



MADRID MÉDICO 1^o

#SomosMedicos

Nº 199

Especial

EL MIR, CADA VEZ
MÁS CUESTIONADO

ENTREVISTA

María Neira OMS

El gran error fue hablar de
CO2 y no de los infartos

DEBATE VERSUS

¿Debemos los médicos
tener un Estatuto Marco
propio?

¡APÚNTATE AL ESTUDIO UNATI!

El mayor ensayo clínico
sobre el efecto del
alcohol en la salud

ALTO IMPACTO

ENSAYO MEDIPSO

Estudio sobre el efecto de la
dieta mediterránea en
pacientes con psoriasis



MADRIDMÉDICO1º

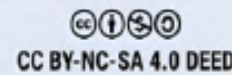
1 de abril de 2026

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



Dirección

Calle Santa Isabel , 51 28012
Madrid

Contacto

915 385 164

comunicacion@icomem.es

www.icomem.es



SUMARIO

EDITORIAL Pág. 3: Qué médico estamos formando. FONENDO Pág. 5: Salvar el examen MIR. AC-TUALIDAD COLEGIAL Págs. 6-7: Galardón Luchadores y nuevo boletín RAM. ALTO IMPACTO Págs. 8-10: MEDIPSO: cuando la dieta también trata la psoriasis. VERSUS Págs. 12-16: ¿Debemos los mé-dicos tener un Estatuto Marco propio? REPORTAJE Págs. 18-20: La década en la que el MIR cambió sin hacer ruido. REPORTAJE MIR 2026 Págs. 21-23: Una convocatoria bajo sospecha. REPORTAJE Re-forzar el MIR: lecciones de una convocatoria problemática Págs. 25-27. ABORDAJE INTEGRAL Págs. 28-29: Tabaquismo. REPORTAJE Págs. 30-33: Lo que dice la bata médica. REPORTAJE Págs. 34-35: Estudio UNATI: ¿protege o perjudica una copa de vino? MEDICINA PERSONAL Págs. 36-37: «Tuve que anticipar mi jubilación para cuidar a mi marido». ANÉCDOTA Pág. 41: Una manita de hostias. ENTRE DOS MUNDOS Pág. 43: Benzodiacepinas: ¿ángeles o demonios? ESPACIO SENIOR Pág. 45: Programación marzo, abril y mayo. LATIDOS SOLIDARIOS Págs. 45-47: Médicos Sin Fronteras: Laura Moreno, psiquiatra. CONSULTORIO DE MEDICINA DEPORTIVA Pág. 49: En mayores de 70 años con fragilidad, ¿qué intensidad mínima de ejercicio tiene evidencia de mejora funcional real? TRIBUNA EN EL CORAZÓN DE LA MEDICINA Págs. 50-51: La autoridad de la ética vivida frente a la violencia ética legalista. MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA Págs. 52-55: Aser García Rada: el pediatra que entiende de ficción. SALA DE ESPERA Págs. 58-59. LO QUE NOS LLEGA DE OTROS COLEGIOS Págs. 60-61: Colegio de Médicos de Ourense. IN MEMORIAM Págs. 62-64: Dr. Hernán Funes Cortés y Antonio Sierra García. EL RINCÓN DEL RESIDENTE Págs. 66-67: Relación del adjunto y residente. QUIZMIR Págs. 68-69. FORMACIÓN CONTINUA AFAM Págs. 70-71. LOS PACIENTES DEL PARDO Págs. 72-73: San Antonio Abad. LA ENTREVISTA Págs. 74-77: María Neira, directora de Salud Pública y Medio Ambiente de la OMS.

Qué médico estamos formando.

Este número de Madrid Médico pone sobre la mesa una cuestión de fondo que va mucho más allá de un solo tema: qué clase de médico necesita hoy nuestro sistema sanitario y de qué manera deben acompañarse su formación, su ejercicio profesional y su vínculo con la sociedad. El debate sobre el examen MIR ocupa un lugar central, sí, pero no aparece como un asunto aislado, sino como parte de una conversación más amplia sobre la profesión médica y los cambios que la atraviesan. El planteamiento editorial lo deja claro al situar, junto al análisis del MIR, otros temas que inciden de lleno en la práctica diaria, en la identidad profesional y en el futuro del ejercicio médico.

El bloque central, dedicado a «El MIR en transformación», parte de una pregunta de fondo: cómo debe ser hoy el sistema de acceso a la especialidad. La evolución del examen, las críticas al modelo actual y las posibles reformas en la evaluación no constituyen un debate técnico menor. En realidad, obligan a preguntarse qué cualidades está priorizando hoy la profesión y qué equilibrio debería existir entre conocimiento, capacidad de respuesta, madurez clínica y mirada humanista. El MIR sigue siendo una herramienta clave para ordenar el acceso a la residencia, pero este número acierta al sugerir que no basta con revisar el examen en sí; también hay que pensar en el tipo de medicina al que conduce.

Esa mirada se refuerza con uno de los reportajes transversales más sugerentes del sumario: el dedicado a la apariencia profesional y la comunicación no verbal en la relación clínica. A primera vista podría parecer un tema secundario frente a otros debates más estructurales, pero no lo es. La medicina también se sostiene en la confianza, y muchas veces esa confianza comienza antes de que se pronuncie la primera palabra. La forma en que un médico se presenta, escucha, se sitúa frente al paciente y lo que transmite con su lenguaje corporal forma parte del acto clínico. Recordarlo en un contexto de tanta presión asistencial no es un detalle accesorio; es volver a lo esencial.

Junto a ello, el número incorpora asuntos clínicos de gran interés, como el abordaje integral del tabaquismo o la dependencia de benzodiacepinas.

Ambas piezas apuntan hacia una medicina que no se conforma con una visión fragmentada. El tabaco no empieza ni termina en el pulmón, del mismo modo que la dependencia de estos fármacos no puede reducirse a una prescripción sostenida en el tiempo. Se trata de problemas complejos, con implicaciones clínicas, sociales y humanas, que exigen una mirada más amplia y una práctica médica con más tiempo, más criterio y menos automatismos.

También resulta especialmente valioso que la revista mire al médico no solo como profesional, sino también como persona. La pieza sobre quienes, además de ejercer, cuidan en casa a familiares con Alzheimer, demencia, enfermedades raras, cáncer u otras patologías graves introduce una dimensión poco visible, pero profundamente real. Muchos médicos sostienen la enfermedad de otros en el hospital y, al mismo tiempo, la viven en carne propia dentro de su entorno familiar. Esa experiencia no debilita su papel profesional; con frecuencia, lo vuelve más consciente, más humano y más cercano a la vulnerabilidad ajena.

La propuesta se completa con perfiles que amplían el marco habitual de la profesión. Desde médicos involucrados en cooperación internacional hasta quienes combinan la medicina con la divulgación, el cine o la televisión, el número transmite una idea importante: la medicina no vive encerrada en sí misma. Dialoga con la cultura, con la comunicación, con la salud global y con los grandes retos de nuestro tiempo. En esa misma línea se entiende la entrevista prevista a María Neira, ligada al enfoque One Health y a la relación entre salud, medio ambiente y cambio climático.

