fases puede comprometer el resultado.

El proceso previo a la analítica: un factor determinante

La fase previa a la realización de las pruebas analíticas constituye uno de los elementos más críticos y menos visibles. En ella intervienen múltiples factores que pueden condicionar de forma significativa los resultados y que, con relativa frecuencia, pasan desapercibidos en la práctica clínica habitual. Antes de la extracción, variables como el ayuno, el ejercicio físico, el estrés, la postura del paciente, el momento del día o la toma de determinados fármacos pueden modificar numerosas determinaciones sin que ello refleje necesariamente un cambio

patológico. Durante la extracción, aspectos como la técnica empleada, el tiempo de torniquete, el orden de llenado de los tubos, el tipo de contenedor o una identificación incorrecta del paciente pueden introducir alteraciones relevantes. Tras la obtención de la muestra, las condiciones de conservación, el tiempo transcurrido hasta el procesamiento y el transporte influyen de manera directa en la estabilidad de muchos parámetros analíticos. Una analítica técnicamente impecable no puede compensar deficiencias originadas en cualquiera de estos momentos. Por este motivo, la consideración del proceso preanalítico es clave para garantizar resultados fiables y clínicamente interpretables.

La fase analítica: precisión técnica y control de calidad

La fase analítica propiamente dicha se encuentra altamente estandarizada y sometida a estrictos controles de calidad. Los avances tecnológicos han permitido alcanzar elevados niveles de precisión, exactitud y reproducibilidad, consolidándose esta fase como una herramienta robusta.

El laboratorio como aliado del clínico

En la práctica clínica actual, la analítica ocupa un lugar central en la toma de decisiones médicas. Sus resultados orientan diagnósticos, permiten monitorizar la evolución de numerosos procesos y contribuyen de forma decisiva a la elección y al ajuste de estrategias terapéuticas. Esta relevancia creciente refleja el valor de la información objetiva que aporta el laboratorio, especialmente en un contexto asistencial cada vez más complejo. No obstante, la analítica no constituye un fin en sí misma ni puede sustituir la valoración clínica del paciente. Los resultados adquieren significado únicamente cuando se interpretan de forma integrada con la anamnesis, la exploración física y la evolución clínica. La sobrevaloración del dato analítico aislado puede conducir a decisiones poco ajustadas a la realidad clínica.

En este equilibrio entre información analítica y juicio clínico, el laboratorio actúa como un aliado de

los médicos asistenciales, aportando resultados validados, contextualizados y técnicamente sólidos. La revisión crítica de los datos, la detección de posibles interferencias, la comparación con determinaciones previas y, cuando procede, el asesoramiento interpretativo facilitan una integración adecuada de la analítica en el razonamiento clínico. Este modelo de colaboración refuerza la toma de decisiones médicas fundamentadas, en las que la analítica apoya, pero no reemplaza, la valoración integral del paciente.

Consideraciones finales

Los análisis clínicos aportan un valor incuestionable a la práctica médica contemporánea cuando se entiende como parte de un proceso integrado. La fiabilidad del resultado no depende únicamente de la fase analítica ni de la tecnología empleada, sino de la adecuada gestión de todas las etapas que lo preceden y de la forma en que la información generada se incorpora al razonamiento clínico.

El protagonismo creciente de la analítica en la toma de decisiones médicas exige una aproximación equilibrada, en la que el dato analítico complementa y no sustituya la valoración integral del paciente. En este contexto, la colaboración estrecha entre el personal asistencial y el laboratorio resulta esencial para garantizar resultados técnicamente sólidos, clínicamente interpretables y adecuadamente contextualizados.

Desde mi experiencia como médica del área de laboratorio, esta reflexión subraya la necesidad de mantener una visión metodológica del proceso analítico y de reforzar el papel del laboratorio como apoyo experto al clínico, siempre al servicio de una práctica médica rigurosa, segura y orientada al paciente.



Susana Ajib
Especialista en Análisis Clínicos



La medicina en pausa

Radiografía del proceso de homologación y reconocimiento profesional en España

Para muchos médicos extracomunitarios, en su mayoría procedentes de países iberoamericanos, ejercer la medicina en España no es hoy una cuestión de vocación ni de capacitación. Tampoco de experiencia. Es, sobre todo, una cuestión de tiempo.

Tiempo administrativo. Tiempo de espera.

Un tiempo que se alarga entre expedientes, requerimientos y resoluciones que no llegan, y que mantiene en pausa trayectorias profesionales y proyectos vitales.

España dispone de un marco normativo definido tanto para la homologación de títulos universitarios extranjeros como para el reconocimiento de los efectos profesionales de las especialidades médicas. No se trata de un vacío legal ni de un sistema improvisado. Al contrario: los procedimientos están diseñados para preservar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente, un principio irrenunciable en el ejercicio de la medicina.

El problema surge cuando estos procesos se prolongan más allá de los plazos previstos. Entonces, la pausa deja de ser solo burocrática y se convierte en un factor estructural que condiciona el desarrollo profesional de miles de médicos y plantea interrogantes sobre la capacidad del sistema para adaptarse a una realidad cada vez más compleja.

Desde el ámbito institucional se insiste en que la homologación no puede entenderse como una vía automática de acceso al ejercicio profesional. Tanto el Ministerio de Sanidad como el de Universidades sostienen que los procedimientos deben ser exigentes y evaluables. Esta premisa es ampliamente compartida en el entorno profesional. El debate no gira en torno a la necesidad de garantías, sino sobre la capacidad operativa del sistema para gestionar un volumen creciente de solicitudes sin que la espera prolongada acabe convirtiéndose en un obstáculo en sí mismo. En este contexto, la ministra de Ciencia, Innovación y Universidades, Diana Morant, ha señalado que el Go-

bierno ha puesto en marcha un plan para agilizar la resolución de homologaciones de títulos universitarios extranjeros, con especial atención a los profesionales sanitarios, tras reconocer la existencia de un importante tapón burocrático acumulado en años anteriores. Según ha explicado, la iniciativa incorpora automatización de procesos y el uso de nuevas tecnologías, incluida la inteligencia artificial, y se acompaña de medidas orientadas a simplificar trámites y favorecer la movilidad académica, especialmente con países iberoamericanos.

Sin embargo, junto a la homologación del título universitario convive otro procedimiento distinto que añade complejidad al itinerario profesional de muchos médicos: el reconocimiento de los efectos profesionales de la especialidad médica, regulado por una normativa específica y con criterios propios.

Se trata de un proceso independiente, que puede implicar evaluaciones adicionales o periodos formativos complementarios, y que no queda resuelto automáticamente con la homologación del título de Medicina. Esta dualidad —dos procedimientos distintos, con lógicas diferentes— es una de las principales fuentes de confusión social y profesional. Para quienes los atraviesan, la experiencia final suele ser la misma: una espera prolongada sin información clara sobre los tiempos reales de resolución ni del recorrido administrativo.

Las demoras no solo afectan a los profesionales solicitantes. También condicionan la capacidad de los centros sanitarios para organizar la asistencia, cubrir necesidades reales y garantizar la continuidad asistencial, especialmente en especialidades deficitarias. La paradoja es evidente.

Mientras el sistema sanitario reconoce la necesidad de médicos y especialistas, miles de profesionales cualificados permanecen atrapados en procedimientos que se prolongan durante años. No por falta de mérito ni de formación, sino por falta de tiempo administrativo. En esa pausa forzada, la medicina queda en suspenso. Y con ella, también, una parte de la respuesta a los desafíos actuales del sistema sanitario.

La presión del paso del tiempo

La mayoría de quienes esperan son médicos con experiencia, en plena edad laboral

9 de cada 10 expedientes corresponde a Medicina

Más del 95 % afirma que sus títulos fueron expedidos en países de Iberoamérica.

Más del 95 % de los solicitantes declara experiencia profesional previa; más de la mitad acumula 6 años de experiencia

Más de 7.100 médicos extranjeros ejercen o residen en la Comunidad de Madrid

La espera se prolonga: una parte relevante de los profesionales acumula 2, 3 o más años pendiente de resolución.

En el primer semestre de 2025 se resolvieron 32.569



Desde el **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades** se recuerda que el procedimiento de homologación y equivalencia de títulos universitarios extranjeros se rige por el **Real Decreto 889/2022**, que establece un marco común de evaluación y garantía de los estándares formativos. Desde este ámbito se reconoce la existencia de un atasco acumulado en los últimos años y, al mismo tiempo, se señala una aceleración reciente en el ritmo de resolución de expedientes, asociada a medidas de refuerzo y reorganización del proceso.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS CUBANOS

“La homologación debe ser una decisión estratégica para la sanidad española”

Para miles de médicos formados en Cuba, ejercer la medicina en España no es un tema de capacitación profesional. Es, sobre todo, una cuestión de tiempo. Tiempo de espera. Un tiempo que se acumula en expedientes abiertos durante años y que mantiene en pausa trayectorias profesionales, vidas y, en muchos casos, la propia estabilidad personal y familiar.

Para el portavoz de la **Asociación de Médicos Cubanos en España (ACUMBE)**, la organización acompaña y asesora actualmente a más de 1.150 médicos de formación cubana, muchos de ellos procedentes también de otros países, pero formados en Cuba. De los que cerca del **90 % reside en España**, y entre un **15 % y un 20 %** cuenta con nacionalidad española, circunstancia que, sin embargo, no agiliza el proceso de homologación.

Un proceso que entre los años 2022 al 2024 llegó prácticamente a paralizarse ya que a penas se resolvieron expedientes de homologación de títulos de médicos cubanos. Durante ese tiempo, la espera media superó los cuatro años, muy por encima de los seis meses que establece la legislación española como plazo máximo.

A partir de 2024, con un cambio en la estructura de la Secretaría General de Universidades, se inició una etapa de mayor interlocución institucional que permitió desbloquear expedientes acumulados. Según los datos manejados por la asociación, en los últimos 18 a 24 meses se han homologado más de **10.000 títulos** médicos, y se estima que la cifra total supera ya los **12.000 expedientes resueltos**. Aun así, permanecen pendientes entre **4.000 y 5.000 solicitudes**, y el tiempo medio de espera sigue situándose entre dos años y medio y tres años.

Pese a la mejora en los plazos, el Dr. Ponce describe el sistema como “caótico”, con situaciones difícilmente comprensibles desde el punto de vista administrativo. Existen médicos que iniciaron el proceso en 2025 y ya han sido homologados, mientras que otros que presentaron su solicitud en 2022 o 2023 continúan a la espera.

A ello se suman errores administrativos recurrentes: expedientes en los que se han emitido títulos incorrectos, homologaciones concedidas y posteriormente retiradas por fallos formales, o requerimientos derivados del desconocimiento de la nomenclatura territorial cubana. En algunos casos, simples discrepancias entre la provincia reflejada en el expediente académico y la ciudad emisora del título llegan a generar bloqueos administrativos.

Uno de los principales obstáculos históricos ha sido la validación de la documentación académica procedente de Cuba. Los títulos y certificados deben ser emitidos por el Ministerio de Salud cubano, validados posteriormente por el Ministerio de Justicia y, finalmente, legalizados por el Consulado de España. El problema, explica Ponce, es que estos documentos se expiden sobre pergaminos encerados, un soporte que dificulta la correcta fijación de sellos oficiales. Con el paso del tiempo y durante el traslado, muchos sellos se deterioran o pierden legibilidad, lo que ha dado lugar a requerimientos masivos y nuevas paralizaciones de los expedientes.

A esta contingencia se sumó, en su momento, la actuación de una empresa privada que, aprovechándose de la desesperación de los profesionales, incorporó se-



llos no oficiales a documentación válida. Estos casos —aunque minoritarios— provocaron una suspensión generalizada de resoluciones que afectó injustamente a miles de médicos cuyos documentos eran plenamente legales.

Más allá de las cifras, el impacto humano del retraso es profundo. Muchos médicos cubanos llegan a España entre los **45 y los 55 años**, una etapa vital especialmente sensible. Tras años de espera sin poder ejercer, algunos se ven obligados a trabajar en el servicio doméstico, la hostelería, la construcción o empleos no cualificados, pese a contar con una amplia experiencia clínica.

Otros logran incorporarse a centros sociosanitarios en funciones auxiliares, sin reconocimiento profesional ni retribución acorde a su formación. A ello se suman situaciones de irregularidad administrativa, cuando expira el visado inicial sin que la homologación haya concluido, lo que limita incluso la posibilidad de regresar a su país de origen.

Uno de los grandes desafíos sin resolver es el reconocimiento de las especialidades médicas. España arrastra desde hace décadas una falta estructural de

especialistas, mientras miles de médicos extracomunitarios cuentan con formación y experiencia contrastada en áreas deficitarias. Desde la asociación se insiste en la necesidad de mecanismos flexibles, como programas de adaptación o reciclaje formativo, que permitan integrar a estos profesionales sin comprometer la calidad asistencial. *“No se trata de atajos, sino de sentido común”*, subraya el representante de ACUMBE, recordando que muchos de estos médicos acumulan décadas de ejercicio y una sólida trayectoria científica.

Según el portavoz, la solución pasa por cumplir los plazos legales, mejorar la coordinación administrativa y mantener una interlocución estable con las asociaciones profesionales. Pero, sobre todo, por entender que detrás de cada expediente hay personas, con biografías, familias y proyectos de vida.

“La homologación no es un favor”, concluye. “Es un procedimiento regulado por ley que debe servir tanto al sistema sanitario como a quienes están preparados para ejercer en él”. En un contexto de déficit de profesionales y listas de espera crecientes, resolver esta asignatura pendiente no es solo una cuestión administrativa, sino una decisión estratégica para la sanidad española”.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS COLOMBIANOS

“La ley no es el problema; el problema es no cumplirla”



Para la **Asociación de Médicos Colombianos en España (AMCE)** la homologación se ha convertido en una pausa forzada que, como ocurre en otras asociaciones de médicos extracomunitarios, bloquea proyectos de vida, carreras profesionales y procesos de integración plenamente viables en el sistema sanitario español.

Como señala **José Jhazing Peada Clavijo**, presidente de AMCE, “no estamos ante expedientes deficientes ni ante carencias formativas; estamos ante un sistema que tarda años en resolver trámites que, sobre el papel, deberían ser mucho más ágiles”. La homologación se convierte en una barrera que ralentiza una integración que podría ser ordenada, ágil y beneficiosa para todos. Como resume José Jhazing, “el problema no es la ley; el problema es no cumplirla en tiempo y forma”. Una reflexión incómoda, pero difícil de rebatir.

Experimentados y capacitados

Colombia cuenta con un modelo formativo médico que se caracteriza por una exposición clínica temprana y continuada. Desde los primeros cursos de grado, los estudiantes mantienen contacto directo con pacientes y entornos asistenciales reales, una práctica que se intensifica de forma progresiva en los últimos años de carrera.

Para Jhazing los médicos llegan a España con una importante experiencia clínica previa, en muchos casos superior a la del grado español antes del acceso al MIR. “Creo que pocos conocen como es el modelo formativo colombiano en medicina y por lo tanto, la capacitación de los médicos que proceden de este país” Existe, además, un elemento propio del sistema colombiano que suele generar confusión: el denominado año rural. Tras finalizar la carrera, muchos médicos acceden mediante concurso nacional a un año de ejercicio profesional en zonas con déficit asistencial.

Desde la AMCE lo señalan sin rodeos. Persiste la idea de que estos profesionales “no están suficientemente formados” o “van a bajar el nivel del sistema”. Un relato que no se sostiene ni desde el punto de vista académico ni desde los datos objetivos.

Conviene subrayar un aspecto clave —y aquí el rigor importa—: el año rural no es un requisito exigido por el Ministerio de Universidades español para la homologación. Haberlo realizado o no no condiciona el reconocimiento del título en España. “Es decir, no existe una carencia estructural ni un vacío académico específico en los expedientes de los médicos colombianos”

Jhazing denuncia que a pesar del currículo previo, los tiempos administrativos se dilatan. Los plazos teóricos previstos por la normativa española distan mucho de la realidad: **expedientes que superan los 24 meses y casos que alcanzan los 36 meses de espera.**

“Durante ese periodo, el médico que ha solicitado la homologación se queda en un especie de limbo administrativo. No puede ejercer plenamente, no puede acceder a la formación especializada, y no puede planificar su futuro”, afirma el presidente de AMCE — que reconoce cual es el problema— “hablamos de profesionales que el sistema necesita, pero a los que mantiene parados durante años por una inercia administrativa que nadie corrige”.

El caso colombiano resulta especialmente significativo porque no existen condicionantes documentales extraordinarios que justifiquen esta demora. No se trata de títulos difíciles de verificar ni de programas incompatibles con el español.

Pero, ¿por qué los médicos colombianos emigran para buscar una oportunidad laboral? “Cuando un facultativo colombiano sale fuera del país lo hace porque cada año, Colombia gradúa miles de médicos, pero las plazas de especialidad disponibles son limitadas, lo que genera un desajuste estructural bien conocido en el país. Lo que explica que muchos profesionales busquen oportunidades fuera”

España es uno de los destinos naturales por idioma, modelo asistencial y estructura formativa. No se trata de una migración oportunista, sino de movilidad profesional estructural, habitual en sistemas sanitarios interconectados. Pero Jhazing recuerda que los médicos colombianos no solo cuentan con una formación universitaria sólida, sino que son aceptados e integrados en sistemas sanitarios altamente exigentes como los de Estados Unidos, Chile, México, Argentina o Brasil. Un indicador claro de la calidad y transferibilidad de su formación.

El MIR como evidencia objetiva

En los últimos años, Colombia se ha consolidado como el principal país extracomunitario de origen de aspirantes. En la convocatoria de 2026 se presentaron **1.374 médicos colombianos**, con una **tasa de aprobados del 87%**. Un indicador que el representante de los médicos colombianos en España es incontestable. “Demuestra la preparación y de la voluntad de integración de los médicos colombianos en España”, concluye.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ECUATORIANOS

“Cuando el reconocimiento se dilata en el tiempo afecta a la dignidad profesional”

El caso de los médicos procedentes de Ecuador introduce un matiz singular en el análisis del proceso de homologación del título de Medicina en España. **No se trata de un colectivo especialmente numeroso ni de expedientes con dificultades académicas o documentales específicas.** El rasgo diferencial es otro: muchos médicos ecuatorianos participaron activamente en la respuesta sanitaria durante la pandemia de COVID-19 y, sin embargo, no lograron consolidar su integración profesional una vez superada la emergencia.