En conjunto, este número parece querer decir algo sencillo, pero muy oportuno: la profesión médica no puede pensarse solo desde la técnica ni únicamente desde la gestión. Necesita una mirada más completa. Hablar del MIR, del Estatuto Marco, de la ética médica, de la fragilidad, del residente, del sénior, de la dependencia, de la comunicación clínica o de la cooperación no es dispersarse. Al contrario: es ordenar las piezas de una misma conversación. Y hoy, más que nunca, esa conversación hace falta.

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.

Salvar el examen MIR

Las noticias respecto al examen MIR ya eran preocupantes: posibilidad de que Cataluña pida uno propio, desaparición de nota mínima y múltiples irregularidades (retrasos y errores en valoración de expedientes, candidatos haciendo el examen de forma condicional pendientes de la resolución de sus recursos y record de preguntas anuladas). Pero saber que hay importantes discrepancias entre la nota del examen y la del expediente académico me parece particularmente alarmante. El examen MIR constituye uno de los pilares de nuestro sistema sanitario. Cada año, miles de médicos (ojo médicos, no estudiantes o aspirantes como muchas veces se les describe) se presentan a una prueba que decide su acceso a la formación especializada. Durante décadas, el examen MIR ha sido considerado justo, meritocrático y transparente. Sin embargo, tenemos señales que obligan a plantear una reflexión: ¿está el MIR evaluando realmente las competencias clínicas de los médicos? El objetivo del examen MIR no debería ordenar a los candidatos en función de su capacidad para memorizar datos, sino identificar a quienes están mejor preparados para convertirse en especialistas. Esto implica evaluar un conjunto amplio de competencias: razonamiento clínico, capacidad de integrar información, toma de decisiones en contextos de incertidumbre, y dominio de conocimientos relevantes. La formación médica universitaria debería evaluar esas mismas competencias. Por ello, en un sistema coherente, cabría esperar una correlación razonable entre el rendimiento académico durante la carrera y el resultado obtenido en el MIR. No necesariamente una coincidencia exacta, pero sí una tendencia general: los estudiantes con mejores expedientes deberían situarse, en promedio, entre quienes obtienen mejores resultados en el examen nacional. Cuando esta correlación se debilita de forma marcada, aparece un problema que no puede ignorarse. En cualquier sistema de evaluación es normal encontrar excepciones. Algunos brillan especialmente en pruebas tipo test; otros destacan más en evaluaciones clínicas continuadas. También



Manuel Martínez-Sellés,
presidente del ICOMEM

existen factores circunstanciales: ansiedad ante los exámenes, preparación específica para el MIR o diferencias en los métodos de estudio. Sin embargo, cuando se observan discrepancias grandes y sistemáticas entre las notas del expediente académico y el resultado en el MIR, el sistema debe plantearse preguntas incómodas, ya que solo existen dos explicaciones plausibles. La primera es que uno de los dos sistemas de evaluación no esté midiendo correctamente las competencias clínicas. La segunda, mucho más grave, es que exista algún tipo de fraude o filtración del examen. Es fundamental estudiar de forma sistemática la relación entre expediente académico y resultado en el MIR. Paralelamente, el sistema debe reforzar las garantías de seguridad del examen. Esto incluye controles logísticos rigurosos, trazabilidad completa del proceso de elaboración de preguntas, protocolos estrictos para prevenir filtraciones y herramientas tecnológicas de vigilancia durante el examen. Salvar el examen MIR significa garantizar que se selecciona de forma adecuada a quienes asumirán la responsabilidad de cuidar la salud de millones de personas. Porque, en última instancia, la calidad del sistema sanitario comienza empieza en la forma en que decidimos quién tiene la oportunidad de convertirse en especialista.



Manuel Martínez-Sellés, premiado en la primera edición de los Luchadores de Hortaleza

El presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Manuel Martínez-Sellés, ha sido reconocido en la primera edición de los Premios Luchadores de Hortaleza, una iniciativa impulsada por la Junta Municipal para destacar a personas y entidades por su aportación social.

La entrega de galardones se celebró el 20 de marzo en el Salón de Plenos de la Junta Municipal de Hortaleza, en un acto presidido por el concejal del distrito, David Pérez.

Martínez-Sellés recibió el premio por su defensa de la profesión médica, su compromiso con una sanidad de calidad y su labor al frente del Colegio de Médicos de Madrid. Su nombre figuró en la categoría dedicada a la trayectoria, los valores públicos y la convivencia. El Dr. Martínez-Sellés, al recibir el galardón, comentó que lo veíamás como un premio a toda su Junta Directiva que, si por algo se ha caracterizado, es precisamente por ser luchadora en la defensa de la profesión y de sus valores. Aprovechó también para reivindicar la necesidad de contar con un estatuto médico propio.

En ese mismo apartado también fueron distinguidos el periodista Fernando Ónega, por su trayectoria profesional y su defensa de los valores constitucionales;

Esteban Ibarra, presidente de Movimiento contra la Intolerancia, por su labor en defensa de los derechos humanos; y Mario Ledesma, impulsor del Laboratorio de la Contratación, por su trabajo en favor de la transparencia en la gestión pública.

Los premios incluyeron, además, una categoría centrada en discapacidad, inclusión y autonomía personal. En ella fueron reconocidos FAMMA, Down España, Servimedia, la Fundación ONCE del Perro Guía, la Fundación Inclusión y Apoyo-APROCOR, la Fundación Oxiria y la Asociación Autismo Araya.

La tercera categoría estuvo dedicada a la acción social y la participación comunitaria. Entre los premiados se encuentran el Centro Santa María de la Paz, el farmacéutico Fausto González y la Mesa de Política Social del Consejo de Proximidad, por su trabajo en la atención a los vecinos y la mejora de la vida comunitaria en el distrito.

Con estos premios, la Junta Municipal de Hortaleza busca visibilizar la labor de profesionales, entidades y colectivos que contribuyen, desde distintos ámbitos, a mejorar la vida social y fortalecer la convivencia.



Boletín RAM

Se relanza como canal de farmacovigilancia para médicos y sanitarios de Madrid

La Comunidad de Madrid quiere reforzar la difusión del Boletín RAM, la publicación especializada en seguridad de los medicamentos y notificación de reacciones adversas, con el objetivo de recuperar alcance entre los profesionales sanitarios de la región tras su paso al formato digital.

El Boletín RAM inicia una nueva etapa con la que busca consolidarse como un canal útil de farmacovigilancia para médicos y sanitarios de la Comunidad de Madrid. La publicación, centrada en la seguridad de los medicamentos y en la notificación de reacciones adversas, aspira a ganar visibilidad entre los profesionales en activo y a reforzar su papel informativo dentro del sistema sanitario regional.

Con periodicidad cuatrimestral, el boletín recoge los resultados del Programa de Notificación Espontánea de Reacciones Adversas a Medicamentos, impulsa la cultura de la notificación

y da visibilidad a la actividad vinculada con la farmacovigilancia. Para su elaboración, se apoya en fuentes como FEDRA, VigiBase, datos de la Organización Mundial de la Salud, búsquedas bibliográficas y comunicaciones de la AEMPS.