La Asociación de Médicos Ecuatorianos en España (AMEVESP) es una de las asociaciones que forman parte de la **Federación Española de Médicos Iberoamericanos (FEAMIB)**, en la que actúa como asesora la médica ecuatoriana, Dra. Carmen Cervantes. “Para los médicos ecuatorianos el problema de fondo es el mismo: tiempos de espera prolongados, falta de información clara y ausencia de plazos efectivos”. Esa demora tuvo una consecuencia especialmente visible: la salida del sistema de profesionales que ya habían demostrado su utilidad real. “Durante la pandemia, numerosos médicos latinoamericanos —entre ellos ecuatorianos— trabajaron en la primera línea asistencial en hospitales y dispositivos de refuerzo en España”, afirma Cervantes.

Para muchos médicos ecuatorianos, la COVID representó una oportunidad de integración acelerada: estaban disponibles, formados y dispuestos a sostener un sistema desbordado. Sin embargo, pasada la emergencia, el reconocimiento informal recibido durante la crisis no se tradujo en una resolución administrativa ágil. La homologación siguió bloqueada para muchos médicos ecuatorianos.

Formación sin obstáculos singulares

Desde el punto de vista académico, el perfil del médico ecuatoriano no presenta singularidades que expliquen estas demoras. “Se trata de profesionales con formación universitaria completa, experiencia clínica previa y capacidad de adapta-



ción a entornos asistenciales exigentes. No existen barreras estructurales específicas en la documentación ni incompatibilidades formativas con el sistema español”, aclara Carmen Cervantes.

La homologación no debe concebirse como un simple trámite, sino como un proceso de reconocimiento del conocimiento, la experiencia y la trayectoria profesional acumulada. “Cuando ese reconocimiento se dilata durante años, el impacto va mucho más allá de lo administrativo: afecta a la dignidad profesional, a la estabilidad personal y a la continuidad formativa”, puntualiza la actual presidenta del **Movimiento de Médicos Iberoamericanos**.

Un auténtico cuello de botella

Aunque la normativa establece un marco temporal claro, la práctica demuestra que muchos profesionales sanitarios esperan entre tres y cinco años para obtener una resolución. No existen datos oficiales desagregados por nacionalidad, pero organizaciones y medios coinciden en que decenas de miles de expedientes sanitarios permanecen retenidos en el Ministerio de Universidades.

En el caso ecuatoriano, este retraso ha tenido un efecto particularmente claro: la desvinculación. “Médicos que ya estaban integrados en equipos asistenciales, que conocían el funcionamiento del sistema y que habían demostrado su capacidad durante la pandemia, optaron por no permanecer en España ante la imposibilidad de sostener una vida profesional indefinidamente en pausa”.

Desde la Asociación de Médicos Ecuatorianos en España defienden un modelo de migración médica basado en la dignidad, el reconocimiento y la integración real. Los médicos iberoamericanos, recuerdan, aportan experiencia clínica, diversidad cultural, capacidad de adaptación y compromiso con la atención a las personas. Muchos han ejercido en contextos complejos y exigentes, desarrollando competencias valiosas para afrontar los retos actuales de la salud pública.

El coste humano de no consolidar

El caso de Ecuador deja una reflexión clara: estar cuando el sistema lo necesita no garantiza poder quedarse cuando la urgencia pasa. “Detrás de cada expediente bloqueado hay profesionales que sostuvieron la atención en uno de los momentos más críticos de la sanidad reciente y que, sin embargo, no encontraron un camino administrativo que acompañara ese esfuerzo”, argumenta Cervantes.

La homologación, en este contexto, no es solo una cuestión de papeles. Es una decisión estratégica. Y, en el caso ecuatoriano, también una oportunidad perdida.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS VENEZOLANOS

“El sistema nos necesita, pero el procedimiento no termina de reconocernos”

El caso de los médicos procedentes de Venezuela representa uno de los escenarios más complejos —y paradójicos— del proceso de homologación y reconocimiento profesional en España. No solo se trata de uno de los colectivos extracomunitarios más numerosos, sino también de aquel que acumula más solicitudes, más expedientes analizados y más resoluciones negativas o inconclusas, especialmente en el ámbito de las especialidades médicas.

En palabras del presidente de **AMEVESP** y de la **Federación de Médicos Iberoamericanos en España**, la paradoja es evidente: “muchos profesionales llegan con formación y trayectoria acreditadas, pero el procedimiento los mantiene durante años en una situación de incertidumbre administrativa que no se corresponde con su realidad clínica”.

Según el Informe situacional del reconocimiento de efectos profesionales de títulos en Ciencias de la Salud elaborado por la Asociación de Médicos Venezolanos en España (AMEVESP) y la Federación de Asociaciones de Médicos Iberoamericanos (FEAMIB), **Venezuela concentra aproximadamente el 70% de los expedientes** analizados dentro del conjunto iberoamericano. Sin embargo, el número de credenciales finalmente concedidas es muy inferior: menos del 13% de las solicitudes de reconocimiento de especialidad culminan con éxito.

El responsable de esta asociación sostiene que esta brecha entre volumen de expedientes y resoluciones favorables no puede interpretarse como un problema de calidad profesional, sino como el síntoma de un sistema de evaluación que no está calibrado para valorar adecuadamente trayectorias extracomunitarias extensas.

Los médicos venezolanos cuentan con una trayectoria académica y clínica extensa, con sistemas de residencia médica exigentes, alta carga asistencial y una incorporación temprana a la práctica clínica. Muchos de ellos, además,

llegan a España con años de experiencia como especialistas, publicaciones científicas, actividad docente y ejercicio continuado en hospitales de referencia.

Desde AMEVESP, se remarca que el foco debería ponerse en las competencias y en el ejercicio efectivo, y no únicamente en el encaje formal de documentos o en equivalencias rígidas de itinerarios formativos.

La diferencia clave del caso venezolano frente a Colombia o Ecuador está en el reconocimiento de las especialidades. El procedimiento regulado por el Real Decreto 459/2010 establece dos fases —armonización y evaluación— que, en la práctica, se convierten en un filtro extremadamente restrictivo. El informe de AMEVESP documenta errores recurrentes en la fase de armonización, interpretaciones rígidas de la Directiva europea 2005/36/CE y una valoración excesivamente formalista de los años de formación, sin atender a la experiencia profesional acumulada.

Desde esta asociación sostienen que, cuando la armonización se aplica con criterios excesivamente rígidos, se termina penalizando la experiencia acumulada y se convierte el proceso en un bloqueo más burocrático que sanitario, con consecuencias directas para profesionales y para el sistema.

El resultado es una situación especialmente gravosa: médicos que ejercen de facto en el sistema sanitario español, pero sin reconocimiento pleno de su especialidad, quedando atrapados en la figura del “médico especialista sin titulación oficial”. Esta categoría informal implica responsabilidades clínicas reales sin el respaldo jurídico ni profesional correspondiente. Datos que evidencian el bloqueo. Entre 2015 y 2023 se han reconocido en España **875 credenciales de especialidad extracomunitaria**, de las cuales 212 corresponden a



médicos venezolanos, el grupo más numeroso en términos absolutos. Estas cifras representan solo una pequeña parte del total de solicitudes registradas, que se cuentan por miles. En la práctica, la mayoría de los expedientes permanecen bloqueados durante años, con tiempos de espera que superan ampliamente los plazos teóricos establecidos por la normativa.

Este “limbo” impacta tanto en la seguridad jurídica del profesional como en la planificación del sistema: se asignan responsabilidades asistenciales, pero el reconocimiento administrativo no acompaña el trabajo que ya se está realizando. El propio Ministerio de Sanidad reconoce en su propuesta de nuevo Real Decreto que el procedimiento actual, tras más de 14 años en vigor, genera demoras excesivas, falta de coordinación institucional y un desaprovechamiento de recursos humanos, especialmente en especialidades deficitarias como Medicina Familiar, Anestesiología, Pediatría o Medicina Intensiva.

Para AMEVESP la solución no pasa por rebajar estándares, sino por mejorar cómo se evalúa: incorporar criterios basados en competencias, experiencia profesional y práctica clínica real, evitando procesos que se prolongan durante años sin una resolución útil.

Impacto humano

El perfil mayoritario del médico venezolano en proceso de reconocimiento es el de un profesional en la quinta década de la vida, con cargas familiares, estatus legal regularizado y una clara voluntad de integración. Sin embargo, la exi-

gencia de pruebas teóricas no adaptadas, rotaciones no remuneradas o periodos de formación incompatibles con la vida laboral empuja a muchos al abandono del proceso o a la cronificación de la precariedad.

La actual demora se traduce en renunciaciones, en precariedad prolongada y en carreras profesionales paralizadas, justo en un momento en que el sistema sanitario necesita incorporar talento con urgencia.

Paradójicamente, muchos de estos profesionales ya están sosteniendo servicios sanitarios en comunidades con déficit estructural de médicos. El sistema los necesita, pero el procedimiento no termina de reconocerlos. Ahí está el problema: el sistema se apoya en estos médicos para sostener la asistencia, pero no ofrece una vía de reconocimiento que esté alineada con la realidad del trabajo que ya desempeñan.

Desde estas asociaciones insisten en que la solución no pasa por rebajar estándares, sino por incorporar criterios de evaluación basados en competencias, experiencia profesional y ejercicio efectivo, tal y como recomienda la propia Comisión Europea. plantea que un modelo centrado en competencias permitiría preservar la exigencia, acelerar decisiones y evitar que especialistas plenamente operativos queden atrapados en trámites interminables.

El caso venezolano lo demuestra con claridad. Cuando el sistema tarda años en reconocer a quienes ya están formados, disponibles y trabajando, el problema no es el médico. Es el procedimiento.

ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD ARGENTINOS

Argentina: problemas con el modelo formativo



Para los médicos procedentes de Argentina no se trata de problemas de formación ni de carencias documentales, sino de un desajuste entre dos modelos formativos que no terminan de encajar entre sí.

"La formación en Argentina no es inferior, es diferente", explica Nora Ruggeri, presidenta de la Asociación de Profesionales de la Salud Argentinos en España. "El problema aparece cuando se comparan los programas solo por la duración formal y no por las competencias reales y la experiencia clínica acumulada".

Un modelo distinto desde la residencia

En Argentina, la residencia médica suele tener una duración de cuatro años, tanto en especialidades médicas como quirúrgicas. A ese periodo se suma una figura clave: el jefe de residentes, un médico que ya ha finalizado la residencia y que asume durante un año adicional funciones asistenciales, docentes y de supervisión.

Ese quinto año no es simbólico ni administrativo. Implica actividad clínica plena, guardias, toma de decisiones y responsabilidad directa sobre pacientes, además de coordinar y formar al resto de residentes. En la práctica, funciona como un año más de ejercicio especializado.

"El jefe de residentes sigue operando, pasando planta y haciendo guardias", señala Ruggeri. "Es un año más de formación real. El problema es que aquí esa figura no existe y, por tanto, no siempre se reconoce".

El reconocimiento de especialidades, el principal bloqueo

El mayor obstáculo para los médicos argentinos aparece en el reconocimiento de la especialidad. El procedimiento compara programas formativos, pero lo hace, en muchos casos, de forma rígida, atendiendo más al número de años que al contenido, las competencias adquiridas o las horas reales de trabajo asistencial.

Esto genera situaciones difíciles de explicar: médicos con cinco años completos de formación especializada ven cuestionada su equivalencia, pese a contar con una experiencia clínica amplia y continuada.

"No pedimos reconocimientos automáticos", aclara Ruggeri. "Lo que pedimos es que se evalúe la forma-

ción real. Incluso que se planteen periodos complementarios razonables si es necesario, pero no exámenes exclusivamente teóricos que no miden la práctica clínica".

Las consecuencias de este bloqueo varían según la edad y el momento vital. Los médicos argentinos más jóvenes optan con frecuencia por presentarse al MIR, aunque ya estén formados, como vía para obtener un título español definitivo.

Para quienes tienen trayectorias largas, familias a cargo o años de ejercicio como especialistas, empezar de nuevo no es una opción viable. *"No se le puede pedir lo mismo a alguien de treinta años que a un profesional de cuarenta o cincuenta", apunta Ruggeri. "Ahí la espera deja de ser un trámite y se convierte en un freno real".*

No es sencillo cuantificar cuántos médicos argentinos hay en España. Muchos cuentan con doble nacionalidad y no figuran como argentinos en los registros oficiales. Las asociaciones profesionales estiman, no obstante, que son varios miles los profesionales sanitarios de origen argentino, una parte relevante de ellos médicos.

Lo que sí comparten muchos de ellos es una experiencia común: incertidumbre prolongada, especialmente en el reconocimiento de la especialidad, con tiempos de espera que superan ampliamente los plazos teóricos.

El caso argentino pone sobre la mesa una cuestión de fondo: la dificultad de integrar modelos formativos distintos en un sistema poco flexible. No se trata de rebajar exigencias ni de poner en riesgo las garantías, sino de incorporar evaluaciones basadas en competencias, experiencia clínica y práctica asistencial real.

"Estamos hablando de profesionales que ya están trabajando y demostrando su capacidad", concluye Ruggeri. "El reto es encontrar un encaje justo para una formación que existe, pero que hoy no termina de reconocerse".

En Medicina en pausa, el caso argentino muestra que no todos los bloqueos responden a la misma causa. A veces, el problema no es que falte formación, sino que el sistema no sabe cómo leerla.

Historias que hablan de esperar para ejercer



**Jaime
Colombia**

“Cuando llegó la homologación, el trabajo apareció; lo que no volvió fue el tiempo perdido”

Llegué a España convencido de que mi homologación sería rápida: solo faltaba un documento. Tardó cuatro años y medio. **En ese tiempo trabajé cuidando a personas mayores, en hostelería y en otros empleos ajenos a la medicina**, no por elección sino por necesidad. En Colombia había ejercido más de doce años como médico cirujano y asumido cargos de responsabilidad en el Ministerio de Sanidad.

El mayor obstáculo no fue la exigencia documental, sino el silencio administrativo: respuestas que llegaban uno o dos años después, trámites que de-

pendían de una única firma y verificaciones que se alargaban sin información. La homologación llegó en 2024. **Hoy ejerzo como médico estético y como médico asistencial en una residencia de mayores**, tras retomar progresivamente la práctica clínica. Las oportunidades aparecieron de inmediato, confirmando que el sistema necesitaba médicos.

El coste ya estaba pagado: años de parón profesional, impacto económico y una carga personal difícil de explicar. No pedimos privilegios, sino procesos razonables, plazos claros y respeto al tiempo profesional y vital de quienes quieren ejercer medicina en España.

“La homologación no sigue un orden; parece una Lotería”



**Jesús
Venezuela**

Soy médico formado en Venezuela, con residencia en áreas quirúrgicas. Desde 2022 estoy en España a la espera de la homologación. Presenté el expediente en 2024 y, tras meses sin información, solo figura como “en evaluación”. Desde entonces no ha habido avances. Mientras tanto, **trabajo como cuidador de personas mayores: un trabajo digno, pero muy alejado de mi formación de más de diez años**.

Lo más difícil no es solo la espera, sino la falta de criterio y previsibilidad.

Hay compañeros que, presentando después, han obtenido la homologación en pocos meses; incluso mi hermana, también médica, inició el trámite más tarde y ya lo tiene aprobado. Esa falta de orden genera frustración y desgaste emocional.

No pedimos atajos: pedimos reglas claras, plazos razonables y que el proceso no dependa del azar. Queremos volver a ejercer la medicina, que no es solo una profesión, sino una vocación y una forma de vida.

“Tres años esperando para volver a ejercer lo que llevaba más de veinte años haciendo”



**JuanFe
Colombia**

Soy colombiano e inicié la homologación en septiembre de 2022 y la resolución llegó en diciembre de 2025: tres años de espera.

En Colombia ejercí más de veinte años como médico general en el sistema público y en la práctica privada. También me formé en medicina complementaria y estética, área en la que **he seguido formándome en España con másteres universitarios**.

Durante la espera tuve que trabajar fuera de la medicina para mantener a mi familia —cuidado de mayores, trabajos comerciales y, finalmente, un empleo técnico—, siempre dentro del marco legal, pero lejos de mi vocación.

Hoy, con la homologación concedida, estoy en búsqueda activa de empleo como médico. El sistema recupera a un profesional disponible; lo que no se recupera son los años de experiencia clínica que quedaron en pausa.



**Ángel
Ecuador**

“La media de espera es de tres años para que te homologuen”

erzo en España desde hace cuatro años en Atención Primaria, tras homologar mi título. Desde mi experiencia, la formación médica no es una limitación. Tanto los médicos formados en España como los formados en otros países **trabajamos en los mismos protocolos y con el mismo lenguaje común: la evidencia científica**.

El verdadero reto comienza en la adaptación al sistema sanitario español. Atendemos a una población más envejecida, con mayor deman-

da asistencial y con un uso intensivo de los recursos sanitarios. Adaptarse a esa realidad requiere tiempo, aprendizaje y acompañamiento. A ello se suma la dimensión comunicativa: entender la jerga sanitaria, la idiosincrasia de los pacientes y establecer una buena relación médico-paciente en un entorno cada vez más diverso, donde no todos los pacientes hablan el mismo idioma.

No se trata de saber medicina. Se trata de integrarse plenamente en el sistema.

“Tengo un contrato de trabajo, pero no puedo incorporarme porque la homologación no llega.”



**Edugmar
Venezuela**

Soy médica formada en Venezuela, especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Llevo casi dos años en España y acabo de recibir la homologación. He ejercido más de catorce años como especialista en hospitales y en consulta privada. **En España he seguido formándome con varios másteres en medicina deportiva, fútbol y rehabilitación deportiva**.

El 4 de diciembre recibí un contrato de un hospital público en Huelva, dentro del nuevo procedimiento para agilizar la homologación. Presenté toda la documentación y el 9 de enero mi expe-

diente pasó a fase final de evaluación, pero desde entonces no he recibido respuesta.

Actualmente estoy desempleada. He trabajado en empleos ajenos a la medicina para sostener a mi familia, pero la frustración es grande: **tengo formación, experiencia y una oferta laboral concreta, y sigo bloqueada por un trámite administrativo**.