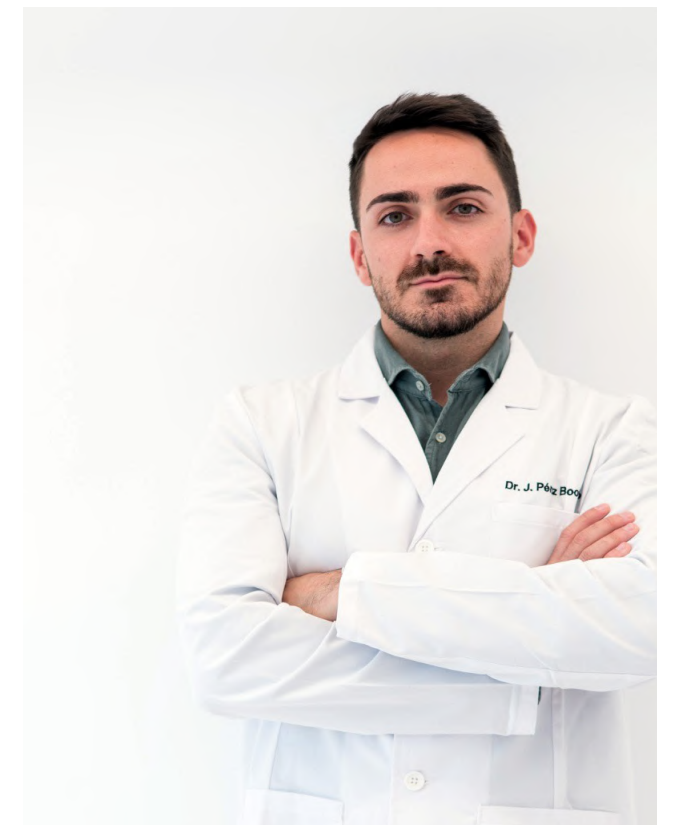
Este relanzamiento cobra especial sentido tras el cambio de modelo de distribución. Entre 1992 y 2023, el Boletín RAM se difundió en formato impreso entre médicos colegiados, farmacias, bibliotecas sanitarias y servicios hospitalarios. Desde 2024, sin embargo, solo se publica en versión electrónica, un cambio que ha obligado a explorar nuevas vías para mantener su presencia y alcance entre los profesionales sanitarios madrileños.

Desde el ICOMEM daremos difusión a este boletín a través de todos nuestros canales: web, newsletter, revista y redes sociales.

MEDIPSO: cuando la dieta también trata la psoriasis

La psoriasis no solo se trata en la piel. Cada vez hay mas interés en entender cómo factores como la alimentación pueden influir en el curso de esta patología inflamatoria crónica. En ese contexto surge el ensayo MEDIPSO, un estudio que analiza el efecto de una intervención basada en la dieta mediterránea en pacientes con psoriasis leve o moderada. Los hallazgos, tanto clínicos como metabólicos, abren una línea de trabajo prometedora y plantean nuevas preguntas sobre el papel del consejo nutricional en dermatología.

El Dr. Javier Pérez-Botello lidera el estudio MEDIPSO, un ensayo clínico que abre nuevas perspectivas sobre el papel de la dieta mediterránea como apoyo en el manejo de la psoriasis.



¿Qué les llevó a poner en marcha el ensayo MEDIPSO?

Aunque desde hace años existe interés por el papel de la dieta en la psoriasis, la mayor parte de los datos procedían de estudios observacionales y faltaban ensayos clínicos aleatorizados que permitieran valorar una relación causal. Además, las recomendaciones dietéticas disponibles se centraban sobre todo en la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, sin evaluar de forma específica patrones dietéticos con potencial efecto antiinflamatorio independientemente del peso. En ese contexto, MEDIPSO surge para comprobar si una intervención nutricional estructurada con dieta mediterránea puede traducirse en una mejoría clínica de la psoriasis.

¿Por qué decidieron estudiar específicamente la dieta mediterránea en pacientes con psoriasis?

Elegimos la dieta mediterránea porque reúne varias características especialmente relevantes en psoriasis. Por un lado, es un patrón dietético con un perfil antiinflamatorio bien conocido; por otro, ha demostrado beneficios cardiometabólicos en estudios como el PREDIMED, algo importante en una enfermedad que con frecuencia se asocia a comorbilidad metabólica y riesgo cardiovascular aumentado. Además, estudios previos habían observado que una menor adherencia a la dieta mediterránea se asociaba con mayor prevalencia o gravedad de la psoriasis, pero no había datos de estudios experimentales que apoyaran esta relación causal.

¿Qué perfil de pacientes incluyeron y por qué se centraron en casos leves o moderados?

Incluimos a adultos con psoriasis leve o moderada, definida por un PASI entre 2 y 10, que estaban en tratamiento tópico estable y no iniciaron terapias sistémicas durante el estudio. Nos centramos en este perfil porque permitía evaluar con mayor limpieza el efecto de la intervención dietética, minimizando la interferencia de cambios terapéuticos de gran impacto. Por supuesto, en el futuro también será interesante comprobar el papel de la dieta mediterránea en pacientes con psoriasis de mayor gravedad.

¿En qué consistió exactamente la intervención nutricional y qué la diferenciaba del consejo dietético habitual?

La intervención consistió en un programa intensivo de 16 semanas guiado por dietistas-nutricionistas. Incluyó consejo nutricional estructurado, materiales educativos, menús y recetas, visitas presenciales, seguimiento remoto periódico y provisión semanal gratuita de aceite de oliva virgen extra, con la recomendación de consumir al menos cuatro cucharadas al día. Además, se establecieron objetivos dietéticos individualizados para mejorar la adherencia al patrón mediterráneo. La diferencia fundamental respecto al consejo habitual es que no se trató de una recomendación general o puntual, sino de una intervención acompañada, protocolizada y mantenida en el tiempo. El grupo control recibió únicamente recomendaciones estándar puntuales de



dieta baja en grasa, sin supervisión por parte de un dietista.

¿Cuál es el principal hallazgo clínico del estudio?

El hallazgo principal es que una intervención estructurada basada en dieta mediterránea consiguió una mejoría clínica significativa de la psoriasis en 16 semanas frente al consejo dietético estándar. El cambio medio estimado en PASI fue de -3,4 puntos en el grupo de intervención, frente a ausencia de cambio en el grupo control, con una diferencia entre grupos estadísticamente significativa. Además, casi la mitad de los pacientes del grupo de intervención alcanzó un PASI 75, es decir, un 75 % de mejoría en la afectación cutánea con respecto a la valoración inicial.

¿Cómo debe interpretarse la mejoría observada en el índice PASI en la práctica asistencial?

Creo que debe interpretarse como una señal de la potencial utilidad, en la práctica clínica real, de la dieta mediterránea como tratamiento coadyuvante al tratamiento dermatológico estándar. Esta mejoría se observó en pacientes en tratamiento tópico estable, sin cambios sistémicos y sin pérdida significativa de peso, lo que refuerza la idea de un efecto propio del patrón dietético. En consulta, esto sugiere que incorporar una intervención **nutricional bien dirigida**

da puede sumar beneficio clínico en pacientes seleccionados.

¿Les sorprendió que casi la mitad de los pacientes del grupo de intervención alcanzara un PASI 75?

La verdad es que sí fue un resultado que nos llamó la atención. Que un 47,4 % de los pacientes alcanzara un PASI 75 en solo 16 semanas con una intervención dietética como coadyuvante es algo que no esperábamos de entrada. Dicho esto, creemos que es importante interpretar este dato con prudencia. Hablamos de un estudio con un número relativamente pequeño de pacientes, realizado en un único centro y en casos de psoriasis leve o moderada. Por eso, más que quedarnos con la cifra en sí, lo que consideramos más relevante es la señal de que una intervención nutricional bien estructurada puede tener un impacto clínico apreciable. Será importante confirmar estos datos en estudios más amplios y multicéntricos.

Además de la piel, también observaron cambios metabólicos. ¿Qué importancia tiene ese dato?

En nuestro estudio vimos una reducción significativa de la HbA1c en el grupo de intervención y un pequeño descenso de la lipoproteína(a), aunque este último hallazgo debe interpretarse con cautela. Es importante destacar que este descenso de la hemoglobina glucosa

da se observó en pacientes no diabéticos, ya que ninguno de ellos lo era por diseño del protocolo. En cualquier caso, una mejoría del perfil metabólico encaja con lo que ya han mostrado estudios previos sobre dieta mediterránea, especialmente en poblaciones con alto riesgo cardiovascular. En ese sentido, el mensaje es que una intervención dietética puede tener un beneficio más amplio que el puramente dermatológico, algo especialmente relevante en pacientes con psoriasis, que con frecuencia presentan comorbilidad cardiometabólica.

¿Qué mecanismos explican que la dieta mediterránea ayude a mejorar la psoriasis?

Probablemente intervienen varios mecanismos de forma simultánea. La dieta mediterránea aporta compuestos antioxidantes, polifenoles y otros fitoquímicos con capacidad para reducir la inflamación sistémica y el estrés oxidativo. El aceite de oliva virgen extra, por ejemplo, contiene oleocantal, y el pescado azul aporta ácidos grasos omega-3, ambos con potencial modulador de vías proinflamatorias. Además, este patrón dietético mejora la sensibilidad a la insulina, el perfil metabólico y, posiblemente, la señalización hormonal y de factores de crecimiento implicados en la activación inmune y la proliferación queratinocitaria. A más largo plazo, también puede modular favorablemente la microbiota intestinal.

¿Qué papel debería tener el consejo nutricional en la consulta dermatológica a la luz de los resultados obtenidos?

Probablemente, un papel mayor del que le hemos dado hasta ahora. Durante años, el consejo dietético en psoriasis ha sido algo bastante general, pero este estudio sugiere que, cuando la intervención es más estructurada, puede tener un impacto clínico mayor. Evidentemente, el dermatólogo no tiene que convertirse en nutricionista, pero sí creo que deberíamos integrar más la conversación sobre hábitos dietéticos en la consulta y, cuando sea posible, apoyarnos en profesionales de la nutrición.

¿Qué mensaje quiere trasladar al paciente sin generarle falsas expectativas?

El mensaje tiene que ser equilibrado. La dieta mediterránea puede ayudar y, en algunos pacientes, puede contribuir de forma clara a mejorar la psoriasis, pero no sustituye a los tratamientos dermatológicos

ni garantiza la misma respuesta en todos los casos. Nosotros la entendemos más bien como una herramienta complementaria. Es una estrategia segura, sostenible y con beneficios que probablemente van más allá de la piel, pero su efecto dependerá mucho de la adherencia y también del perfil de cada paciente. En la consulta, lo importante es transmitir que se trata de sumar una pieza más al manejo de la enfermedad, no de reemplazar los tratamientos.

¿Cuáles son las principales limitaciones del estudio y qué pasos deberían darse ahora para confirmar estos resultados?

Las principales limitaciones son el tamaño muestral reducido, el diseño abierto —aunque con evaluadores cegados—, el hecho de ser un estudio unicéntrico y la posibilidad de un efecto Hawthorne, ya que el grupo de intervención tuvo un contacto más frecuente con el equipo. Además, varios criterios de exclusión, como la diabetes o la enfermedad cardiovascular, pueden limitar la generalización, y las 16 semanas de seguimiento no permiten conocer la sostenibilidad del efecto a largo plazo. El siguiente paso debería ser desarrollar estudios multicéntricos, con muestras más amplias, seguimiento más prolongado y, si es posible, diseños que permitan aislar mejor el efecto del acompañamiento intensivo. También sería interesante evaluar qué perfiles de pacientes se benefician más y cómo integrar estas intervenciones en la práctica asistencial real.

Perez-Bootello J, Berna-Rico E, Abbad-Jaime de Aragon C, et al. Mediterranean Diet and Patients With Psoriasis: The MEDIPSO Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2025;161(12):1215-1223. doi:10.1001/jamadermatol.2025.3410

Versus

¿Debemos los médicos tener un Estatuto Marco propio?

SÍ



El Estatuto del Médico debe regular las condiciones de ejercicio de la profesión. Más allá de regular las condiciones laborales, debe reactivar el papel del médico en el SNS, la singularidad del ejercicio médico y su encaje en la gobernanza sanitaria.

El médico no solo es un profesional asistencial, sino un agente clave del sistema, que toma decisiones clínicas con impacto directo en resultados en salud, el uso de recursos, la seguridad del paciente y la eficiencia organizativa.

Descripción de la necesidad: burnout médico y déficit de médicos en el SNS

El debate sobre la conveniencia de un estatuto propio para los médicos no es nuevo, pero adquiere hoy una relevancia especial. Nos encontramos en un contexto de creciente presión asistencial, con un marco normativo generalista y obsoleto, que hace enfermar a los médicos. Las jornadas extenuantes, la escasa participación y la falta de incentivos convierten el ejercicio de la medicina en una “actividad plana” que mata la vocación y produce daño moral desde el primer día de residencia.

Según el último estudio de la Escuela Nacional de Sanidad, Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis(1), uno de cada dos médicos españoles presenta síntomas de burnout. Estas cifras son aún más preocupantes en residentes, según el estudio Ikerburn, con una prevalencia superior al 90 %.

Las principales causas de burnout son la sobrecarga laboral, el exceso de tareas burocráticas, la falta de apoyo, los salarios insuficientes, las dificultades de conciliación, las jornadas muy prolongadas y la dificultad para desconectar durante el tiempo libre. Todos estos factores

están regulados en el Estatuto Marco, una norma que ha maltratado y fracturado la labor del médico dentro del “teórico marco común” durante años.

Según el último estudio de Necesidades de médicos especialistas del SNS del Ministerio de Sanidad, existe un déficit de miles de médicos en el sistema público, cuando, paradójicamente, hay más médicos colegiados que nunca. Los médicos escapan del Sistema Nacional de Salud hacia otros países de la Unión Europea, otros sistemas privados o abandonan la profesión. Esta situación pone en jaque al sistema sanitario, con dificultades estructurales para la planificación y fidelización del talento.