Quiero quedarme en España, donde viven y se están formando mis hijos. Solo pido poder ejercer la medicina y aportar todo lo que sé allí donde se me necesite.

“Sin el reconocimiento oficial siempre estás en una situación provisional”



**Fernanda
Argentina**

Mi título de Medicina ya estaba homologado, pero el gran bloqueo ha sido el reconocimiento de mi especialidad. **Soy pediatra formada en Argentina y, pese a mi experiencia clínica** y docente y a toda la documentación aportada, mi expediente derivó en una exigencia de examen por una diferencia de enfoque: **en mi país la Pediatría atiende también a adolescentes hasta los 18 años**, mientras que en España pasan antes a adultos.

Con el tiempo he comprobado que el proceso se vive como una “lotería”: casos similares con decisiones distintas según

quién evalúe, sin un criterio uniforme. Mientras tanto, he trabajado en España en condiciones que considero precarias, porque sin el reconocimiento oficial siempre estás en una situación provisional: puedes perder el puesto si llega un especialista reconocido y, además, se limitan la estabilidad y la carrera profesional. También me preocupa que se esté enviando a algunos médicos a rotaciones largas sin remuneración, realizando actividad asistencial real. Tras seis años, sigo reintentando el trámite por vía telemática con apoyo de gestoría, pero el desgaste acumulado me ha llevado incluso a valorar alternativas fuera de España.

No solo vinieron: se quedaron y hoy lideran

Durante años, el relato público sobre los médicos extracomunitarios en España ha estado dominado por la burocracia: homologaciones, visados, plazos que no se cumplen. Es un enfoque real, pero incompleto. Falta la otra mitad de la historia: la de quienes, tras atravesar ese recorrido largo y exigente, no solo se integran, sino que alcanzan posiciones de referencia clínica, científica y directiva dentro del sistema sanitario español.

Este reportaje pone el foco en esa cara menos visible —y estratégicamente clave— a través de dos trayectorias que dialogan entre sí: la de **Leonel Díaz González**, cardiólogo del deporte en el Hospital Universitario La Paz, y la de **John J. Molina Torres**, internista y director médico adjunto del Hospital HM Sanchinarro. Dos recorridos distintos, una misma conclusión: aquí no ha habido atajos, sino tiempo, exigencia y constancia.

“No basta con aprobar: tienes que hacerlo mejor que otros muy buenos” Cambiar de país no es solo una decisión vital; en medicina es, además, una prueba continua. Leonel Díaz lo recuerda sin dramatismo, pero con precisión: *“Adaptarte, estar lejos de la familia y competir por un puesto muy exigente no es sencillo. En cardiología no basta con que te vaya bien: tiene que irte mejor que a otros que también son muy buenos y que, además, conocen perfectamente cómo funciona el sistema”*

Durante años, explica, la sensación es la de estar siempre a examen: *“Recuerdo especialmente esa percepción de no poder fallar, de estar siempre a prueba”*.

En su caso, la cardiología del deporte fue el punto de encuentro entre vocación personal y necesidad real del sistema. Un ámbito altamente especializado, minoritario incluso a nivel internacional, que exige rigor clínico, capacidad preventiva y una lectura clara de la salud pública.

A raíz de las recientes paradas cardíacas ocurridas en pruebas deportivas, su mensaje ha sido claro y deliberadamente sereno: *“El deporte es salud. La prevalencia de la muerte súbita durante el ejercicio es baja. Lo que ocurre es que los casos mediáticos generan alarma”*. Y lanza una idea que incomoda por su sencillez: *“En una carrera es más importante tener un desfibrilador accesible y gente que sepa utilizarlo que multiplicar los chequeos previos”*.

Integrarse no es llegar: es adaptarse

Para John J. Molina Torres, la integración no es un concepto abstracto ni un eslogan institucional. Es una herramienta clínica cotidiana: *“Cuando llegas a otro país, eres tú quien se tiene que acomodar. No es el país el que tiene que adaptarse a ti”*.



En medicina, esa adaptación no admite plazos largos: *“Nuestra profesión nos obliga desde el primer día a relacionarnos con personas. Si el paciente no te entiende, tu trabajo pierde eficacia”*.

Pone un ejemplo muy concreto, que resume bien esa realidad: *“Un paciente mayor de una zona rural no va a adaptarse a mi forma de hablar. Soy yo quien tiene que ajustar el lenguaje, el tono y la manera de explicar las cosas”*. Esa inmersión cultural —explica— no borra las raíces, pero reduce fricciones: *“Si luchas todo el tiempo contra el sistema, siempre vas a encontrar barreras. Si aprendes a moverte con él, muchas desaparecen”*.

Del hospital al despacho: “esto es otro oficio”

El acceso a puestos de gestión no es una consecuencia natural del buen desempeño clínico. Es un cambio profundo de rol. John lo vive así: *“Ser médico clínico y dedicarse a la gestión son cosas completamente distintas. Los médicos no estamos formados para esto”*. Tras más de una década de trayectoria asistencial —urgencias, unidades de alta resolución, planta de Medicina Interna—, la propuesta de asumir la subdi-

Adaptarte, estar lejos de la familia y competir por un puesto muy exigente no es sencillo. En cardiología no basta con que te vaya bien

rección llegó casi de forma inesperada: *“Me llamaron estando de baja por paternidad para ofrecerme el puesto. No lo tenía en el radar”*.

Hoy se define con honestidad: *“No puedo decir que esté cómodo. Estoy aprendiendo sobre la marcha, pero tengo la suerte de estar muy arropado por el equipo. Llevo muchos años aquí. Me conocen y conocen mi forma de trabajar. Eso ayuda mucho cuando das el salto”*.

La carrera invisible: “terminas la residencia y te quedas en el aire”

Ambos coinciden en señalar una dimensión poco visible del sistema: la administrativa. John la describe con una claridad que incomoda: *“El día que terminas*



“Hay trabajo, pero no siempre hay el tipo de contrato que Extranjería acepta. En la sanidad pública lo habitual son contratos de uno o dos meses, y eso no sirve”.

la residencia no solo te quedas sin contrato. Te quedas fuera del sistema”.

Durante años trabajó, cotizó y aportó como cualquier residente. Sin embargo: “Administrativamente sigues siendo estudiante. Y cuando acaba ese estatus, de un día para otro, no tienes nada”.

La paradoja es evidente: “Hay trabajo, pero no siempre hay el tipo de contrato que Extranjería acepta. En la sanidad pública lo habitual son contratos de uno o dos meses, y eso no sirve”.

La vía privada apareció, en su caso, como solución práctica, no ideológica: “Fue la única manera de poder regularizar la situación y seguir ejerciendo”.

Incluso así, cambiar de hospital implicó volver a empezar: “El permiso no es para ti como médico, es para la empresa que te contrata. Si cambias, reinicias todo el proceso”.

“La ilusión es lo único que no te pueden quitar”

Cuando se les pregunta qué mensaje lanzarían a quienes hoy empiezan este recorrido, ambos coinciden en ideas poco épicas, pero profundamente realistas. Leo-

nel Díaz lo resume así: “La vida no es un camino recto. En el momento dudas, pero lo único que puedes hacer es seguir formándote y trabajando”.

John añade una advertencia clara: “Hay que asumir desde el principio que no va a ser fácil. Pero también tener muy claro a dónde quieres llegar”.

Y cierra con una idea que atraviesa todo el reportaje: “Si consigues que las trabas administrativas no te borren la ilusión, acabas avanzando. La gente nota cuando quieres hacer las cosas bien”.

Un sistema que solo se valora cuando se compara

Ambos subrayan algo que suele pasar desapercibido desde dentro. Para quien ha trabajado en sistemas donde la atención depende del dinero del paciente, la sanidad española sigue siendo un activo diferencial: “Aquí no se valora lo que tenemos. Que el Estado asuma tratamientos complejos sin arruinar a las familias no es lo habitual en muchos países”, señala John.

Estas trayectorias no niegan las dificultades. Las contextualizan. Y muestran que la medicina española también se construye con acentos distintos, experiencias compartidas y carreras largas.



2026 empieza con las llaves de tu nuevo hogar. ¿No tienes ahorros?

Nosotros te conseguimos el 100% para que tu casa sea una realidad.



Asesoramiento experto independiente.

Analizamos tu caso y buscamos la mejor solución hipotecaria para ti.



Olvidate de esperar años. Compra ahora.

Te ayudamos a conseguir hasta el 100% + gastos del valor de la vivienda.

Tipo fijo 1,70% | Tipo mixto 1,10% 5 años | Tipo mixto 1,50% 10 años

i-credit

Da el primer paso hoy

i-credit.es / @icredit_hipotecas
910 605 055 / 609 452 314
info@i-credit.es



Corría el año 1503 cuando, en la ciudad de Santo Domingo —hoy República Dominicana—, se fundó el primer hospital del continente americano: el Hospital de San Nicolás de Bari, por orden del gobernador español Nicolás de Ovando. Desde entonces ha existido un flujo constante de técnicas, saberes y conocimientos en torno al ejercicio más antiguo que nos distingue como especie civilizada: el cuidado de nuestros semejantes.

Tres siglos después de aquel primer hito, fue también en el mundo hispano donde se llevó a cabo la primera gran campaña internacional de vacunación de la historia. La **Real Expedición Filantrópica de la Vacuna**, liderada por el **doctor Francisco Javier Balmis**, logró transportar la vacuna contra la viruela, de brazo en brazo, a través del Atlántico hasta el Caribe y los territorios que hoy conocemos como Venezuela, Colombia o Puerto Rico. Aquella empresa no solo fue un logro científico, sino también un ejemplo temprano de cooperación sanitaria transatlántica.

Más de quinientos años después, ese intercambio entre ambas orillas no ha cesado; simplemente ha adoptado nuevas formas. España se ha convertido en centro receptor de profesionales sanitarios procedentes de todas las regiones del mundo hispanohablante, configurando un crisol de experiencias clínicas, formativas y humanas que enriquece tanto al sistema sanitario como a quienes lo integran. Muchos llegan en busca de formación especializada y encuentran, además, un entorno cultural y lingüístico que facilita la integración. La lengua común —esa “gran autopista” que es el español— permite una incorporación rápida al ejercicio profesional y a la vida social. Sin embargo, compartir idioma no significa compartir siempre los mismos códigos. La adaptación cotidiana está llena de matices, expresiones y pequeñas diferencias semánticas que, lejos de ser obstáculos, terminan convirtiéndose en aprendizajes y, en ocasiones, en entrañables anécdotas

para contar en la madrugada de la siguiente guardia. Recuerdo mis primeras semanas como médico en una residencia de mayores en España. Al solicitar que los pacientes “se parasen” para la exploración física, la respuesta era invariable: “Doctor, yo estoy quieto”. Me llevó varios días comprender que lo que debía pedir era que se pusieran de pie. También existen variaciones en la interpretación y el significado de los síntomas. Es habitual que los pacientes de edad avanzada digan que tienen “ansias”, lo que, en un primer momento y por proximidad gramatical, puede interpretarse como ansiedad, cuando en realidad se refieren a náuseas. También está el “me ahogo”,

Dos orillas, un mismo idioma: el reto de hablar medicina en español

entendido en Hispanoamérica como disnea; sin embargo, en España puede aludir a ansiedad, opresión u otras sensaciones. O el “se me fue”, empleado para describir una crisis de ausencia. Son variaciones sutiles que pueden determinar el ritmo y el devenir de la atención médica. Tampoco resultó inmediato identificar términos coloquiales como “mofletes”, “piños” o “pinreles”. La **RAE** no te prepara para esto. Las diferencias también se evidencian en el ámbito profesional. Explicar que “gripa” es una variante válida de “gripe”, al igual que “lagaña” de “legaña”, ambas reconocidas por la Real Academia Española, exigió más

¡Hola! ¿Hablas español?

de una controversia con mis colegas. Más de una sonrisa surgió entre mis compañeros sanitarios por mi forma de pronunciar “bazo”, que para ellos sonaba más cercano a “vaso”; así, hablar de una hemorragia en el bazo podía resultar, cuanto menos, curioso. También hubo anécdotas reveladoras: el día que tomé la frecuencia cardíaca a una paciente mayor y, cuando me preguntó cuánto tenía, respondí “tiene cien”. La paciente se llevó la mano a la sien de inmediato, lo que me produjo una mezcla de risa y ternura. Más allá de lo anecdótico, la movilidad de profesionales entre países que comparten lengua e historia genera un impacto profundo.

La combinación de la sólida infraestructura formativa y la disponibilidad de recursos en España con la amplia experiencia clínica adquirida en diversos contextos asistenciales de Hispanoamérica crea un entorno de alto valor añadido para el desarrollo profesional y la calidad asistencial. En ese intercambio continuo, ambas orillas no solo comparten conocimientos: se transforman mutuamente. Y cada vez que lo hacen, dejan una huella que trasciende generaciones, recordándonos que la salud, en el mundo hispano, ha sido y sigue siendo un proyecto común. escribe un lead en el que destquemos que medicos de ambas orillas tienen la misma lengua oerom en medicina



Javier Ardila Manjarres
Especialista en Medicina Nuclear
Hospital Gregorio Marañón

Dr. Giovanni Provenza

“Aunque el sistema no espere nuestros hijos sí”



La trayectoria del Dr. Giovanni Provenza condensa muchas de las realidades que atraviesan hoy miles de médicos en España. Formado en Venezuela, residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología – Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid) Presidente de la Asociación de Médicos Venezolanos en España (AMEVESP) y de la Federación de Médicos Iberoamericanos en España (FEAMIB) y padre de un niño pequeño. Su historia habla de migración, vocación, esfuerzo y conciliación en un sistema que no se detiene, pero que tampoco siempre acompaña.



Muchas veces veo crecer a mi hijo a través de una pantalla, entre guardia y guardia. Llego a casa agotado, sin energías, intentando sacar fuerzas para cuidar de mi esposa y de mi hijo.

¿Qué fue lo más difícil cuando decidiste emigrar a España?

Irte de Venezuela es como divorciarte estando enamorado. Yo era feliz allí. Tenía mi vida, mi vocación, mi camino profesional claro. Pero la situación política, económica y social, y sobre todo la persecución política que sufrimos muchos médicos por denunciar la crisis sanitaria de los hospitales, nos empujó a tomar la decisión de marcharnos.

No fue una aventura romántica ni una huida improvisada. Fue una decisión dolorosa, tomada desde la responsabilidad y la necesidad de sobrevivir y de poder seguir siendo médico.

¿En qué punto profesional estabas cuando llegaste a España?

Había terminado la carrera de Medicina en la Universidad Central de Venezuela y estaba cursando la residencia de Traumatología. Hice tres años allí. Además, fui dirigente estudiantil y activista gremial. Organizábamos una red de médicos a nivel nacional para denunciar públicamente la crisis sanitaria que aún persiste en los hospitales venezolanos. Eso tuvo consecuencias. Hubo persecución, amenazas, y finalmente tuve que dejar la residencia y el país. Fue una ruptura muy dura, no solo profesional, también personal.

¿Cómo fue el proceso de homologación y los primeros pasos en España?

La homologación del título de Medicina fue el primer gran obstáculo. En mi caso tardó seis meses, aunque hoy sabemos que hay compañeros esperando hasta dos años. Después vino la colegiación, que requería una carta deontológica que en Venezuela puede ser denegada como represalia a quienes emigramos.

Y luego llegó una realidad difícil de aceptar: los años de especialidad cursados en mi país no serían reconocidos. El Ministerio de Sanidad niega el reconoci-

miento de la especialidad a la inmensa mayoría de médicos extracomunitarios, obligándonos a empezar de cero.

Aun así decides preparar el MIR. ¿Cómo fue esa etapa?

Fue muy dura. Trabajar y estudiar para el MIR es, en muchos casos, una misión casi imposible. Yo no podía dejar de trabajar. Tenía que pagar alquiler, facturas y además ayudar económicamente a mi familia en Venezuela.

Me presenté tres veces al MIR. Obtuve números bastante correctos, pero no suficientes para Traumatología, que era lo que yo había hecho y lo que quería continuar. Ese periodo fue emocionalmente devastador.

¿Cuándo decides parar y replantearte el camino?

Tras el tercer intento entendí que necesitaba reconstruirme. Había perdido la paz mental. Dejé de preparar el MIR de forma intensiva y me dediqué a trabajar y a insertarme en la sociedad.

Fueron casi cuatro años de jornadas de hasta catorce horas diarias, sin apenas descanso. Trabajé en atención primaria, urgencias, colegios, empresas, polideportivos, piscinas, plataformas digitales... incluso como ayudante de quirófano en Traumatología en un hospital importante de Madrid. Aprendí, resistí y seguí adelante.



¿Qué te lleva a darte una última oportunidad con el MIR?

Decidí hacerlo en condiciones. Aproveché esos años de trabajo para ahorrar y crear un colchón económico. Dejé de trabajar y durante once meses viví prácticamente encerrado en una biblioteca, estudiando unas doce horas al día, sosteniéndome con los ahorros de años de esfuerzo.

Fue un ejercicio extremo de resiliencia, persistencia y fe. En 2022 conseguí finalmente la plaza de Traumatología en el Hospital Universitario Infanta Leonor. Tenía 33 años y empezaba de nuevo.

Ese momento coincide con tu paternidad. ¿Cómo se vive la conciliación durante la residencia?

Es una realidad de la que se habla muy poco. Hoy soy R4 de Traumatología y padre de un niño de año y medio. Entre cinco y siete guardias de 24 horas al mes, un salario claramente insuficiente y una carga física y emocional enorme, la vida familiar se convierte en un acto de equilibrio permanente.

Muchas veces veo crecer a mi hijo a través de una pantalla, entre guardia y guardia. Llego a casa agotado, sin energías, intentando sacar fuerzas para cuidar de mi esposa y de mi hijo.

¿Contáis con red familiar de apoyo?

No. No tenemos abuelos ni familiares cerca. Solo contamos el uno con el otro. Eso lo complica todo. Además, no tuvimos acceso a una guardería pública y tenemos que pagar una privada, casi 700 euros al mes, con el salario de residente. Es un esfuerzo doble. No es una queja, es una realidad objetiva.

¿Ser médico migrante añade una dificultad extra a la conciliación?