Por otro lado, el aumento de la complejidad asistencial y el envejecimiento poblacional incrementan de forma sostenida la demanda de atención médica. Esta situación sobrecarga aún más a los médicos que trabajan en el SNS y retroalimenta, sin fin, el burnout, el malestar profesional, los abandonos y, por tanto, el déficit.

Detectado el problema, la normativa deberá poner fin a esta crisis de médicos que pone en jaque al sistema sanitario. Estamos ante un escenario que exige modelos de gestión y gobernanza capaces de garantizar la calidad, la seguridad, los resultados en salud y, sobre todo, la sostenibilidad del sistema sanitario.

Agente clave: el médico

Los médicos coordinan equipos multidisciplinares y lideran procesos asistenciales complejos. La práctica médica comporta la responsabilidad profesional, legal y ética del proceso asistencial y se ejerce en contextos de incertidumbre clínica, presión laboral y limitación de recursos. Esta labor se fundamenta en un itinerario formativo excepcionalmente largo y exigente, que no



concluye tras los más de doce años de formación exigida, sino que requiere un proceso continuo y permanente de actualización. Este elevado nivel de capacitación y responsabilidad no encuentra un reflejo adecuado en el actual Estatuto Marco generalista, lo que no solo invisibiliza el valor del ejercicio médico, sino que contribuye a consolidar modelos organizativos que tienden a igualar, perpetuando la mediocridad en detrimento de la excelencia clínica.

El Estatuto Marco generalista resulta claramente insuficiente para recoger esa singularidad desde la perspectiva de la gestión sanitaria. La ausencia de un marco específico ha tenido consecuencias visibles y cuantificables en los últimos años, como la desmotivación profesional, el desgaste, el burnout y las dificultades crecientes para asumir responsabilidades organizativas. Estas disfunciones ya no afectan solo a los profesionales médicos, sino también a la sostenibilidad y calidad del propio sistema sanitario.

Por otro lado, la Ley 53/1984 de incompatibilidades regula las actividades que pueden o no realizar los empleados públicos para evitar conflictos de interés, garantizar la imparcialidad y asegurar la dedicación completa al servicio público. Incorporar medidas más restrictivas para los médicos, como la exclusividad, resulta contraproducente en un sistema de libre mercado. Los médicos pueden decidir libremente dónde trabajan, y la clave consiste en buscar la etiología del déficit en el sistema público. Las medidas deben ir encaminadas siempre a atraer, y no a expulsar, a los médicos del sistema.

Una oportunidad para el futuro del Sistema Nacional de Salud.

El sistema sanitario afronta un escenario de creciente necesidad que, desde hace años, se sostiene fundamentalmente con el esfuerzo de sus profesionales. Un modelo

que muestra claros signos de agotamiento, reflejados en jornadas asistenciales inasumibles —con guardias de hasta 24 horas—, plantillas insuficientes, dificultades para retener a especialistas y una brecha cada vez mayor entre las decisiones de gestión y la realidad de la práctica clínica.

Históricamente, la sanidad en España no siempre se configuró como un derecho plenamente garantizado. Desde finales del siglo XVIII a principios del XX, la asistencia sanitaria se desarrolló bajo un modelo de beneficencia, en el que la atención médica se ofrecía como un recurso limitado. La construcción progresiva de un sistema sanitario universal fue un avance incuestionable, pero ese desarrollo no ha estado acompañado de una evolución paralela en los modelos de gestión y gobernanza profesional.

La defensa de la Sanidad Pública empieza por la defensa de sus médicos, porque sin médicos no hay habrá Sanidad, o al menos como la conocemos hoy día. La necesidad de una regulación propia es, ante todo, una decisión de modelo: qué tipo sistema sanitario quiere España en los próximos veinte años.

La solución: El Estatuto del Médico

Un estatuto propio sería una herramienta de ordenación coherente con la responsabilidad que asumen los médicos en términos de seguridad del paciente, eficiencia en el uso de recursos y resultados en salud. Una herramienta, en definitiva, al servicio del sistema y de los ciudadanos.

Contenido del Estatuto del Médico

1. Responsabilidad clínica y legal

El médico es el último responsable del proceso asistencial, asumiendo decisiones diagnósticas y terapéuticas de alto impacto vital. Un Estatuto Médico permitiría alinear responsabilidad y reconocimiento, estableciendo garantías específicas y un marco jurídico claro.

2. Autonomía técnica y científica

La profesión médica exige un alto grado de autonomía en la toma de decisiones. Esta autonomía debe estar protegida normativamente para evitar presiones administrativas, económicas u organizativas que puedan comprometer la calidad asistencial.

3. Retribución equivalente y acorde a la cualificación

El Estatuto debe garantizar un modelo retributivo homogéneo, competitivo y acorde al nivel de cualificación. Un reconocimiento retributivo equivalente al nivel técnico y científico desarrollado, en consonancia con la responsabilidad asumida. Reconocimiento profesional Grupo A+: La formación médica es la más extensa del sistema universitario español: 6 años de grado + MIR (4-5 años) + formación continuada obligatoria.

3. Condiciones laborales seguras y sostenibles

3.1. Jornadas seguras para médicos y pacientes
Las guardias de 24 horas, aún vigentes, comprometen la seguridad clínica y la salud del profesional. La evidencia científica demuestra que la fatiga extrema aumenta el riesgo de errores y burnout. El Estatuto debe establecer límites claros, descansos obligatorios y modelos de jornada segura. Las horas y la actividad extraordinaria, es decir, fuera de la ordinaria, se deberá reconocer como tal.

3.2. Tiempo adecuado para la atención al paciente
La presión asistencial actual impide dedicar el tiempo necesario a cada paciente y genera inseguridad y burnout. Un marco regulatorio específico permitiría fijar ratios, cargas máximas y tiempos mínimos de atención, garantizando calidad y seguridad.

3.3. Disponibilidad y carga asistencial
Los médicos asumen guardias presenciales, localizadas, incidencias y atención continuada sin una regulación homogénea. El Estatuto debe definir tipologías de disponibilidad, compensaciones y límites, evitando abusos.

4. Protección frente a riesgos inherentes a la profesión

4.1. Profesión de riesgo
Los médicos están expuestos a riesgos biológicos, químicos, agresiones, estrés crónico y toma de decisiones críticas. La profesión debe ser reconocida formalmente como profesión de riesgo, con medidas específicas de protección y compensación.

4.2. Protección frente a agresiones
Las agresiones a sanitarios han aumentado de forma alarmante.

El Estatuto debe incluir:

- Protocolos obligatorios de prevención
- Refuerzo de la seguridad en centros
- Reconocimiento de la agresión como atentado a la autoridad
- Acceso a apoyo psicológico especializado

5. Carrera profesional

Actualmente existe una gran disparidad entre comunidades autónomas. El Estatuto debe establecer sistemas de incentivos que incentiven la excelencia y progresión vinculada al mérito y la competencia.

6. Liderazgo, coordinación e impacto social

6.1. Liderazgo clínico

Los médicos coordinan equipos multidisciplinares y lideran procesos asistenciales complejos. Este rol debe estar reconocido y protegido normativamente.

6.2. Impacto social y ético

Las decisiones médicas tienen repercusión pública, mediática y social.

El Estatuto debe garantizar un marco ético sólido y proteger la independencia profesional frente a presiones externas. La creación de un Estatuto Médico no es un privilegio, sino una necesidad estructural para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, la seguridad del paciente y la dignidad profesional.

Un marco normativo específico permitiría:

- Homogeneizar condiciones laborales
- Proteger la salud del profesional
- Asegurar la calidad asistencial
- Reconocer la responsabilidad y la especialización médica
- Atraer y retener talento
- Reducir la conflictividad y la desigualdad territorial

El Estatuto Médico es, por tanto, una herramienta imprescindible para modernizar el sistema sanitario y asegurar su futuro.

Referencias bibliográficas.

- (1) Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911124000311>
- (2) Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf
- (3) European Doctors Working conditions. A FEMS White book. <https://www.fems.net/index.php/news>
- En todos los países de la Unión Europea (3) existe una normativa específica para médicos y un ámbito de negociación específico basado en la co-gobernanza del sistema sanitario. Es el momento de incorporar una normativa que cambie la situación de partida.



NO



Sergio Fernández Ruiz
Secretario de la FADSP

Manuel Martín García
Presidente de la FADSP

La pregunta es pertinente, pero la respuesta, desde la perspectiva de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), es clara: no. Y no porque no existan problemas reales en el colectivo médico y facultativo, que los hay, sino porque la creación de un estatuto diferenciado no es la solución adecuada y puede tener efectos negativos sobre el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Un malestar real que debe ser abordado

Actualmente, existe un malestar significativo entre el personal médico y facultativo del SNS, vinculado a factores bien conocidos como son la sobrecarga asistencial, jornadas prolongadas, guardias con una regulación discutida, dificultades de conciliación y, en algunos ámbitos, precariedad laboral.

Se trata de problemas reales que deben abordarse, pero también es importante señalar que no son exclusivos del colectivo médico, sino que forman parte de un deterioro más amplio de las condiciones de trabajo en la sanidad pública. Reconocer este diagnóstico es imprescindible. Pero no lo es menos evitar soluciones que simplifiquen en exceso el problema.

¿Un problema del marco o de su desarrollo?

Una de las ideas más repetidas en este debate es que el anteproyecto de ley del Estatuto Marco sería el origen de estos problemas. Sin embargo, este planteamiento no se sostiene.

El Estatuto Marco establece unas bases generales, pero la organización del trabajo, las cargas asistenciales, las plantillas o buena parte de las condiciones retributivas dependen fundamentalmente de las comunidades autónomas y de las políticas de gestión sanitaria. Y ahí está el problema, en cómo se gestiona el sistema.

Por eso, centrar el debate en la creación de un estatuto propio simplifica la realidad y puede desviar la atención de los problemas estructurales como son la insuficiente financiación, la atención primaria, las privatizaciones, la falta de planificación de recursos humanos o las decisiones organizativas que han incrementado la presión asistencial.

El valor del marco común

El Estatuto Marco es una norma laboral y, también, un instrumento de cohesión del SNS. En un sistema descentralizado, permite establecer unas bases comunes que garanticen cierta homogeneidad en las condiciones laborales y facilitan la movilidad profesional. Introducir un estatuto específico para personal médico y facultativo implicaría romper ese marco común y avanzar hacia una diferenciación normativa entre colectivos.

El SNS funciona como un sistema basado en el trabajo en equipo. La atención sanitaria es necesariamente multidisciplinar. Por ello, la existencia de un marco común es una condición para la coordinación y la equidad interna.

El riesgo de la fragmentación

Uno de los principales problemas de un estatuto propio es que introduce una lógica de fragmentación que puede extenderse al conjunto del sistema. Si un colectivo dispone de un marco diferenciado, es razonable que otros puedan reclamar lo mismo. El resultado sería un sistema con múltiples regímenes laborales, más complejo, más desigual y difícil de gestionar.

Desde la perspectiva de la FADSP, este escenario supone un riesgo claro, ya que debilitaría la cohesión del sistema sanitario público sin garantías de mejorar la calidad asistencial. Además, la fragmentación también debilita la capacidad de planificación y gestión del sistema y abre espacios para modelos más desregulados. En un contexto de crecimiento del sector privado, avanzar hacia marcos laborales diferenciados puede contribuir a erosionar la fortaleza del sistema público.

Corporativismo y modelo de sistema

El debate sobre el estatuto propio también tiene que ver con el modelo de sanidad que queremos. Algunas posiciones plantean la necesidad de espacios de negociación específicos para el colectivo médico, al margen de los órganos comunes. Desde la FADSP ya hemos señalado que este enfoque responde a planteamientos corporativos que no representan al conjunto de profesionales ni responden al interés común del sistema sanitario. Un sistema sanitario público no puede construirse desde lógicas exclusivamente corporativas puesto que las mejoras de las condiciones laborales deben abordarse desde una perspectiva global.

Doble dedicación y equidad

Existe además otro elemento de fondo, y es la compatibilidad entre el ejercicio público y privado.

Desde la FADSP hemos defendido que la dedicación exclusiva al sistema público debe ser un eje central para garantizar su calidad y equidad. La generalización de la doble dedicación, genera conflictos de interés y puede afectar al funcionamiento del sistema.

En este contexto, un estatuto propio podría consolidar dinámicas que no contribuyen a fortalecer la sanidad pública.

Una alternativa: mejorar sin fragmentar

Frente a la propuesta de un estatuto propio, desde la FADSP ya planteamos una alternativa más coherente con los principios del SNS, reforzando y actualizando el Estatuto Marco común, incorporando las especificidades de los distintos colectivos sin romper la unidad del sistema, algo que se ha recogido en el texto del anteproyecto.

La defensa de la sanidad pública pasa por reforzar un modelo basado en la cohesión, la equidad y el trabajo en equipo.

Pero, sobre todo, resulta imprescindible situar el debate donde están los principales márgenes de mejora, y no es otro que en las comunidades autónomas, responsables de la organización de los servicios, la jornada, las guardias, la gestión de plantillas y buena parte de las condiciones laborales efectivas. Sin actuar sobre estos niveles, cualquier reforma estatal tendrá un alcance limitado.

Esto implica:

- Mejorar las condiciones laborales y retributivas
- Apostar por la estabilidad y la planificación real de recursos humanos, incrementando las plantillas.
- Implementar límites efectivos a la sobrecarga asistencial
- Reorganizar, limitar y eliminar el actual sistema de guardias
- Garantizar el régimen de descansos y la conciliación
- Establecer la dedicación exclusiva

Se trata de avanzar hacia un marco común adaptado a la realidad actual, pero también de exigir a las administraciones autonómicas que asuman su responsabilidad en la mejora de las condiciones de trabajo y en el fortalecimiento del sistema sanitario público.

En definitiva, la demanda de un Estatuto Marco propio parte de problemas reales. Pero la solución propuesta no es adecuada. El reto es integrar y fortalecer lo común.

La defensa de la sanidad pública pasa por reforzar un modelo basado en la cohesión, la equidad y el trabajo en equipo. Y en ese modelo, un estatuto común, mejorado y actualizado, sigue siendo una herramienta necesaria. Porque la fortaleza del sistema sanitario público depende de la capacidad de construir soluciones compartidas y de reforzar lo común frente a las dinámicas de fragmentación.