Sin duda. Cuando emigras vienes con una mano delante y otra detrás. Sin patrimonio, sin red familiar, sin apoyos. Aquí muchos compañeros cuentan con sus padres para ayudarles con los hijos, con una entrada para una vivienda o simplemente con tiempo. Nosotros no. Tenemos que esforzarnos el doble para todo: trabajar más, ahorrar más, resistir más. Y aun así, seguimos adelante.

Con todo lo vivido, ¿qué cambios crees que deberían abordarse?

No creo en discriminar entre médicos españoles y extracomunitarios. Todos compartimos los mismos objetivos: mejores condiciones salariales, mejores condiciones laborales, menos horas de trabajo, guardias de 24 horas que deberían desaparecer.

Hablamos de seis años de carrera, MIR, residencia, y de una responsabilidad enorme sobre la vida de las personas. Mejorar nuestras condiciones no es solo una cuestión laboral. Es una cuestión de calidad asistencial.

¿Qué te hace seguir adelante?

Mi familia. Amo mi profesión y volvería a elegir este camino. Pero también creo que es necesario hablar de estas realidades: de los médicos migrantes que sostienen el sistema, de los residentes que son padres, de las familias que esperan mientras el sistema no se detiene. Sigo adelante por mi familia, con ilusión y voluntad. Porque, aunque el sistema no espere, nuestros hijos sí. Y merecen algo mejor.



Halcón
viajes

OFERTAS EN VIAJES

4.495€

**30 SEPTIEMBRE
11 OCTUBRE 2026**

660 222 306

halcon091@halconviajes.com

New York

1.895€

1-7 OCTUBRE 2026



El parto que me devolvió la confianza

Los primeros días como médico residente en Madrid fueron una mezcla de vértigo, agotamiento y aprendizaje constante. Venía de otra realidad, de otro ritmo, de otro sistema. Todo me resultaba ajeno: las palabras en la historia clínica, la jerarquía hospitalaria, los turnos interminables, incluso el humor en la sala de médicos. Me perdía en el metro, confundía estaciones y llegaba tarde a las guardias con el corazón acelerado, intentando dar lo mejor de mí sin mostrar el caos interior que sentía.

Como R1, me esforzaba por adaptarme y demostrar que podía estar a la altura. A veces, con tanto empeño por encajar en el nuevo entorno, me olvidaba que ya traía experiencia clínica. Antes de comenzar la residencia en España, en Ecuador, había asistido múltiples partos durante mi etapa de internado y servicio rural. Pero aquí, en un gran hospital madrileño, esa parte de mi formación parecía quedarse en segundo plano.

Hasta que una noche, esa experiencia se convirtió en clave.

Estábamos de guardia en urgencias generales. La sala estaba saturada como de costumbre. En medio del ritmo frenético, ingresó una pareja joven. Ella estaba en trabajo de parto avanzado. Respiraba agitadamente, sudaba, y sostenía con fuerza la mano de su pareja. El personal que los recibió entendió de inmediato que el nacimiento era inminente.

El problema: urgencias de maternidad no estaba en ese edificio.

El jefe de guardia alzó la voz:
—¿Alguien ha atendido partos?

Hubo un instante de silencio. La mayoría de nosotros, como residentes de primer año, estábamos habituados a manejar emergencias cardiovasculares, accidentes o crisis médicas agudas. Un parto, en ese contexto, parecía fuera del libreto.

Levanté la mano y respondí con firmeza:
—Yo he atendido más de setenta partos en Ecuador.

Y en ese momento, junto al adjunto me asignaron a la paciente. Sentí una mezcla de nervios y determinación. Era residente, sí, pero también era una médica con experiencia en este terreno. Tenía claro lo que debía hacerse.

Con la ayuda de mis compañeros y un celador, trasladamos a la paciente en camilla por los pasillos internos hasta el edificio de maternidad. En el trayecto, me concentré en tranquilizarla. Le hablaba con calma, le pedía que respirara, que confiara. Su pareja caminaba junto a nosotros, con el rostro lleno de miedo y esperanza.

Una vez en maternidad, nos coordinamos rápidamente con el equipo de obstetricia. El parto fue corto, sin complicaciones. El bebé nació fuerte, con un llanto potente que se sintió como una victoria. El equipo me agradeció por la rapidez y la firmeza.

Ese día no solo nació un bebé. Nació también una versión más segura de mí misma.

Salí de esa sala sabiendo que ser médico residente migrante no era empezar de cero. Mi experiencia contaba. Mi historia médica también era válida. Ser extranjera no resta, aporta y suma. Y ese parto fue la prueba más clara de ello.



Carmen Cervantes Guijarro
Especialista en Medicina de Familia y
Doctorado en Pediatría

Programación Médicos Seniors (marzo, abril y mayo)

Ciclo de Apreciación Musical (11:00 h)

Lunes 2 de marzo — Beethoven. El genio

Lunes 23 de marzo — La música sacra

Lunes 13 de abril — Dvorak y su sinfonía del Nuevo Mundo

Lunes 11 de mayo — La música en el cine

Ciclo de Acercamiento a la Ópera (11:00 h / inscripción previa)

Jueves 5 de marzo — Tosca (Puccini)

Jueves 26 de marzo — La Pasajera (WEIMBERG, así aparece en el programa)

Jueves 16 de abril — Dúos, tríos, cuartetos y demás... J

Jueves 14 de mayo — sesión del ciclo

Conferencias de Historia de Madrid (18:00 h)

Martes 17 de marzo — La mala vida en Madrid

Martes 21 de abril — El ensanche de la Ciencia

Martes 12 de mayo — Madrid, gran laboratorio de arquitecturas

Martes 24 de marzo — La villa romana de Noheda (Cuenca). Descubrimiento y actualidad

Martes 28 de abril — Conferencia del Grupo ASEMEYA

Martes 26 de mayo — Conferencia del Grupo ASEMEYA

Aula Lúdica (horarios fijos semanales)

Tiempo de Poesía — primer lunes de mes, 17:00 h

Taller de Lectura — tercer lunes de mes, 17:30 h

Mus y juegos de cartas — jueves, 18:00 h

Sevillanas — miércoles, 19:30 h

Conversaciones de inglés — viernes por la mañana



La adicción nunca viene SOLA

Carta a los profesionales sanitarios

Queridos compañeros:

Quizá sea una frase exagerada, porque siempre decimos que “la medicina no es matemática”, y el siempre y el nunca no suelen ser exactos. Pero sí que sirve para reflexionar sobre esta realidad: es frecuente la presencia de otra patología mental en las personas que padecen un trastorno adictivo.

A esto se la ha llamado de múltiples formas, (trastorno dual, comorbilidad), aunque en castellano la más aceptada es la de patología dual (Gonzalez Mendez, G. Patología dual: Definición, historia y recursos. 2020). Por aclarar y que no queden dudas, este concepto hace mención a la presencia en la misma persona de dos patologías: una conducta adictiva y otro trastorno mental; situaciones que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial.

Si revisamos bibliografía caemos en la cuenta de que esta asociación es muchísimo más frecuente de lo que nos podíamos imaginar. Los estudios, entre ellos el “Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente”, realizado por N. Szerman y colaboradores en 2013, determinan que un 70% de pacientes con diagnóstico de adicción presentan, de forma simultánea o secuencial, otra patología mental. De hecho, muchos expertos consideramos que la realidad supera ese dato, acercándose al 100%. Dicho de otra forma, cuando nos enfrentamos a una persona que tiene un trastorno adictivo, es casi seguro que, además, presente otra patología mental. Y mi experiencia clínica me hace concluir que si no la hemos diagnosticado, quizá es que no la hemos buscado bien.

Si lo pensamos, no es tan rara esta afirmación. En muchos casos, la práctica clínica nos demuestra que los problemas de consumo son consecuencia de un malestar psíquico subyacente. Lógicamente, las sustancias tienen tanto poder adictivo que su con-

sumo se convierte en un problema en sí mismo, y en la consulta lo que vemos es la coexistencia de ambas situaciones. Podríamos realizar el ejercicio de “Dime lo que consume y te diré lo que le pasa”, en el que ponemos el peso en entender el consumo como un síntoma más. Y a veces podemos ejecutar el ejercicio contrario, “Dime qué le pasa y te diré que consume”, analizando la patología mental existente y deduciendo qué tipo de sustancia será más frecuente que consuma la persona.

El abordaje de la patología dual es tan complejo que supone un reto para el sistema sanitario y el personal que lo compone. La colaboración entre todos los profesionales implicados, es clave para lograrlo. Detectar a tiempo permite ofrecer un tratamiento más efectivo y mejorar las perspectivas de recuperación. Y a eso tenemos que añadir los problemas relacionados con el lugar donde se realiza el abordaje, ya que es habitual contar con redes paralelas para atender esta patología: salud mental por un lado, y la red de atención a las adicciones, por otra. Y esta dualidad puede retrasar los procesos, y marear a la persona que busca ayuda siendo rebotada de recurso en recurso.

La adicción nunca viene sola, y es necesario tratar ambas realidades diagnósticas. El abordaje de la patología dual es un gran reto. Exige formación entre el personal sanitario para detectarlo, sensibilidad para atenderlo y coordinación asistencial para tratarlo. De nosotros y nosotras depende.



Juan Jesús Hernández
Especialista en Medicina de
Drogodependencias



Medicina Intensiva Sin Fronteras

Kapil Nanwani, médico intensivista del Hospital Universitario La Paz y colaborador de la iniciativa UCI Sin Fronteras impulsada por la SEMICYUC, defiende un modelo de cooperación responsable centrado en la transferencia de conocimiento y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios locales. Desde su doble experiencia clínica y humanitaria, reflexiona sobre el papel de la Medicina Intensiva en contextos con recursos limitados y sobre el valor —todavía insuficientemente reconocido— de la especialidad en el ámbito de la cooperación internacional.

¿Qué es UCI Sin Fronteras y con qué objetivo nace?

UCI Sin Fronteras nace en marzo de 2022 como una iniciativa solidaria impulsada por la SEMICYUC con un objetivo muy concreto: coordinar programas de cooperación sanitaria internacional en países con recursos sanitarios limitados desde el rigor, la planificación y el compromiso a largo plazo. No se trata de actuar de forma puntual, sino de mejorar de manera sostenible la atención al paciente crítico mediante la transferencia de conocimiento, la formación y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios locales.

¿Cómo se articula el trabajo de UCI Sin Fronteras sobre el terreno?

El proyecto moviliza a médicos intensivistas y personal de enfermería especializados en cuidados críticos, combinando estancias presenciales, formación online y telemedicina. El enfoque parte siempre de un análisis previo de las necesidades locales y de acuerdos de colaboración que permitan no solo intervenir, sino formar a los profesionales que posteriormente asumirán la atención de los pacientes.

El primer proyecto fue especialmente significativo: la puesta en marcha de una UCI completa en el Hospital de Nemba, en Ruanda. El objetivo no fue únicamente implantar la unidad, sino garantizar su continuidad mediante la capacitación del personal local y la creación de estructuras sostenibles.

¿Qué papel desempeñan los médicos intensivistas en contextos de cooperación internacional?

Los intensivistas y la enfermería especializada en cuidados críticos desempeñan un papel clave, no solo como clínicos, sino también como formadores y asesores en la organización de la atención al paciente grave, tanto en las UCIs como en los servicios de Urgencias y Emergencias.

Desde UCI Sin Fronteras se comparten competencias técnicas esenciales —soporte vital, ventilación mecánica o manejo de la sepsis—, pero también se capacita al personal local para aplicar los principios de la Medicina Intensiva adaptados a contextos con recursos limitados. El objetivo es reforzar la autonomía de los equipos locales y su capacidad para atender a pacientes críticos de forma segura y eficaz.

¿Qué aporta la UCI en escenarios de crisis humanitaria?

En entornos humanitarios, la UCI aporta estructura, método y organización. La introducción de herramientas como el triaje sistemático, las listas de verificación o los equipos de respuesta rápida mejora la toma de decisiones, estandariza procesos y contribuye a reducir la mortalidad y el sufrimiento, incluso con medios escasos. Sin embargo, sigue existiendo una escasa visibilidad y reconocimiento internacional de la Medicina Intensiva en el ámbito de la cooperación. A pesar del papel desempeñado durante la pandemia, la especialidad no está formalmente reconocida en muchas organizaciones, que rara vez demandan intensivistas, probablemente por desconocimiento del valor añadido que aportan. Tampoco siempre se facilita la homologación internacional del título ni la inclusión de estos especialistas en convocatorias oficiales. En este contexto, los Colegios de Médicos pueden y deben asumir un papel más activo en la defensa y visibilización de la especialidad.

¿En qué proyectos de cooperación ha participado personalmente y qué aprendizajes destacaría?

A lo largo de mi trayectoria he participado en proyectos de cooperación sanitaria internacional en Ruanda, Etiopía (Jimma, en el marco de la AECID), Ghana (Ho), así como en campamentos de refugiados en Tindouf (Argelia) y Tesalónica (Grecia). Estas experiencias refuerzan una idea clave: la coopera-



Kapil Nanwani
FEA de Medicina Intensiva durante las
jornadas que dedica a la formación
en hospitales de Ruanda y Etiopía

Para muchos, acceder a una atención básica no puede confundirse con el volunturismo ni con una experiencia personal desvinculada del impacto real



La cooperación debe basarse en la adaptación, la docencia y la sostenibilidad. La cooperación no puede confundirse con el volunturismo ni con una experiencia personal desvinculada del impacto real. No es un ejercicio de heroísmo ni una oportunidad para la fotografía emotiva, sino un compromiso ético que exige humildad, respeto y responsabilidad.

¿Cuál es, a su juicio, el verdadero sentido de la cooperación sanitaria?

La cooperación efectiva no consiste en imponer modelos externos, sino en escuchar, comprender y fortalecer las capacidades locales. Implica una inmersión cultural profunda y el esfuerzo por entender el porqué de cada práctica. No se trata de “ir a hacer mano”, sino de construir conocimiento y sistemas que permanezcan cuando ya no estemos allí.

Además, muchos problemas sanitarios tienen raíces estructurales —agua, educación, infraestructuras o logística— que requieren una mirada integral. Cooperar implica abandonar el paternalismo, aceptar la complejidad política y cultural de cada escenario y actuar siempre desde una premisa ética clara: no se justifica hacer fuera lo que jamás haríamos en nuestro propio país.

¿Cuáles son las principales dificultades clínicas, logísticas y humanas sobre el terreno?

Las UCIs en entornos de bajos recursos afrontan importantes limitaciones de infraestructura, equipamiento y personal especializado, lo que obliga a adaptar los protocolos clínicos y a priorizar la formación continua como herramienta fundamental para mejorar la atención. Desde el punto de vista logístico, la escasez de suministros, el mantenimiento deficiente de los equipos y la inestabilidad en la provisión de medicación u oxígeno dificultan la atención al paciente crítico. En el plano humano, los cooperantes se enfrentan a barreras culturales y lingüísticas y a una elevada carga emocional derivada del sufrimiento evitable, lo que exige sensibilidad, resiliencia y sólidas habilidades de comunicación intercultural.

¿Cómo se equilibra la alta exigencia técnica de la Medicina Intensiva con los recursos limitados?

Este equilibrio se logra mediante una adaptación pragmática de las prácticas clínicas y una apuesta firme por la formación. En UCI Sin Fronteras se prioriza la transferencia de conocimientos y técnicas adaptadas al contexto local, más que la replicación de modelos tecnológicos propios de países desarrollados. A través de programas de capacitación continuada, simulación clínica y adaptación de guías, es posible ofrecer una atención crítica eficaz optimizando los recursos disponibles.

¿Qué impacto tiene la cooperación internacional al regresar a la práctica clínica en España?

La cooperación fortalece la capacidad de adaptación, la creatividad clínica y la toma de decisiones en escenarios complejos. Refuerza la atención basada en los principios esenciales del soporte vital y desarrolla habilidades humanas clave, como la empatía, la comunicación intercultural y el liderazgo.

Además, compartir estos aprendizajes en los equipos de origen enriquece la práctica clínica diaria y contribuye a una medicina más reflexiva, eficiente y humana.



Para muchos, acceder a una atención básica es una odisea; y cualquier gesto de cooperación, por pequeño que parezca, puede cambiar literalmente una vida.

¿Cómo pueden implicarse otros profesionales interesados en la cooperación internacional?

UCI Sin Fronteras ofrece distintas vías de participación, incluso para quienes no tienen experiencia previa. Es posible colaborar desde España mediante docencia online, apoyo en tareas de difusión, participación en iniciativas solidarias o integración progresiva en los programas del proyecto. La cooperación no empieza necesariamente sobre el terreno, sino con formación, compromiso y participación continuada.

Muerte intrauterina

Certificados Médicos sensibles con la experiencia de la muerte de un hijo en el seno materno



Cada vez más padres piden recuperar el cuerpo de su hijo para enterrarlo o incinerarlo y poder así despedirse de él más allá del ámbito hospitalario, y tener un lugar donde hacerlo presente. Se amparan en la sentencia el Tribunal Constitucional (1 de febrero de 2016 nº. 533/2014) que reconoce el derecho de los padres a disponer el cuerpo de su hijo en cualquier fase de gestación.

En el caso de los nacidos sin vida no existe un documento médico oficial que certifique el alumbramiento sin vida. Cada hospital prepara el suyo.

Para enterrar o incinerar un bebé nacido sin vida (fallecido en el seno materno), en cualquier semana de gestación, como en el caso de un adulto, se requiere un certificado médico. Cuando el bebé tiene 180 días de gestación o más, en muchos lugares ha servido para permitir el enterramiento o incineración el certificado que se entrega en el registro civil para su inscripción obligatoria. Aunque ningún registro lo ha reclamado hasta el momento, en este certificado pone expresamente que debe acompañarse por un certificado médico. Si el bebé fallecido tiene menos de 180 días de gestación, la cuestión se complica. Como en este caso los bebés no se inscriben en el registro civil, cada hospital ha diseñado modelos propios para posibilitar la disposición privada del cuerpo del hijo. Al no haber un certificado oficial, algunos profesionales dudan sobre cual rellenar o incluso se cuestionan si los progenitores pueden disponer del cuerpo del bebé para enterrarlo o incinerarlo (y tampoco les ofrecen esta posibilidad).

Hay otra situación que cada vez se da más, y que no está contemplada en la mayoría de los protocolos hospitalarios: cuando la madre y/o el padre quieren enterrar/incinerar a través de una funeraria a los bebés fallecidos antes de las 10/12 semanas de gestación que nace sin vida en el domicilio familiar. La funeraria, también en este caso, necesita un certificado médico.

Este certificado médico de óbito fetal tiene un valor emocional muy importante para los padres.

La mayor parte de los hospitales sensibles a toda esta realidad, al desarrollar el plan de humanización de la salud, han adaptado sus protocolos para acoger el parto de los nacidos sin vida acompañando a la madre/los padres en este momento tan inesperado y doloroso. Se les propone hacer fotos, pasar tiempo con el bebé, hacer una cajita de recuerdos... Pero cuando llega el momento de preparar el certificado médico, con frecuencia se emplea una terminología sanitaria que no tiene en cuenta todo el valor emocional que tiene ese documento para las madres y padres: se emplean términos como "resto humano", "restos biosanitarios", "restos abortivos", "expulsión del feto" o "el expulsivo", que los padres reciben como punzadas.

"Se portaron súper bien conmigo en ese quirófano. El anestesista me dijo: '¿Con qué quieres soñar, princesa?'. Le dije que con mi bebé. Él me pidió algo alegre, pero le dije que lo mejor que podía hacer cuando me iban a quitar a mi niño era poder soñar con él y despedirme. Me dijo: 'Pues si quieres soñar con tu bebé, te hago soñar con tu bebé'. Y me puso la anestesia. Cuando salí, dije en atención al paciente: 'Acabo de perder a mi hijo y me acaban de hacer un legado. Quiero a mi bebé. Y no me iré de aquí si no me decís cómo puedo recuperar a mi hijo'. Entonces tuve que firmar un papel horrible: restos biológicos de legado. Era la forma oficial para poder recuperar su cuerpo, pero se portaron fenomenal con nosotros desde el primer momento, y les enviamos una carta de agradecimiento.

La ginecóloga que me vio después del legado nos dijo: 'Siento la pérdida de vuestro hijo'. Fue la primera sanitaria que nos dijo 'vuestro hijo' y no 'el feto'. Entendió nuestro dolor y nos derivó para recibir apoyo psicológico donde contamos todo lo que habíamos pasado, y nos indicaron que lo trasladarían a la comisión de perinatal, para intentar evitar que otros padres tuvieran que pasar por el mismo proceso que nosotros, y que no tengan que firmar el papel que tuve que firmar yo..." (Beatriz y Alejandro, Madrid)

Ante esta situación y otras similares, desde la asociación de padres Red Hueco de mi Vientre, junto con En Vela (funeraria para bebés fallecidos en fase gestacional o perinatal) hemos contactado con algunos obstetras en hospitales de referencia de distintas comunidades autónomas para trabajar juntos en un certificado médico de nacidos sin vida (independientemente de las semanas de gestación): validado por obstetras, que emplee una terminología sensible a lo que están viviendo las madres y padres y que sea reconocido por los distintos organismos o entidades privados ante los que los progenitores tienen que acreditar el fallecimiento de su hijo. Varios ya han mostrado su voluntad de participar.

El beneficio de un certificado médico, que permita certificar la muerte intrauterina en cualquier semana de gestación es múltiple: para el hospital, supone agilidad porque hay un protocolo definido que tiene en cuenta todas las situaciones, incluida la más compleja, del nacimiento en domicilio; para los obstetras, un certificado que humaniza la relación con los progenitores; para las madres y padres, es un documento que reconoce la dignidad de su hijo/a.



Este esfuerzo por adaptar la terminología oficial médica al sentir de los padres se une al esfuerzo de otras instituciones como el Registro Civil. El 9 de Agosto del 2023, conscientes del valor emocional que para los progenitores tiene la inscripción de sus hijos, el Registro Civil cambió el nombre de "archivo de legajo de criaturas abortivas" a "archivo de nacidos sin vida con más de 6 meses de gestación", permitiendo poner el nombre del niño e incluir el del padre. Son documentos con gran valor emocional para las madres y padres, que ayudan a transitar el duelo.



Emma Contreras fundadora de la Asociación Red el Hueco de mi Vientre
Helena Acín fundadora de En Vela.

Consultorio de medicina deportiva y ejercicio físico

¿Cómo adaptar la prescripción de ejercicio en mujeres posmenopáusicas con osteopenia o artritis leve?

La osteopenia es muy común en mujeres después de la menopausia y representa una etapa previa a la osteoporosis. En este punto, modificar el estilo de vida —y en especial, incorporar ejercicio físico— se vuelve clave como parte del tratamiento. Pero no se trata de recomendar actividad física de forma general, sino de prescribirla como una intervención clínica, bien estructurada y personalizada.

Cualquier programa de ejercicio debe partir de una evaluación individual. Es fundamental considerar factores como la edad, el nivel funcional previo, si hay dolor articular, enfermedades asociadas, riesgo de caídas y antecedentes de fracturas por fragilidad. No todas las mujeres con osteopenia ni con artritis leve necesitan el mismo plan, así que adaptar el ejercicio es esencial para asegurar tanto la eficacia como la seguridad y la adherencia al tratamiento.

El ejercicio de fuerza es el pilar principal dentro del abordaje no farmacológico en este perfil de pacientes. Aplicar cargas mecánicas adecuadas estimula el tejido óseo, mejora la masa muscular y favorece la estabilidad articular. Lo ideal es realizar este tipo de entrenamiento entre dos y tres veces por semana, dejando días de descanso entre sesiones, y ajustando la intensidad de forma progresiva, según la tolerancia de cada persona. Se deben priorizar ejercicios funcionales y que involucren varias articulaciones, cuidando siempre el rango de movimiento, el peso utilizado y la técnica, especialmente si la paciente tiene síntomas de artritis.

Por otro lado, el ejercicio aeróbico cumple un rol complementario. Mejora la capacidad cardiovascular y la funcionalidad general. Caminar, usar bicicleta estática o ejercitarse en agua son buenas opciones. Aunque estos ejercicios aportan beneficios generales, su impacto sobre la densidad ósea es limitado si no se combinan con entrenamiento de fuerza. En mujeres con osteopenia sin molestias articulares importantes, el ejercicio con impactos leves o moderados puede resultar útil. En cambio, si hay artritis, conviene evaluar caso por caso y, en muchos casos, optar por alternativas sin impacto repetitivo.

También es muy importante incluir ejercicios que mejoren el equilibrio, la propiocepción y la movilidad articular. Estos componentes ayudan a prevenir caídas y a mantener la autonomía. Deben introducirse de forma progresiva, cuidando la ejecución y evitando movimientos que generen inestabilidad o pongan en riesgo a la paciente.

En mujeres con artritis leve, es fundamental tener especial cuidado durante periodos de mayor inflamación. Si el dolor dura más de 24 a 48 horas después de una sesión o si aparecen síntomas inflamatorios persistentes, es necesario ajustar la carga, la intensidad o incluso el tipo de ejercicio. En estos casos, resulta más útil centrarse en el fortalecimiento muscular alrededor de las articulaciones y en mejorar el control neuromuscular, en lugar de insistir con ejercicios de impacto.

En resumen, para mujeres posmenopáusicas con osteopenia o artritis leve, el ejercicio debe entenderse como una herramienta terapéutica, con indicaciones claras, contraindicaciones y criterios de progresión bien definidos. Una prescripción individualizada, progresiva y supervisada no solo ayuda a frenar la pérdida ósea y a mejorar la función articular, sino que también impacta positivamente en la calidad de vida y en la prevención de complicaciones a mediano y largo plazo.



El embrión preimplantatorio: repercusiones éticas

Una biología con escasa base crítica da lugar a conclusiones tergiversadas con consecuencias dramáticas en ética médica.

Un ejemplo especialmente llamativo en esta materia viene de la mano cómo se ha asumido por el mundo científico, de forma prácticamente incuestionable, en embriología y en obstetricia humanas que los gemelos monozigóticos se originan por división del embrión durante los catorce días que siguen a la fecundación. Pero, ¿tiene base real y cierta esa suposición?

El Prof. Herranz, afrontó esta importante cuestión, que tiene profunda resonancia médica y social, y se vio obligado a responder:

"En muchos ambientes docentes y de investigación se tiene por cierto que el ser humano (el embrión) adquiere la individualidad en el día catorce de vida; hasta ese día es susceptible de división (gemelación)".

En embriología, obstetricia y genética humanas se tiene por un dato firme, iba a decir que dogmático, indiscutido, que los gemelos monozigóticos se originan por división del embrión a lo largo de los catorce días que siguen a la fecundación. Este es el argumento número uno para justificar que antes de esa fecha el embrión

es algo fluido, incapaz de recibir reconocimiento ontológico,

como si fuera una cosa. En consecuencia, la destrucción de embriones de menos de catorce días, tanto in vitro como in vivo, es una acción sin repercusiones éticas: no se lesiona o destruye ningún ser humano digno de respeto.

Por su fuerza persuasiva (no puede ser individuo humano aquello que sea capaz de dividirse, porque empíricamente sabemos que el ser humano es unitario, y no se divide), se ha hecho especial hincapié en el "hecho" de la gemelación monozigótica."

Entonces ese "hecho" de la gemelación monozigótica ¿Participa más de la teoría o de la verdad?

"En gemelología se discuten muchas cosas, incluso que hay que revisar si los gemelos fraternos se producen por fecundación de ovocitos ovulados simultáneamente. Pero la cronología de los gemelos monozigóticos determinada por la estructura de sus membranas, es cosa pacíficamente aceptada por todos. Con leves diferencias, está establecido que los gemelos monozigóticos se producen al escindirse un embrión en dos."

El Prof. Herranz cuestiona esa teoría y da su explicación:

"...me pregunté un día: esto, ¿es un relato de hechos observados o una conjetura? Que yo sepa, nadie ha



Gonzalo Herranz Rodríguez, profesor honorario de Ética Médica

Homenaje a Gonzalo Herranz. Madrid: Organización Médica Colegial. ISBN 978-84-616-3669-3.

visto escindirse y originar dos gemelos. ¿De dónde ha salido entonces esta explicación? ¿Quién la ha puesto en circulación? Y desde entonces, me he dedicado a esa tarea con ahínco: prácticamente no he hecho otra cosa. Pensaba que era una incongruencia, por no decir que una irresponsabilidad, de científicos y teólogos, no solo aceptar como hecho sólido algo que nunca ha sido observado empíricamente, sino además emplearlo como el punto de apoyo de argumentaciones y de conclusiones morales de enorme trascendencia."

Y trabajando en el esclarecimiento de lo que ocurre en este importante tema de la gemelación monoigótica, sigue refiriendo:

"Estoy persuadido de que el esquema dominante de la cronología de la gemelación debe su aceptación universal a su lógica interna, a su racionalidad. Y bien puede ocurrir que mucha de esa aceptación se deba a que el esquema viene muy bien a los que desean justificar éticamente la destrucción y pérdida de embriones. El esquema tiene una cara biológica y otra política. Es, en fin de cuentas, el apoyo más firme de la noción de preembrión".

Pero nunca se ha examinado a fondo, no ha sido validado biológicamente. En concreto, nadie ha explicado cómo se puede dividir en dos un embrión de más de cinco días, un embrión de estructura ya algo compleja, sea un blastocisto en fase de trofoblasto y masa celular interna, ya sea un blastocisto en fase de implantación, con trofoblasto invasivo y disco embrionario. Nadie ha explicado qué fuerzas dividen y separan en dos la masa celular interna inicial, y dejan sin dividir el trofoblasto, cuando sabemos que entre ambos (masa celular interna y trofoblasto) se dan unas relaciones muy estrechas; o, mucho más difícil, cómo se produce la escisión en dos de un embrión que tiene ya un endodermo y un saco vitelino primitivo...

En fin: se ha impuesto de modo universal ese esquema de la cronología de la gemelación. Pero no ha sido demostrado. Ni siquiera se ha tratado de apoyarlo en pruebas empíricas.

Y llega a la conclusión de que:

"Creo que en este asunto del llamado "estatus" biológico y ético del embrión humano ha llegado el mo-

mento de que los científicos nos escandalicemos de nosotros mismos, por haber aceptado sin examen (por ignorancia, por ir gregariamente con la mayoría, o, a veces lo pienso, por táctica ideológica; por razones no científicas, en todo caso) una explicación que está paralizando el pensamiento y el progreso científico: seguimos, prácticamente, en donde estábamos en 1922 o en 1955. No se ha dado un paso adelante en la génesis morfológica de la gemelación."

A la hora de dar su propia opinión a esta cuestión, la expresa con claridad:

"Después de lo que antecede, me parece inapropiado entrar en el coro de los "imaginadores". He pensado que se puede dar una explicación más coherente y unitaria del asunto. La formularé brevemente. Consiste en postular que la gemelación se produce en la fecundación. La idea no es totalmente original, pues ya había sido insinuada en el siglo XIX. Propone, de entrada, que los gemelos se originan de una fecundación que da origen no a dos blastómeros, como es lo ordinario, sino a dos cigotos, cada uno de los cuales inicia su propio desarrollo."

... A mí modo de ver, la larga e inerte permanencia de la doctrina estándar sobre la cronología de la gemelación debe mucho a la influencia convergente de las políticas contraceptivas y de la aceptación social de la reproducción asistida. La embriología desempeñó un simple papel instrumental, de apoyo." (En Desde el corazón de la Medicina, libro Homenaje al Prof Gonzalo Herranz, 2013, p 83-89).



Juan Llor Baños
Profesor de Master en Ética Médica. Especialista en Medicina Interna y Enfermedad Alcohólica.

ANNAPURNA

cuando la medicina también suena



La medicina exige cabeza fría; la música permite dejar hablar al corazón. Cuatro médicos (Álvaro, Mike, Jorge y Valín), un escenario y la convicción de que cuidar también pasa por crear. Entre guardias, ensayos y canciones, Annapurna demuestra que hay vida —y música— más allá del hospital. Hablamos de la banda Annapurna

¿Cuándo os disteis cuenta de que la música no era solo un hobby, sino una parte esencial de vuestra identidad, incluso conviviendo con la medicina?

Los cuatro hemos convivido con la música desde pequeños y ha formado parte de nuestra vida desde siempre. Nos encanta escuchar música y siempre hemos encontrado en ella una forma de expresarnos. Aunque Annapurna haya llegado en nuestra actual etapa en Madrid durante la residencia, todos tocamos instrumentos desde hace años y hemos tenido otros grupos de música previamente, por lo que la música y la medicina siempre han convivido con nosotros de forma paralela.

¿Qué os aporta Annapurna que no encontráis en vuestra práctica profesional como médicos?

Principalmente desconexión. No es una sorpresa para nadie que la residencia y la medicina en general absorbe mucho tiempo de la vida personal, y muchas veces es difícil dejar de pensar en ello incluso fuera del puesto de trabajo. Con la música buscamos precisamente alejarnos de todo eso durante un rato, explorar ideas y sentimientos que muchas veces quedan relegados a un segundo plano por el estrés y la urgencia con la que vivimos en la sociedad actual, y es importante reconectar con ellos y con las propias emociones.

La medicina y la música comparten exposición emocional, presión y exigencia. ¿En qué puntos sentís que se cruzan vuestros dos mundos?

La exigencia es algo inherente a cada uno y en nuestro caso la utilizamos en nuestro favor. Nos gusta hacer las cosas bien en todos los ámbitos de

nuestra vida y creemos que siempre otorga mucha más satisfacción posterior. En cuanto a la exposición emocional y la presión, la medicina y en la música se viven de forma completamente distinta: mientras en el hospital intentas buscar reducirlas y que no te afecten en el día a día, en la música podemos permitir que fluyan todo lo necesario, y eso creemos que ayuda tanto a nivel de salud mental como para conocerse mejor. Es nuestra forma de liberación de todas esas emociones.

Golpes, flores habla de heridas, fragilidad y belleza. ¿Hasta qué punto esas ideas conectan con vuestra experiencia personal y profesional?

Con este primer EP, y en realidad con todas nuestras canciones, buscamos hablar de nuestra vida fuera del hospital, como hemos dicho anteriormente, para intentar escapar de esa rutina. Sabemos que nuestro trabajo implica una sensibilidad importante de cara a tratar con personas en momentos delicados, y eso probablemente nos haga más sensibles a ciertas cosas, y el hecho de vivir situaciones vitales complejas te hace valorar todo más intensamente.

¿La música os ayuda a gestionar el cansancio, la incertidumbre o la carga emocional que conlleva ejercer la medicina?

Desde luego, y creo que es su principal virtud y utilidad para nosotros. En la música encontramos nuestra forma de expresarnos, liberarnos y soltar la presión, y desde luego divertimos. De eso se impregnan nuestro sonido y nuestras letras, o al menos así lo intentamos.



ANNAPURNA es una banda de indie rock formada en 2023 por Adrián Navarro (batería), Álvaro Álvarez (guitarras), Mike Navarro (voz y guitarras) y Jorge Valín (voz y bajo).

¿Habéis sentido alguna vez que teníais que “elegir” entre vocación médica y vocación artística, u hoy las vivís como caminos complementarios?

Nunca lo hemos visto como mundos contrarios, son dos partes de nuestra vida que se alimentan una de otra de forma complementaria, y nos aportan distintas cosas en cada ámbito. Encontrar equilibrio entre medicina y música hace que seamos mejores en cada uno de estos ámbitos.

¿Qué le diríais a otros médicos que sienten inquietudes creativas, pero no se atreven a explorarlas?

Nos parece muy importante a nivel personal para cualquier persona explorar su parte creativa e imaginación, y no solo quedarse en la rutina diaria. Hay mucha gente que no se siente atraída por compartir sus creaciones, y eso también está bien, pero mantener nuestra imaginación encendida aporta beneficios a todo el mundo, independientemente la esfera creativa que le llame más a cada uno.

Mirando al futuro, ¿qué lugar queréis que ocupe la música en vuestra vida, más allá de los escenarios?

No sabemos hasta dónde llegará Annapurna, ojalá dure muchos años y nos haga crecer y tocar en el mayor número de lugares posible, pero en cualquier caso tenemos claro que la música siempre formará parte de nuestra vida. Sea en la forma que sea, siempre viajará con todos nosotros y ocupará una parte importante de nuestros caminos, ya sea tocando, asistiendo a otros conciertos o simplemente escuchando y descubriendo y escuchando nueva música.