Bienvenido al portal de transparencia del ICOMEM

La confianza se demuestra con hechos

Ahora puedes elegir qué quieres saber sobre la gestión de tu Colegio

CONÓCELO



La década en la que el MIR cambió sin hacer ruido

El MIR creció de 6.098 plazas en 2016 a 9.276 en 2026, pero el verdadero cambio no fue el tamaño: fueron las reglas

Cada enero, el MIR parece el mismo ritual de siempre: miles de aspirantes, aulas llenas, relojes vigilados de reojo y una pregunta que se repite en voz baja desde hace años: «¿me va a alcanzar?». Pero detrás de esa escena reconocible, el examen ha cambiado más de lo que parece. En la última década, el MIR dejó de ser solo una gran prueba de acceso y se convirtió en el espejo de un sistema sanitario que necesita formar más especialistas, corregir sus propios desajustes y, al mismo tiempo, explicar mejor qué significan realmente sus cifras.

En 2016, la oferta de plazas de Medicina era de 6.098. Para la convocatoria de 2025/2026, esa cifra había subido hasta 9.276. Entre un extremo y otro no hay solo un crecimiento: hay una transformación de escala. El propio Ministerio de Sanidad destaca que, desde 2018, la oferta total de Formación Sanitaria Especializada ha aumentado un 54 % y que la convocatoria para 2026 vuelve a marcar un máximo histórico.

La curva se aceleró justo cuando el sistema empezó a admitir que le faltaban médicos especialistas y que la reposición no estaba yendo al ritmo de las necesidades asistenciales. En la convocatoria 2024/2025, Sanidad aprobó 9.007 plazas MIR, la cifra más alta hasta ese momento; un año después volvió a romper su propio récord con 9.276. El mensaje oficial era inequívoco: formar más, ampliar la capacidad y empujar la máquina un poco más allá de sus límites previos.

Pero el gran cambio de esta década no fue solo cuántas plazas se abrieron, sino cómo dejó de medirse quién «supera» el examen. Durante años, el MIR funcionó con una nota de corte fijada en el 35 % de la media de los diez mejores exámenes. Ese criterio aparece en convocatorias como la de 2016 y seguía presente en años posteriores. En la convocatoria 2024/2025, en cambio, Sanidad eliminó la nota de corte y estableció que la puntuación mínima para participar en la elección de plaza sería simplemente obtener una puntuación final mayor que cero. Desde ese momento, comparar «aprobados» de una década con «aprobados» actuales dejó de ser un ejercicio automático.

Ese giro cambia por completo la lectura de los resultados. En 2024/2025, Medicina ofertó 9.007 plazas, registró 15.114 personas admitidas, 13.711 presentadas y 13.691 con número de orden, lo que equivale al 99,85 % de quienes hicieron el examen. La cifra impresiona, pero por sí sola no cuenta toda la historia: ya no está describiendo el mismo filtro que operaba hace una década. Las estadísticas del MIR parecen estables; las reglas con las que fueron producidas no tanto.

También cambió la conversación pública alrededor del examen. Durante años, el foco estuvo en la escasez de plazas. Después, el debate se desplazó hacia otro lugar: aunque subiera la oferta, seguían quedando preguntas abiertas sobre la cobertura real de ciertas especialidades, sobre todo Medicina Familiar y Comunitaria. Por eso fue relevante que Sanidad anunciara en mayo de 2025 que las 11.943 plazas de la convocatoria 2024/2025 se cubrieron por completo y que era la primera vez en los últimos años que no quedaban vacantes en Medicina de Familia. Más plazas, sí; pero, sobre todo, una señal de que el sistema intenta corregir una herida que llevaba años expuesta.

La historia del MIR en esta década, en el fondo, no es la de un examen que se volvió más grande. Es la de una puerta de entrada que se ensanchó mientras cambiaba la cerradura. España pasó de discutir si había suficientes plazas a discutir qué tan comparable es el examen de hoy con el de ayer, y si el aumento de oferta basta para resolver la falta de especialistas donde más duele. El MIR sigue siendo el gran rito de paso de la medicina española. La diferencia es que ahora también funciona como un termómetro del sistema: cuando se mueve el MIR, lo que se mueve detrás es toda la sanidad pública.

El MIR gana escala: 3.178 plazas más en diez años
De 6.098 plazas en 2016 a 9.276 en la convocatoria 2025/2026.



MIR 2026: una convocatoria bajo sospecha



Inés Jiménez Albert, directora de comunicación del CEEM, sostiene que los fallos de vigilancia, la opacidad y la incertidumbre en la gestión del MIR 2026 han dejado una huella profunda en miles de aspirantes y han puesto en cuestión la equidad del sistema.

El MIR 2026 no dejó solo una clasificación provisional. También dejó malestar, dudas y una sensación de desprotección entre miles de aspirantes que llevaban años preparándose para una de las pruebas más determinantes de su vida académica y profesional. Para Inés Jiménez Albert, directora de comunicación del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), lo ocurrido no puede reducirse a una simple incidencia ni a una suma de errores aislados. Lo que pasó este año, sostiene, ha vuelto a poner sobre la mesa problemas de fondo que el sistema lleva tiempo arrastrando.

La cuestión, para el CEEM, no es únicamente si el examen fue válido desde un punto de vista técnico. La pregunta de verdad, dice Serrano, es si fue justo. Y ahí su posición es clara: "Para el CEEM, un examen se considera «justo» si garantiza la igualdad efectiva de oportunidades. Los fallos de vigilancia y control reportados en esta convocatoria del MIR vulneran el principio de equidad que debe regir una prueba de tal trascendencia como esta. Si una estudiante del MIR puede verse perjudicada por factores externos a su preparación, el examen deja de cumplir su propósito de ordenación equitativa de las aspirantes".

Ese es el punto más delicado de todo el debate. Porque cuando en una prueba como esta entran en juego factores ajenos al estudio, al esfuerzo o a la preparación, ya no se resiente solo el resultado. Lo que empieza a romperse es la confianza en el procedimiento.

Para Jiménez, además, lo ocurrido este año no empieza ni termina en el día del examen. En su lectura, la convocatoria de 2026 ha hecho más visibles las tensiones de un modelo que ya venía mostrando signos de desgaste. "Lo vivido este año evidencia que el modelo actual está tensionado. El CEEM ya ha expuesto que la falta de un temario definido, más allá del concepto genérico de «la Medicina», genera una incertidumbre que afecta a la formación académica y a la salud mental de las estudiantes. Esta falta de concreción, sumada a la creciente complejidad organizativa, sugiere que el sistema necesita una actualización estructural".

La falta de un temario oficial aparece, así, como uno de los grandes problemas de fondo. No se trata de una cuestión menor ni de una reclamación técnica. Afecta directamente a la forma en que se estudia, la manera en que se organiza la preparación y el tipo de incertidumbre

Hay que dejar de ver el MIR como un simple examen de cuatro horas y media; es la culminación de un proceso de siete años de esfuerzo extremo

”

con el que conviven durante meses quienes se presentan al MIR. Prepararse para una prueba de ese nivel sin reglas del todo claras no solo complica la planificación: también desgasta.