El EP debut de la banda Annapurna se titula "Golpes, flores", lanzado en 2025



Un espacio tranquilo para parar, pensar y conversar.
Cocina de calidad, buen café y un entorno con historia,
en pleno centro de Madrid.

*Menús de comida y desayunos
Opciones vegetarianas y veganas*

Horario
Lunes , miércoles y viernes · 09.30 a 17:00h
martes y jueves 09:30 a 19:00 h

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
C/ Santa Isabel, 51

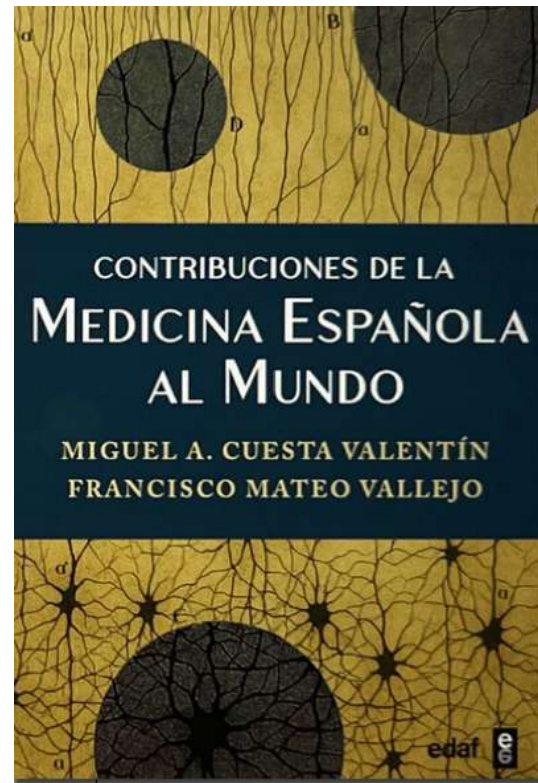
Un manual esencial para entender y tratar el síndrome postcuidados

Contribuciones de la medicina (y biología) españolas al mundo, publicada por la editorial EDAF, es una obra colectiva ambiciosa y necesaria que viene a poner orden —con rigor, método y visión de largo recorrido— en un legado científico que, con demasiada frecuencia, ha sido infravalorado o insuficientemente difundido.

El volumen está coordinado y editado por el **Miguel Ángel Cuesta Valentín**, catedrático emérito de Cirugía en el Amsterdam UMC (Universidad de Ámsterdam), y por el **Francisco Mateo Vallejo**, Académico de Número de la Real Academia de Medicina. La doble mirada —científica e historiográfica— de ambos responsables se traduce en un libro bien estructurado, sólido en las fuentes y claramente orientado a divulgar conocimiento sin perder profundidad.

La obra ha sido presentada en sedes de alto valor simbólico y académico, como el Ateneo de Madrid, el Real Casino de Madrid y la Real Acadèmia de Medicina de Catalunya, reforzando su carácter institucional y su vocación de referencia dentro del panorama científico y cultural español.

Uno de los ejes centrales del libro es la aportación del Dr. Francisco Mateo Vallejo, autor de varios ca-



pítulos que recorren figuras clave de la historia biomédica española. Desde Miguel Servet y el descubrimiento de la circulación menor, pasando por Antonio de Gimbernat y la consolidación de la cirugía moderna, hasta perfiles contemporáneos como Luis Rojas Marcos o Rafael Yuste, los textos combinan precisión histórica, claridad expositiva y una narrativa accesible que facilita la lectura sin sacrificar rigor.

A estas contribuciones se suman las de otros Académicos de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Destaca el capítulo del Carlos Márquez Espinós sobre la Expedición Balmis, uno de los hitos más relevantes de la salud pública internacional, así como el trabajo del Antonio Martín Mateos dedicado a Manuel García y la invención del laringoscopio, instrumento clave para el desarrollo de la otorrinolaringología y la foniatría modernas.

En conjunto, Contribuciones de la medicina (y biología) españolas al mundo se presenta como un mapa histórico y crítico de la ciencia biomédica española, dirigido tanto a profesionales sanitarios, investigadores y estudiantes como a lectores interesados en comprender el impacto internacional de nuestra tradición científica.

Si eres médico y has publicado un libro, queremos contar contigo en Sala de espera. Envíanos título, editorial/año, una sinopsis breve y la portada a comunicacion@icomem.es

El arte de sanar desde las entrañas



“Siempre adelante” de **Valentín Fuster** no es una autobiografía de escaparate: es una hoja de ruta de criterio y liderazgo basada en trabajo sostenido, errores y aprendizaje real. Parte de un cambio de rumbo (de querer ser tenista a orientarse a la medicina tras conocer a Pedro Farreras Valentí) y desarrolla una narrativa muy “de largo plazo”: formación, investigación, caídas y mejora continua. El valor diferencial está en el enfoque práctico: explica cómo se impulsaron líneas de investigación clave para entender el infarto y consolidar la prevención cardiovascular moderna, sin perder de vista dilemas personales y ética profesional. El mensaje para nuevas generaciones es nítido y poco marketiniano (por eso funciona): sin atajos, con disciplina diaria, buenos mentores y sentido de servicio. Siempre adelante es, en resumen, un recordatorio estratégico de que la excelencia se construye a base de constancia... y de no confundir velocidad con progreso.

Fuster insiste en el hábito como infraestructura —rutinas, foco, prioridades claras— y en la importancia de tomar decisiones coherentes incluso cuando no son las más cómodas.

En un contexto donde todo se mide en el corto plazo, el libro funciona como una vacuna contra la impaciencia: pone en valor el legado, el oficio bien hecho y la construcción de reputación profesional a base de consistencia, no de titulares.

Palomares: mito, memoria y bombas

En Las bombas de Palomares 60 años después, Francisco Laynez Bretones vuelve sobre el accidente nuclear de 1966 en Palomares con un enfoque centrado en el impacto social y en la construcción del relato público. El libro reconstruye los hechos y el contexto a partir de testimonios y personajes que con el tiempo han quedado fijados en la memoria colectiva: del chapuzón de Manuel Fraga junto al embajador Angier Biddle Duke —una escena convertida en símbolo— al pescador que ayudó a orientar la búsqueda de la bomba perdida, además de científicos, responsables institucionales y vecinos que vivieron el episodio desde dentro.

Más allá de la anécdota, el autor sitúa el suceso en su dimensión política y mediática: qué se comunicó, qué se minimizó y qué quedó fuera de foco. En paralelo, pone el acento en la vida cotidiana de la zona, donde el problema no fue solo la gestión de la crisis, sino sus efectos a medio y largo plazo sobre una comunidad agrícola y pesquera que intentaba sostener su economía y su normalidad. En ese marco aparece el controvertido Proyecto Indalo, como pieza clave de la respuesta institucional y como elemento que marcó la percepción local sobre el riesgo y el seguimiento sanitario.

La obra funciona, así, como un ejercicio de memoria documentada que combina cronología, voces y consecuencias.



**Las bombas de Palomares
60 años después**

Personajes, mitos y leyendas

Francisco Laynez Bretones

Explicar el cáncer sin milagros, sin atajos y sin cuentos



¿En qué momento de su trayectoria profesional surge la necesidad de escribir CÁNCER: milagros ni cuentos y qué le empuja a dirigirse al público general?

La idea del libro nace más de una sensación acumulada que de un momento concreto. Durante años, primero en la facultad de medicina, después en la especialidad y práctica clínica, y finalmente desde la investigación y el desarrollo de tratamientos, me he encontrado con una realidad constante: existe una distancia considerable entre lo que sabemos desde la medicina y lo que muchas personas creen saber sobre el cáncer. Esa brecha se hace especialmente visible cuando la enfermedad aparece. Surgen dudas urgentes, se buscan respuestas rápidas y, en ese proceso, es muy fácil encontrarse con información incompleta o directamente errónea. En muchas conversaciones ya sea con pacientes, familiares, amigos o incluso colegas de otros ámbitos, percibía la misma necesidad: alguien debía explicar mejor lo que está ocurriendo.

Este libro es, en el fondo, un intento de acercar la evidencia a la vida real. No pretende sustituir la consulta médica, sino ayudar a que las personas lleguen a ella con una base más clara y con mejores preguntas. Dirigirme al público general fue una decisión natural, porque el cáncer no solo se vive en los hospitales; se vive en las familias y en la sociedad.

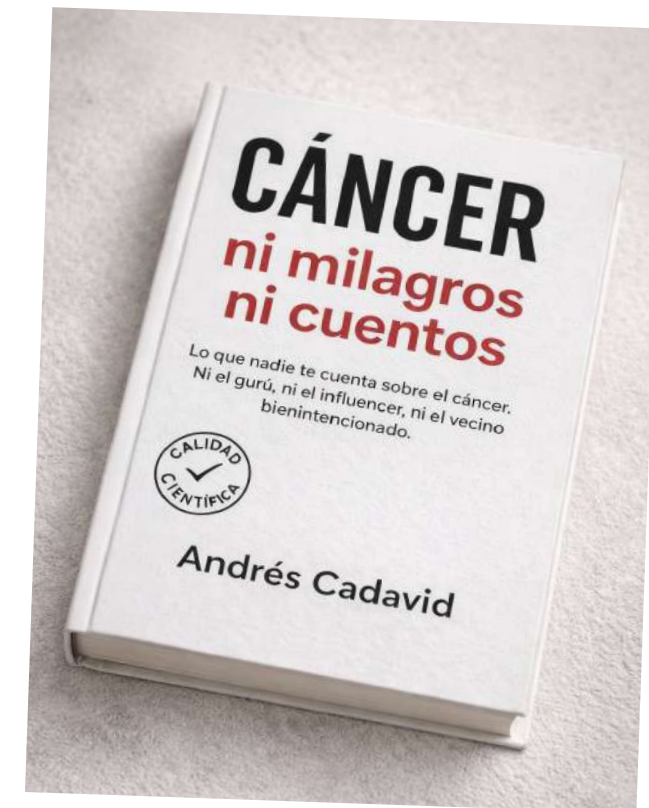
Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son los mitos o mensajes erróneos sobre el cáncer que más daño están haciendo hoy a los pacientes?

Más que un mito concreto, lo que más daño hace es la simplificación. El cáncer es extraordinariamente complejo, pero muchas veces se presenta como si existieran explicaciones o soluciones universales. Ideas como que determinados alimentos "alimentan" el cáncer, que siempre hay alternativas más naturales o que la actitud puede cambiar por sí sola el curso de la enfermedad, generan expectativas que no siempre se corresponden con la realidad clínica.

El problema no es solo conceptual. A veces estas creencias pueden retrasar decisiones importantes, y en oncología sabemos que el tiempo cuenta. Dicho esto, también creo que es importante entender de dónde nacen estos mensajes. No suelen surgir de la ignorancia, sino del miedo y de la necesidad de recuperar cierto control. Por eso, más que combatirlos de forma frontal, el reto está en ofrecer información que sea al mismo tiempo rigurosa y comprensible.

La desinformación genera falsas expectativas y miedo. ¿Cómo impacta esto en la toma de decisiones terapéuticas y en la relación médico-paciente?

Cuando un paciente llega a la consulta con infor-



mación previa, algo cada vez más habitual, la conversación se vuelve más compleja, pero también más rica. Nos obliga a dedicar tiempo a contextualizar, a explicar mejor y a construir decisiones compartidas. El riesgo aparece cuando las expectativas están muy alejadas de lo que la medicina puede ofrecer en ese momento. Gestionar esa distancia requiere mucha honestidad, pero también sensibilidad.

Creo que una buena comunicación no solo facilita mejores decisiones; también fortalece la relación terapéutica. Cuando el paciente entiende el porqué de lo que propones, la confianza crece. En ese sentido, informar bien es también una forma de cuidar.

En un ecosistema dominado por influencers y gurús digitales, ¿qué herramientas prácticas puede usar un paciente para distinguir información rigurosa?

No podemos pedir a los pacientes que interpreten ensayos clínicos, pero sí podemos ayudarles a manejar algunos criterios sencillos. Por ejemplo: preguntarse quién está detrás del mensaje, si hay evidencia que lo respalde y si esa información coincide con lo que recomiendan las sociedades científicas. También es importante desconfiar de las soluciones aparentemente simples para problemas muy complejos. En medicina, cuando algo suena demasiado bien para ser cierto, normalmente

merece al menos una segunda revisión. Y, sobre todo, recordar que la información digital debe complementar la conversación con el equipo médico, no sustituirla. El pensamiento crítico, bien acompañado, es hoy una herramienta de salud.

¿Qué papel cree que deben asumir los médicos y las instituciones colegiales en la divulgación sanitaria responsable?

Creo que la divulgación forma parte, cada vez más, de nuestra responsabilidad profesional. Generar conocimiento es fundamental, pero hacerlo comprensible es lo que realmente permite que ese conocimiento tenga impacto. Los médicos debemos participar en la conversación pública con naturalidad, sin caer en el alarmismo pero tampoco en el silencio, porque cuando los profesionales no ocupamos ese espacio, otros lo hacen.

Las instituciones colegiales tienen además un papel especialmente relevante como referentes de confianza. Su capacidad para impulsar información rigurosa contribuye no solo a orientar a los pacientes, sino también a reforzar el valor social de la profesión.

Si algo he aprendido en estos años es que la innovación médica no solo depende de nuevos tratamientos, sino también de cómo somos capaces de explicar lo que sabemos.

In Memoriam

Dr. Luis Valenciano Clavel

Luis Valenciano Clavel nació en Madrid el 15 de Enero de 1934. Su infancia, juventud y formación académica, se desarrolla en un contexto marcado por la posguerra española y la reconstrucción del sistema sanitario. Desde muy joven mostró un fuerte interés por la medicina y la salud pública, lo que le llevó a emprender una carrera académica orientada al estudio de los grandes de los sanitarios de su tiempo.

En 1958, fue becado por el Ministerio de Educación de España en el Instituto de Neuropatología (Institut für Neuropathologie) de la Universidad de Bonn (Alemania)

De 1959 a 1963 fue Jefe del Servicio de Neuropatología en el Instituto para la Investigación de la Poliomielitis y la Esclerosis Múltiple, Universidad de Eppendorf, Hamburgo (Alemania).

A su vuelta a España, de 1963 a 1965, estando en el Servicio de Virología en la Escuela Nacional de Sanidad, de Madrid, desarrolló trabajos clave en el área de la salud pública. Participó en el diseño y ejecución de la primera campaña nacional de vacunación antipoliomielítica oral en España, una iniciativa esencial para controlar y posteriormente eliminar la poliomielitis en el país. Su trabajo en este campo se cita en documentos del Ministerio de Sanidad como ejemplo de buena práctica en inmunización masiva. Fue Jefe de Servicio del Centro Nacional de Virología de Majadahonda, en Madrid, hasta 1977.

La madurez de su carrera llegó con responsabilidades de alto nivel en la Administración pública. Entre 1977 y 1979 fue Director de Salud de Madrid, y entre 1979 y 1981, Director General de Salud Pública en el Ministerio de Sanidad. En 1981, Luis Valenciano Clavel fue nombrado Subsecretario para la Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo (Real Decreto 3170/1981, de 29 de diciembre). En esa posición desempeñó funciones estratégicas en un periodo de reformas y modernización del sistema sanitario español.

Durante esos años, también destacó por su gestión, con rigor científico y equilibrio comunicativo, grandes crisis sanitarias, como el síndrome tóxico por aceite de colza, adoptando lo que colegas describen como una aproximación "racional" y basada en evidencia. Además de su trayectoria en la Administración, ocupó responsabilidades de liderazgo en la industria farmacéutica. Fue director médico de la filial española de Wellcome (1983-1993), una empresa farmacéutica con un papel significativo en la investigación y el desarrollo de tratamientos contra el VIH/sida durante los primeros años de la epidemia.

Su trabajo contribuyó al impulso de nuevos tratamientos y a la colaboración entre autoridades sanitarias, comunidades científicas y sector privado en un momento crítico para la salud pública mundial.

Luis Valenciano Clavel ejerció también influencias más allá del ámbito estrictamente institucional. Durante 15 años, formó parte del Consejo Asesor de la Fundación Premios Rei Jaume I, desde donde apoyó iniciativas para promover la ciencia, la investigación y la innovación en España.

Fue Director de La Fundación Wellcome España; Vocal del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad de España; Presidente del Consejo Científico Asesor de la Fundación Salud 2000; etc.

Su prestigio profesional lo convirtió en una figura consultada y respetada en asociaciones médicas, grupos de expertos y espacios de reflexión en salud pública.

Luis Valenciano Clavel falleció el 4 de diciembre de 2024, en Madrid, rodeado del cariño de toda su familia, de su esposa Elena y sus hijas: Paloma, Elena y Marta.

Será recordado por su rigor profesional y gran humanidad; sentido del humor fino; prudencia sin fanatismos; visión estratégica; espíritu crítico y una profunda vocación por la salud pública, especialmente en la protección de la población infantil a través de la vacunación.

Su paso por la Administración, la industria y la comunidad científica refleja una vida marcada por el compromiso con el interés general y la excelencia técnica.

Por Juan María González-La Hoz.



Con motivo del primer aniversario de su fallecimiento, se ha celebrado un homenaje a su figura el día 22 de enero de 2026.



In Memoriam

Dr. Mario Cazzaniga Bullón

Dedicó su quehacer profesional a cuidar corazones infantiles. Su corazón nunca dejó de crecer.

El **Dr. Mario Cazzaniga Bullón** nació el 8 de Diciembre de 1946 en La Plata (Argentina) y ha fallecido en Madrid el 8 de Febrero de 2026, tras padecer una cruel enfermedad, que como era norma en él, sobrellevó con absoluta dignidad, poniendo todo de su parte hasta el último instante, aun siendo consciente de su imposible recuperación. Se preocupó también de que todos los que le acompañamos en el curso de la enfermedad y, sobre todo, en el tramo final, tuviéramos algún momento de alivio diciéndonos por momentos que se encontraba mejor. Ese era su talante.

Su recorrido profesional se inicia como médico en la Universidad Nacional de la Plata para a continuación formarse como médico cardiólogo general en el Hospital Argerich, así como en las unidades de cardiología pediátrica del sanatorio Güemes (destacando especialmente su trabajo de la mano del reconocido médico argentino René Favalaro) y el Hospital Pediátrico Garrahan (todos ellos en Buenos Aires). Ya en España se formó en cardiología pediátrica como MIR en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, previo paso por el Servicio de Cardiología Pediátrica de la Clínica Infantil La Paz (Servicio del Dr. Manolo Quero), donde tuve la inmensa fortuna de conocerlo en el verano de 1975.

Su curriculum profesional abarca una ingente tarea que transcurrió, además de los anteriormente citados, por el Hospital Ramón y Cajal como médico adjunto, como for-

mador de residentes y profesor asociado de la Universidad Autónoma de Madrid y como Jefe de sección del Hospital Zamacola de Cádiz y responsable de la Unidad de cardiopatías congénitas de los Hospitales HM Montepríncipe y Vithas Madrid-Aravaca.

Realizó unos 1200 cateterismos, así como innumerables ecocardiografías fetales, neonatales, TAC y RNM. Aproximadamente 150 publicaciones en revistas de la especialidad, así como ponencias nacionales e internacionales. Participó en seis libros y diferentes colaboraciones en revistas de formación continuada. Obtuvo cuatro premios nacionales españoles y uno argentino.

Toda esta importante tarea profesional siempre iba acompañada de un trato cariñoso y amable tanto con sus pequeños pacientes como con sus padres y familiares. Siempre estaba dispuesto a acoger cualquier consulta o duda que les surgiera. Así mismo, no quisiera dejar de lado el trato de cercanía que dispensaba a todos los compañeros de cualquier rango que coincidieron y/o colaboraron con él.

Sus grandes amores fueron Beatriz, su mujer, sus tres hijos, Diego, Paola y Jimena, sus nietos, sus amigos y la música tradicional argentina a la que dedicaba parte de su tiempo, también con interpretaciones suyas de voz y guitarra.

Con infinito sentimiento de orfandad, descansa, mi gran amigo, hermano Mario.

Por José Luís Serrano Simonneau



In Memoriam

Dra. María de los Ángeles Ceballos Hernansanz,

Rendimos un sentido homenaje a una profesional cuya trayectoria y calidad humana han dejado una huella imborrable en la medicina madrileña.

Desde 1987 desarrolló su actividad asistencial en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre, donde destacó por su rigor clínico y por una visión ética y jurídica aplicada a la práctica médica. En este ámbito, fue responsable del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, una labor de alta responsabilidad que ejerció con solvencia, sensibilidad y profundo respeto por la autonomía del paciente.

En la Sociedad Española de Neurología, participó como vocal del Comité de Ética y Deontología (2004-2007) y fue coordinadora del Grupo de Estudio de Humanidades e Historia de la Neurología en dos etapas (2004-2005 y 2010-2012). Asimismo, colaboró activamente en el Comité ad hoc de Historia de la SEN y como asesora del Museo Archivo

Histórico de la SEN, contribuyendo a preservar la memoria y los valores de la especialidad.

Vinculada durante muchos años al Colegio de Médicos de Madrid como instructora de expedientes, desempeñó esta función con un equilibrio ejemplar entre firmeza, justicia y humanidad. Quienes compartieron trabajo con ella destacan su integridad, su capacidad de diálogo y un compromiso institucional incuestionable.

Su incansable labor en favor de la Neurología, de la ética médica y de las humanidades garantiza que su legado perdure en nuestra profesión. El Colegio de Médicos de Madrid traslada su más sincero pésame a familiares, amigos y compañeros, y expresa su gratitud por una vida dedicada al servicio, al conocimiento y a los valores que sostienen la medicina. Descanse en paz.

Por Sergio Montiel García.

Más allá del MIR: la realidad del residente iberoamericano

Para el Rincón del Residente de este mes se planteó la conveniencia de comentar la experiencia de la residencia médica en profesionales procedentes de Latinoamérica. La propuesta me pareció oportuna tanto por su creciente presencia en nuestra práctica médica como por la relevancia de abordar su acceso y acogida en el sistema sanitario. Pero, sobre todo, me interesó por la experiencia de compartir esta etapa con amigos llegados del extranjero, cuyo testimonio ha sido ejemplo e inspiración en mi formación. He charlado con ellos para entender su perspectiva y hacerles protagonistas de este artículo, llevándome más de una lección de vida.

Dos de mis compañeras, residentes colombianas, me contaban que llegar a España fue una mezcla de vértigo y esperanza. Aunque la homologación suele ser una odisea, el nuevo decreto ha agilizado los tiempos a unos seis meses. "Los pasos están claros y puedes hacerlo tú misma", me decían, contrastándolo con la realidad de su país, donde el acceso a la especialidad está fragmentado. Aquí, consideran que el sistema MIR actúa como un gran "igualador meritocrático".

Sin embargo, esta "igualdad" tiene matices. Para el médico extracomunitario, la carrera empieza con una mochila más pesada: el famoso cupo del 10%. Es difícil imaginar la presión de saber que, por muy buena que sea tu nota, compites en una liga con plazas limitadas de antemano. Y eso sin contar el esfuerzo de dejar atrás una vida entera. Muchos no son recién graduados; son especialistas que deciden "resetear" su carrera y empezar de cero. Esa humildad y capacidad de sacrificio son para mí un gran ejemplo.

Mis compañeras destacaban que a la hora de decidir si venir a España, valoraron, además del idioma, cuestiones como la cobertura sanitaria universal o la financiación de medicamentos. También aspectos como la historia y receta electrónicas, herramientas que facilitan la labor clínica y que aquí a menudo damos por sentadas. No obstante, la transición a un modelo asistencial diferente conlleva un proceso de ajuste. Muchos de ellos están habituados a una práctica clínica marcada por escenarios de gran incertidumbre o exigencia, donde la toma de decisiones se ajusta a realidades muy distintas a la nuestra. Por ello, integrarse en nuestros protocolos exige un

ejercicio extra de adaptación y flexibilidad mental. A esto se suma la dificultad de las agotadoras guardias; una realidad a la que "no estaban acostumbradas". Esto resulta crucial para quienes tienen responsabilidades familiares, para quienes la conciliación supone un desafío extra de resistencia física y mental.

A nivel social, Madrid puede ser un entorno donde resulte complicado integrarse. "A veces cuesta entrar en los grupos de españoles, que ya traen sus amistades de la facultad", me confesaban. Esto me sirvió de recordatorio: acoger no es solo trabajar juntos; es también —especialmente en la residencia— esforzarnos por abrir nuestros círculos y recibir a quien viene de fuera con ganas de aprender, pero también con la ilusión, lógica y sana, de conocer y disfrutar.

En el plano personal, me siento profundamente enriquecido. Compartir formación con compañeros latinoamericanos me ha enseñado a mirar al paciente desde nuevas perspectivas y a valorar lo que tenemos con una mirada más consciente. Su presencia aporta una madurez y un bagaje vital que, a mi juicio, eleva el nivel de nuestra formación. Más allá del hospital, la convivencia con estos compañeros y amigos ha ensanchado mi horizonte cultural y humano.

Como conclusión, creo fundamental que sigamos cuidando la acogida de nuestros compañeros iberoamericanos. Tenemos un sistema que destaca por su equidad, pero hay margen para que la integración sea menos farragosa en lo burocrático y, especialmente, más cálida en lo profesional y humano. Nuestra medicina crece con la mezcla de experiencias que ellos aportan. Aprovecho para cerrar agradeciendo vuestra colaboración y saludando a mis amigos latinoamericanos: un abrazo y... ¡ánimo con la siguiente guardia!



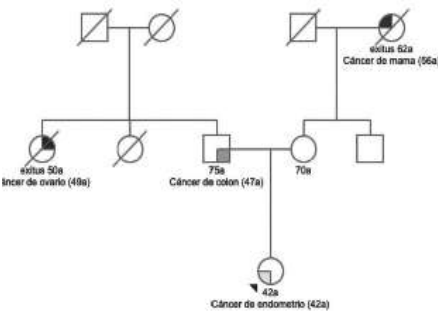
Arriba a la izqda. Junto a la compañera residente colombiana Juliana Gutiérrez y otras compañeras residentes María Casco y Natalia Rubio, **Arriba a la Dcha.** Junto a la compañera residente colombiana Jennifer Carreño pasando consulta en el Centro de Salud Dr Trueta. **Abajo.** Con la compañera residente colombiana Jennifer Carreño y resto de coRs de Medicina Familiar y Comunitaria Maram Abu Siam, María Valero, Natalia Rubio, Sandra Pérez y Victoria Reyes. Junto a la compañera residente colombiana Jennifer Carreño pasando consulta en el Centro de Salud Dr Trueta

QUIZ MIR

preguntas reales del
examen MIR 2026

1

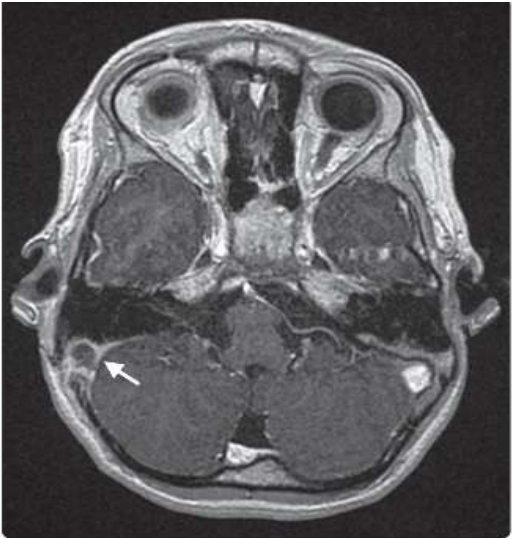
Mujer de 42 años que acude a la consulta de genética por un diagnóstico reciente de **cáncer de endometrio**. En base a los antecedentes familiares que constan en la imagen, ¿cuál de los siguientes síndromes es más probable que presente?



1. Poliposis adenomatosa familiar.
2. Síndrome de Lynch.
3. Síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario.
4. Síndrome de Cowden.

2

Niña de 7 años que acude por otalgia y otorrea purulenta derecha desde hace 3 semanas, tratada con antibióticos y antiinflamatorios. Tras la resolución de las manifestaciones clínicas, vuelve a aparecer la otorrea por lo que se pauta de nuevo tratamiento antibiótico. A los 5 días se objetiva una tumefacción retroauricular. En la otoscopia se pone de manifiesto una leve retracción de la membrana timpánica, escasa secreción blanquecina en el conducto auditivo externo y una tumefacción retroauricular blanda que ocasiona un mínimo desplazamiento anterior del pabellón auricular. Indique el diagnóstico que sugiere la imagen de resonancia magnética mostrada:



1. Absceso subperióstico extracraneal.
2. Trombosis venosa cerebral.
3. Absceso cerebral retromastoideo.
4. Área de cerebritis retromastoidea.

4

Mujer de 58 años acude a urgencias por dolor en la punta de los dedos de la mano. No tiene alergias conocidas, ni hábitos tóxicos. Entre los antecedentes explica tres abortos, una apendicetomía, sensación frecuente de reflujo retroesternal y, desde hace unos 5 años aproximadamente, presenta con la exposición al frío episodios de palidez en los dedos de ambas manos que cada vez se han hecho más intensos. A la vista de la imagen, ¿cuál de las siguientes actitudes se plantea realizar en primer lugar?

1. Solicitar una TC torácica.
2. Valoración de tratamiento quirúrgico por cirugía vascular.
3. Determinación de ANA y anti-centrómero.
4. Tratamiento vasodilatador con prostaglandinas

5

La deficiencia de acil-CoA-deshidrogenasa provoca una de las siguientes alteraciones bioquímicas:

1. Disminución de ácidos dicarboxílicos.
2. Aumento de la gluconeogénesis.
3. Disminución de la ureagénesis.
4. Aumento de carnitina libre.

6

En relación con el proceso de envejecimiento, respecto a los principales cambios morfológicos de los aparatos y sistemas, indique la respuesta INCORRECTA:

1. En el aparato respiratorio, calcificación de los cartílagos traqueales.
2. En el sistema nervioso, aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales.
3. En el aparato cardiovascular, reducción en el número de células marcapaso.
4. En el sistema nefrourológico, reducción del tejido mesangial.

9

Niña de 7 años con una sospecha de anemia de Fanconi. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO se ajusta a los rasgos típicos de esta enfermedad?

1. Anomalías pigmentarias.
2. Anomalías renales.
3. Anomalías esqueléticas.
4. Estatura alta.

7

La medida adecuada para estimar el riesgo individual de enfermar es:

1. La incidencia acumulada.
2. La densidad de incidencia.
3. La prevalencia puntual.
4. El riesgo relativo.

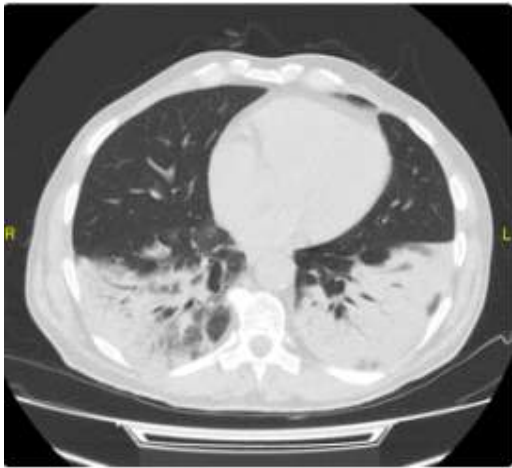
8

¿Con cuál de estos fármacos administrados en monoterapia es necesario realizar un ecocardiograma antes de su inicio?:

1. Trastuzumab.
2. Tamoxifeno.
3. Paclitaxel.
4. Docetaxel.

10

Hombre de 68 años, exfumador desde hace 3 meses, con criterios clínicos de bronquitis crónica. Consulta por cuadro de pérdida de peso junto con astenia de un mes y medio de duración. Refiere tos seca ocasional y sensación de térmica sin fiebre termometrada. Tras realizarle la radiografía de tórax se solicita TC torácico que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?



1. Bronquiolitis respiratoria con enfermedad pulmonar intersticial.
2. Neumonía organizada criptogénica.
3. Atelectasia obstructiva de lóbulos inferiores por neoplasia central.
4. Neumonía intersticial inespecífica.



4-4-8-1
3-1-7-1
2-2-6-4-10-2
1-1-5-3-9-4



Figura 1. Imagen sintética generada mediante inteligencia artificial a partir de instrucción textual, como metáfora visual de la relación entre tecnología, paciente y profesional sanitario.

IDEAR Y CUIDAR
 La generación bisagra
 ante el reto del INIR
 “La tecnología mejora herramientas; la formación transforma culturas.”

DESCARGAR



Tengo 45 años. Nací en 1980. Pertenezco a esa microgeneración que algunos han denominado “generación bisagra”: niños analógicos que nos hicimos adultos digitales. Crecimos sin internet y hoy ejercemos la medicina apoyados en inteligencia artificial. Estudiamos anatomía con atlas en papel y ahora planificamos cirugías sobre gemelos digitales.

Hemos aprendido a traducir entre dos mundos.

Y esa experiencia quizá explique por qué este momento nos interpela de manera especial. Estamos viviendo la mayor transformación tecnológica de la historia de la medicina. Pero no es solo un cambio técnico. Es, sobre todo, un cambio cultural. En este contexto, la propuesta del INIR —Ingeniero Interno Residente— no debería entenderse únicamente como la creación de una nueva categoría formativa. Debería verse como el hilo conductor de una reflexión más amplia: cómo fortalecer y actualizar la Formación Sanitaria Especializada (FSE) ante la disrupción tecnológica que ya atraviesa nuestros hospitales.

El hospital ya no es el mismo

Trabajo en el ámbito de los sarcomas, patologías complejas que obligan a una colaboración real entre múltiples especialidades. Además, he tenido la oportunidad de integrar ingenieros biomédicos en la práctica asistencial diaria a través de una unidad de planificación avanzada con sistema de calidad certificado. Desde esa experiencia puedo afirmar algo con claridad: el hospital ya no es el mismo.

Hoy convivimos con productos sanitarios de altísima complejidad, terapias avanzadas, inteligencia artificial aplicada al diagnóstico y medicina personalizada basada en el análisis masivo del dato. La frontera entre medicamento y producto sanitario es cada vez más difusa. La tecnología ya no es un complemento periférico: está en el núcleo mismo del acto asistencial. Y, sin embargo, nuestra estructura formativa sigue siendo esencialmente vertical.

El éxito del MIR y la necesidad de evolución

España puede estar orgullosa de su modelo MIR. La Formación Sanitaria Especializada ha sido uno de los grandes pilares de nuestro sistema durante más de cinco décadas. El modelo MIR no solo forma especialistas; forma cultura clínica. Te sumerge en el hospital y te enseña a acompañar al paciente en un recorrido inmersivo que moldea tu identidad profesional.

Pero el éxito no debe impedir la reflexión.

La superespecialización llevada al extremo puede generar fragmentación del conocimiento y silos organizativos difíciles de coordinar. El paciente no está fragmentado. El paciente es uno. Pero el sistema, en ocasiones, sí lo está. Quizá el debate sobre el INIR pueda ayudarnos a reforzar la troncalidad, el trabajo por procesos y la cultura colegiada como ejes estructurales de la formación.

La tecnología necesita cultura

Existe una creencia poco realista: pensar que el médico

del futuro debe dominar profundamente la tecnología. No es razonable ni deseable. Nuestra misión sigue siendo diagnosticar, decidir, acompañar y cuidar. Pero la tecnología requiere evaluación rigurosa, validación clínica y análisis de riesgos. Los algoritmos también pueden generar efectos adversos. Los productos sanitarios complejos también necesitan seguimiento.

Necesitamos responsabilidad compartida.

Integrar de forma estructurada perfiles tecnológicos dentro del entorno hospitalario no es una concesión corporativa: es una medida de seguridad del paciente. Y esa transformación no afecta solo a médicos e ingenieros.

Un ecosistema más amplio

El hospital contemporáneo es un ecosistema complejo donde el acto asistencial depende también de la seguridad jurídica, la comunicación responsable, la sostenibilidad económica y la gobernanza ética del dato.

En un sistema maduro, cualquier profesional cuya labor impacte directamente en la calidad y seguridad de la atención debería compartir una cultura formativa común dentro del propio entorno hospitalario. No para convertir a todos en clínicos, sino para generar lenguaje compartido. La ingeniería organiza el proceso, el derecho aporta seguridad y el dato orienta la decisión; integrarlos en sesiones clínicas conjuntas fortalece el sistema desde la base. El INIR puede ser una primera estructura para ordenar competencias tecnológicas. Pero el horizonte es más amplio: convertir el hospital en una verdadera comunidad interdisciplinar de aprendizaje.

Humanizar la tecnología

La inteligencia artificial puede amplificar nuestra capacidad diagnóstica. Pero solo será una aliada si existe una inteligencia colegiada humana que la supervise y la integre con criterio ético. La transformación que necesitamos no es solo técnica. Es cultural.

No se trata de sustituir lo que funciona. Sino de evolucionarlo. No de fragmentar más. Sino de integrar mejor. No de tecnificar la medicina. Sino de humanizar la tecnología. Formar bien hoy es la única forma de cuidar bien mañana.



Rubén Pérez-Mañanes
 Cirujano Ortopédico Oncológico y
 Subdirector del Instituto de
 Investigación (IISGM) del Hospital
 Gregorio Marañón. Profesor Titular de
 Universidad.

Medicina con oficio... y con herramientas nuevas

**Actualízate, destaca y avanza a través
de la Formación de AFAM (ICOMEM)**

CONSULTA E INSCRIPCIÓN enlaces
pendientes

IA PRÁCTICA PARA EL DÍA A DÍA DEL MÉDICO

**La IA ya está en la consulta. La cuestión es:
¿la manejas tú... o te maneja ella?**

La inteligencia artificial ha dejado de ser un “tema de futuro” para convertirse en un recurso cotidiano: búsqueda avanzada de evidencia, apoyo a la docencia, organización de información clínica, redacción estructurada y análisis de datos. El reto no es saber que existe, sino usar herramientas de IA con cabeza clínica, sin perder el control del proceso ni la responsabilidad profesional.

Este curso está diseñado para médicos sin perfil técnico que quieren incorporar IA de forma útil, ética y realista: lo justo para ganar eficiencia y precisión.

LO QUE TE LLEVAS

- Confianza para usar IA generativa y búsqueda avanzada con criterio.
- Métodos para contrastar y reducir sesgos/errores.
- Enfoque práctico orientado a clínica, investigación y docencia.

FICHA RÁPIDA

Para quién: Médicos/as de cualquier especialidad que quieran usar IA de forma práctica y segura.

Dónde se celebra: Online.

Cómo vas a aprender: Ejemplos aplicados + metodología de uso responsable.

Cómo se imparte: Teórico-práctica (online).

Disponible hasta: 1 de diciembre de 2027.

Acceso/coste: Gratuito para colegiados sin diploma acreditativo (otras opciones según certificación).

INSCRIPCIÓN



EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

**Informes que se sostienen: rigor clínico,
criterio homogéneo y seguridad jurídica**

Valorar discapacidad no es un trámite: es un procedimiento con impacto directo en derechos, recursos y equidad. Por eso esta formación pone el foco en lo que marca la diferencia: normativa actualizada, criterios homogéneos, dominio de herramientas oficiales y práctica con casos.

El objetivo es claro: ayudarte a elaborar valoraciones consistentes, defendibles y alineadas con el marco vigente, protegiendo al paciente y al profesional.

LO QUE TE LLEVAS

- Bases del procedimiento conforme al R.D. 888/2022.
- Manejo de baremos y herramientas (incluida BAREDI).
- Protección de datos y encaje normativo.
- Casos clínicos y dictamen médico.

FICHA RÁPIDA

Para quién: Médicos/as implicados en valoración del grado de discapacidad o que quieran formarse para ello.

Dónde se celebra: Online / Presencial (según convocatoria).

Cómo vas a aprender: Módulos por sistemas + normativa + práctica con casos y codificación.

Cómo se imparte: Teórico-práctica (online y/o presencial).

Disponible hasta: 24 de noviembre de 2026.

INSCRIPCIÓN



SEVILLA

El Colegio que cuida al médico para cuidar mejor al paciente

En el Colegio de Médicos de Sevilla hay una idea que no necesita maquillaje: el Colegio debe ser la casa de todos los médicos. No una oficina a la que se va solo cuando hay un problema, sino un lugar donde uno se siente respaldado, escuchado y, sobre todo, acompañado. Porque la medicina hoy se ejerce con vocación, sí, pero también con agendas imposibles, presión asistencial, trámites que se multiplican y una sensación demasiado frecuente de ir siempre con el tiempo justo.

Por eso, cuando hablamos de hitos y prioridades, prefiero aterrizarlo en lo que realmente se nota “a pie de consulta”. Nuestra línea de trabajo se sostiene en tres pilares muy concretos: dignidad profesional, formación continuada e innovación con sentido común.

El primero, la dignidad del médico, tiene varias capas. Está la profesional —defender el ejercicio con garantías—, la humana —cuidar a quien cuida— y la económica, que no es un tema menor ni un tabú: los médicos seguimos mal pagados en muchos ámbitos, tanto en la pública como en la privada, si lo comparamos con nuestra formación y nuestra responsabilidad. Aquí no hablamos de privilegios; hablamos de coherencia. Si queremos calidad asistencial sostenida, necesitamos condiciones sostenibles para quien la hace posible.

El segundo pilar es la formación. La medicina avanza y el médico tiene que avanzar con ella, pero con herramientas reales, no con carteles bonitos. En estos años hemos reforzado un equipo docente capaz de impulsar formación virtual, entrenamiento práctico y simulación. Sí, requiere inversión. Pero es de esas inversiones que vuelven en forma de mejor clínica, más seguridad, más criterio y, al final, mejor atención para el paciente. En gestión, esto es sencillo: formar bien es ahorrar errores y ganar calidad.

El tercer pilar es la innovación, pero sin fuegos artificiales. La Inteligencia artificial ha llegado para quedarse, y el enfoque inteligente no es ni resistirse ni creerse experto por decreto. Hay que aprender. Por eso hemos puesto en marcha un programa de competencias digitales con una lógica muy prácti-

ca: acompañamiento, soporte técnico y un modelo de “dinamización” que ayuda a los médicos a avanzar, resolver dudas y no quedarse fuera por falta de tiempo o por barreras tecnológicas. Porque todos sabemos lo fácil que es empezar algo nuevo... y lo difícil que es terminarlo cuando la semana se te viene encima.

En paralelo, trabajamos en áreas que definen el presente de la profesión. Mejorar la Atención Primaria en Andalucía es una prioridad estructural: si la base se resiente, todo el sistema lo nota. Y en medicina privada seguimos empujando para equilibrar relaciones con compañías y grandes grupos, buscando que el médico no sea siempre el eslabón débil en la cadena. Aquí el Colegio tiene que ser útil: firme cuando toca y negociador cuando se puede, pero siempre con resultados en la mano.

Hay además dos frentes que no admiten tibieza. El primero, las agresiones a sanitarios: no podemos normalizar lo intolerable. El segundo, el intrusismo, especialmente visible en ámbitos como la estética, donde se mezclan prácticas sin el debido control, con riesgos claros para la seguridad del paciente y un daño añadido a la reputación de la profesión. En esto nuestra posición es simple: que se cumpla la norma y que se aplique.

Y, por último, no olvidamos algo que también sostiene a una profesión exigente: la vida colegial. Un Colegio no es solo expediente y normativa; es comunidad. Por eso impulsamos actividades culturales y divulgativas que abren el Colegio, generan vínculo y recuerdan que detrás de cada bata hay personas.

En resumen: tradición institucional bien entendida, utilidad práctica y modernización con cabeza. Y una idea que funciona como brújula: cuando cuidamos al médico, cuidamos mejor al paciente.

Dr. Alfonso Carmona Martínez
Presidente del Colegio de Médicos de Sevilla



Mis pacientes del Prado

Dr. Javier Barbado Hernández

Fernando VII con manto real

Francisco de Goya y Lucientes
(Fuendetodos, Zaragoza, 1746 - Burdeos, 1828)

1814-1815

Óleo sobre lienzo, 208 x 142,5 cm

P-000735

Fernando VII (1784-1833), hijo de Carlos IV y María Luisa de Parma, nació en el palacio de San Lorenzo de El Escorial el 14 de octubre de 1784 y fue proclamado heredero al trono en 1789.

Tras turbulencias con motivo de la invasión francesa, la guerra de la Independencia y los dictámenes del emperador Napoleón, Fernando VII entró en España en abril de 1814, y entre las primeras medidas que tomó estuvieron la abolición de la Constitución promulgada en las Cortes de Cádiz en 1812, y el encarcelamiento de quienes habían formado el gobierno de la Regencia.

El retrato de Goya que comentamos coincide con el inicio del reinado absoluto del monarca. Las relaciones entre Goya y el rey fueron más bien superficiales, el monarca posó para el pintor en una ocasión y durante escaso tiempo. Esto explica que el escorzo del rostro sea el mismo en otros retratos, cambiando el escenario y el manto real por la indumentaria militar (Fernando VII en campamento). Goya rechazó el régimen absolutista en estampas y dibujos, con letreros irónicos, que no publicó (Todo el Prado, 2013).

El cuadro Fernando VII con manto real fue enviado el 29 de marzo de 1871 por Ministerio de la Gobernación al Museo de Trinidad y en 1872 pasó al Prado.

La impresión inicial es la visión de una figura grotesca y torpe, con un gesto desvaído con que blande el cetro, que confronta con la exhibición del regio atuendo.

El espacio está pintado con un juego sutil de claroscuros. El rey está en pie, revestido de los símbolos de la realeza, sostiene el cetro con las armas de Castilla y León, con la mano derecha. El calzón oscuro contrasta con las medias blancas. En el pecho luce el Toison de Oro, y bajo el manto lleva cruzada la banda azul y blanca de la Real Orden de Carlos III.

Lo más llamativo es el pesado manto, de pliegues monumentales, símbolo del poder absoluto del monarca. De color rojo púrpura, forrado con piel de armiño, destaca la magistral simplicidad con toques de pinceladas sueltas, esbeltas y poco densas. Sin embargo, en las orlas, en los entorchados de las condecoraciones, en la empuñadura de la espada predominan las pinceladas cortas. El borde del manto, cargado de pasta amarilla, con toques rápidos, negros y rojos, expresan el brillo y el peso del oro.

Es llamativo el carácter de su rostro pintado con gran penetración psicológica. En nuestra opinión, la fisonomía de Fernando VII tiene una expresión taimada, algo perversa, que rezuma una estulticia feroz.

En este retrato el rey tenía 31 años y aunque pertenece a la dinastía borbónica, tiene rasgos propios de un prognatismo o Clase III dentoesquelética. Tiene la oreja derecha en sopllillo y las cejas pobladas al borde de la sinofridia.

Florencio Monje, especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial (El rostro enfermo, 2024) nos proporciona un examen físico a la inspección y considera que además de un déficit del maxilar superior, destaca una mandíbula de gran tamaño, con un mentón prominente.

Además, añade el doctor Monje, esta anomalía se acompaña de una maloclusión, en la que los dientes superiores, estarían colocados por detrás de los inferiores, lo que se conoce como <mordida invertida>.

Sorprende este prognatismo en el árbol genealógico de los Borbones, acostumbrados a verlo en la línea de los Austrias.

El **doctor Clavero Juste** (Gaceta Médica Española, julio 1942) señala un origen francés a los prognatismos mandibulares con las familias reinantes europeas, proveniente de la Casa de Borgoña.



Dr. Luis Esparragoza – Jefe de Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Gregorio Marañón. A la izquierda como MIR en 2025 y a la derecha en la actualidad

El talento no tiene fronteras

Desde la selva amazónica venezolana hasta una unidad de referencia nacional en el Hospital Gregorio Marañón, el Dr. Luis Esparragoza ha construido una trayectoria ejemplar que combina técnica, investigación y humanismo. En esta entrevista, repasa su camino, denuncia los obstáculos que enfrentan los médicos iberoamericanos.

Usted inició su formación médica en Venezuela. ¿Cómo marcó eso su forma de ejercer la medicina en España?

Venezuela ofrece una medicina muy práctica desde el inicio. Tras graduarte, comienzas a ejercer como médico rural, muchas veces en condiciones limitadas, lo que te obliga a asumir responsabilidades muy pronto. Esa base clínica sólida, sentido de responsabilidad y capacidad para optimizar recursos me ayudó mucho al integrarme al sistema sanitario español, caracterizado por su estructura, excelencia técnica e investigación. La medicina en Venezuela te enseña a ser resolutivo y humano; España te da los recursos para llevarlo al máximo nivel. Por ejemplo, en mi primer año como residente en Madrid, la rapidez en tomar decisiones en urgencias, algo que era el día a día en el Amazonas, me dio confianza para adaptarme al ritmo hospitalario.

¿Qué desafíos encontró en el proceso de homologación de su título médico?

En mi caso fue relativamente sencillo gracias a la homologación directa del título de muchas universidades venezolanas. Fue un trámite administrativo, aunque tardó un año y medio. El verdadero problema lo enfrentan quienes no tienen esa homologación directa: deben cursar créditos adicionales que muchas veces no tienen sentido práctico. Esto desmotiva a muchos médicos altamente capacitados. Considero que el proceso debería ser más transparente, con criterios objetivos y ágiles, que valoren la experiencia profesional real y las necesidades del sistema sanitario español.

¿Y cómo fue su acceso al sistema MIR y a la especialización?

Vine un año antes a prepararme para el MIR. Al tener nacionalidad española por descendencia, eso

me facilitó el proceso. Es un examen muy exigente, especialmente si no has estudiado en España. Saqué una buena puntuación y elegí el Hospital Gregorio Marañón, donde hice mi residencia en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Fueron años intensos. Recuerdo especialmente mi primer contacto con cirugía de columna, que me fascinó desde el primer momento, y me llevó a enfocar mi carrera en esa subespecialidad.

¿Cómo llegó a convertirse en jefe de una unidad de referencia nacional?

Desde 2009 trabajo como especialista en el Marañón. En 2019 asumí la jefatura de la unidad de cirugía de columna. Nuestra unidad es de referencia por varios motivos: alto volumen de cirugía compleja, resultados contrastados, protocolos multidisciplinares rigurosos, y una clara vocación docente e investigadora. Liderar esta unidad implica mucha responsabilidad, desde garantizar la seguridad de cada paciente, hasta mantener al equipo motivado y en continua actualización. Una unidad de excelencia no se improvisa: se construye con rigor y visión estratégica.



La medicina en Venezuela te enseña a ser resolutivo y humano; España te da los recursos para llevarlo al máximo nivel

Arriba y abajo, imágenes de la Unidad de Columna del Hospital Gregorio Marañón

En investigación han sido pioneros en una técnica específica para escoliosis. ¿En qué consiste?

Hemos impulsado la corrección de escoliosis desde el lado de la convexidad de la curva, en lugar de la concavidad. Esta técnica reduce el riesgo de complicaciones sin comprometer la corrección. Ya hemos publicado resultados aplicados a escoliosis neuromuscular, adolescente y del adulto, aceptados en revistas internacionales. Además, hemos adaptado esta técnica a distintos grupos de edad y patologías, lo que la convierte en una herramienta versátil y segura.

¿Cuál cree que es el futuro de la cirugía de columna?

La personalización es el futuro. La inteligencia artificial nos permite seleccionar mejor a los pacientes, considerando parámetros genéticos, bioquímicos, de riesgo quirúrgico. Además, nuestra unidad cuenta con impresión 3D para fabricar implantes a medida, lo que mejora resultados y reduce riesgos. Es costoso, pero marca el camino. El reto será democratizar esta tecnología para que más hospitales puedan acceder a ella.

¿Qué aspectos considera fundamentales en la formación de nuevos cirujanos?

Primero, no perder el enfoque humanístico. Tratamos a personas, no a imágenes. Escuchar, tocar, empatizar es clave. También el conocimiento anatómico profundo y la planificación quirúrgica rigurosa. En mi unidad, planificamos cada cirugía implante por implante. El éxito está en la planificación, no solo en la ejecución. La cirugía más brillante es la que se gana fuera del quirófano, pensando cada paso, anticipando cada variable.

¿Qué aporta el talento médico iberoamericano al sistema español?

Aporta compromiso, madurez, capacidad de trabajo y un enfoque muy humano. Muchos de nues-

tros residentes son latinoamericanos y se integran con gran facilidad. La cultura y el idioma ayudan. Además, su experiencia previa y motivación enriquecen al equipo. Recuerdo a un residente colombiano que, con solo unos meses, ya lideraba pequeñas intervenciones con un rigor admirable. Son profesionales que vienen con hambre de aprender y voluntad de aportar.

¿Ha podido mantener vínculos con su país de origen?

Sí, he intentado que mi carrera aquí no significara un corte total con mis raíces. Con la sociedad venezolana de cirugía y traumatología pusimos en marcha un programa de rotaciones clínicas para colegas de Venezuela y de otros países de Latinoamérica, recibiendo tanto en la Unidad de Columna del Gregorio Marañón como en la Clínica Centro, donde colaboro también.

Estas rotaciones han sido una oportunidad maravillosa para compartir conocimientos, aprender unos de otros y construir una puente entre realidades sanitarias distintas, aunque complementarias. En los últimos años, por razones económicas y políticas en Venezuela, ha sido más difícil mantener y ampliar estos intercambios, pero para mí es algo que sigue siendo muy importante. Mantenemos la puerta abierta con esperanza de que pronto podamos reactivar estos programas con más fuerza y recibir de nuevo a más profesionales con ganas de crecer y compartir.

Finalmente, ¿qué cree que ha aportado su generación de médicos iberoamericanos a la medicina española?

Una visión complementaria, que enriquece. El talento no tiene fronteras. Cuando se combina esfuerzo, técnica y corazón, el mayor beneficiado siempre es el paciente. Somos una generación que ha cruzado fronteras no solo geográficas, sino culturales, con una convicción clara: ejercer una medicina más humana, más resolutive y profundamente comprometida.





VISTA ÁREA DE LA LOCALIZACIÓN DEL ICOMEM

LAS GRANDES IDEAS NECESITAN GRANDES ESCENARIOS

Nuevo ICOMEM

Espacios profesionales para encuentros médicos e institucionales.

Salas con capacidad, tecnología y diseño funcional para presentaciones, congresos y actos del Colegio, en un enclave estratégico de Madrid.

Información y reservas

area.formacion@icomem.es

650 606 030