A esa sensación se sumó después la gestión institucional de lo ocurrido. Para el CEEM, el malestar no se explica solo por lo que pasó en las aulas, sino también por la forma en que se respondió posteriormente. La falta de explicaciones claras, sostienen, terminó agravando una tensión que ya venía creciendo. Serrano lo expresa así: "Ambos factores son críticos, pero la gestión posterior y la falta de explicaciones claras por parte del Ministerio han agravado la disconformidad y el impacto emocional que ya llevaba tiempo gestándose. El CEEM sostiene que cualquier cambio o incidencia de magnitud debe notificarse con antelación suficiente (al menos un año y siete meses) para que las aspirantes puedan reaccionar adecuadamente a ellos. La incertidumbre administrativa puede, en ocasiones, ser más lesiva que el examen mismo".

La frase resume bien una de las claves de esta convocatoria: el daño no siempre viene solo del examen. A veces también viene de no saber qué está pasando, de no tener información clara o de sentir que las reglas cambian sin margen real de reacción.

Otro de los focos de inquietud está en el baremo académico. En un sistema tan competitivo y ajustado, un error administrativo puede desplazar a una persona cientos de puestos. Y cuando eso ocurre, la idea misma de mérito queda tocada. Serrano lo plantea de manera directa: "Cuando errores en el baremo académico o administrativos desplazan a una estudiante cientos de puestos, la meritocracia se desvanece. El expediente académico debe ser un reflejo fiel de seis años de esfuerzo, recorrido y tener un peso real y preciso para evitar empates injustos. Si la administración no garantiza la precisión de estos datos, el sistema falla en su función de ordenar por mérito".

En opinión del CEEM, el expediente no es un dato accesorio. Es el reflejo de seis años de formación, constancia y rendimiento. Por eso, cuando falla el sistema que debe garantizar su correcta valoración, lo que se altera no es

solo una cifra: es la lógica entera con la que se ordena el acceso a las plazas.

Sobre la responsabilidad por lo ocurrido, Serrano no deja lugar a dudas. "La responsabilidad recae directamente sobre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, que son los entes encargados de la convocatoria y regulación del acceso al sistema de formación sanitaria especializada".

Pero en su análisis hay algo más que una crítica administrativa. También hay un reproche sobre la falta de comprensión del impacto humano que deja una convocatoria así. Para la presidenta del CEEM, el Ministerio no ha calibrado del todo lo que significa el MIR para quienes llegan hasta ese punto. No es una prueba cualquiera ni un examen más en la carrera. Es el final de un trayecto largo, absorbente y emocionalmente exigente. Lo explica en estos términos: "Para entender el alcance del daño, hay que dejar de ver el MIR como un simple examen de cuatro horas y media; es la culminación de un proceso de siete años de esfuerzo extremo. Cuando el Ministerio comete errores en la vigilancia, en la transparencia de los baremos o en la comunicación de las incidencias, no solo está fallando en un trámite administrativo. Se ha de entender que, tras lo acontecido, miles de estudiantes se han sentido indefensas, han visto su salud mental en riesgo, se ha quebrado su confianza en el sistema del cual van a pasar a formar parte; todo ello se suma al esfuerzo y desgaste que conlleva llegar hasta el MIR y tras haber renunciado durante casi un año a gran parte de la vida social, familiar y personal bajo la promesa de un sistema meritocrático. En definitiva, se ha fallado en la ética de los cuidados. No se puede pretender gestionar un sistema de salud ignorando la salud de quienes lo van a integrar. Lo ocurrido en el MIR 2026 no es solo una crisis organizativa, es una crisis de empatía institucional que dejará una cicatriz profunda en la promoción de este año".

Ahí está, probablemente, el corazón de su denuncia. No se trata solo de errores, de protocolos o de una mala gestión puntual. Se trata de la sensación de que quienes sostienen el sistema no entendieron del todo el impacto que esos fallos podían tener en miles de

personas que llevaban años preparándose para ese momento.

En ese contexto, la petición de una auditoría independiente cobra especial peso. Para el CEEM, no basta con explicaciones parciales ni con respuestas improvisadas. Hace falta saber qué ocurrió exactamente, cómo se evaluó la prueba y bajo qué criterios se diseñó. Serrano lo resume así: “Desde el CEEM reclamamos que se especifiquen con total transparencia las características, el sistema de calificación y el detalle del contenido de la prueba. Una auditoría independiente no solo es necesaria para esclarecer los fallos de esta convocatoria, sino para recuperar la confianza de las miles de aspirantes que sienten que sus esfuerzos y estudio se han visto opacados por fallos del sistema y de la organización de la prueba MIR”.

La crítica, en cualquier caso, no se limita a esta convocatoria. También apunta al propio diseño del MIR y a la idea de formación que sigue reflejando. Cuando se le pregunta qué parte del sistema considera hoy más obsoleta, Serrano responde sin rodeos: “Sin duda, la ausencia de un temario oficial elaborado por sociedades científicas es una carencia anacrónica que urge reformular”.

Y si tuviera que sentarse mañana con el Ministerio para blindar la próxima convocatoria, sus prioridades serían tres. “Elección de plazas en tiempo real: que la elección de plazas sea presencial o telemática, para acabar con la incertidumbre del sistema asíncrono. El CEEM defiende una elección que sea presencial o, en su defecto, telemática, pero en tiempo real, para garantizar la máxima transparencia y seguridad de las aspirantes. Publicación de un temario oficial: elaborado por sociedades científicas para evitar la arbitrariedad en las preguntas. Seguridad y transparencia: que se garantice y se vele por la notificación de cualquier cambio en la convocatoria con una antelación coherente”.

Más allá de la organización concreta del examen, Serrano cree que la discusión de fondo es todavía mayor: qué modelo de sanidad está reflejando hoy el MIR y qué tipo de profesionales está priorizando. Su crítica apunta a un examen demasiado volcado en la teoría y todavía lejos de la práctica clínica real. “El MIR debe alinearse con las necesidades reales del Sistema Nacional de Salud (SNS). Actualmente, el exceso de preguntas teóricas sobre las clínicas y la falta de una evaluación práctica indican que el examen sigue más enfocado en la memoria que en la práctica médica real que la sociedad demanda. Queremos un modelo que priorice la salud pública y el bienestar social por encima de la mera clasificación numérica. El problema no es solo la mecánica del examen, sino que el MIR está actuando como un filtro que selecciona perfiles para un sistema de salud que prioriza la especialización técnica sobre la atención integral y humana. Desde el CEEM, abogamos por un MIR que no solo evalúe conocimientos, sino que sea el primer paso hacia un sistema sanitario más justo, que valore la Atención Primaria y que entienda que la salud de los pacientes empieza mucho

”
El exceso de preguntas teóricas sobre las clínicas y la falta de una evaluación práctica indican que el examen sigue más enfocado en la memoria que en la práctica médica real

antes de que entren por la puerta de un hospital”.

El diagnóstico que deja Teresa Serrano es duro, pero también bastante claro. Para el CEEM, el MIR 2026 no ha sido una simple convocatoria accidentada dentro de un sistema sólido. Ha sido, más bien, una prueba que dejó a la vista varias grietas: opacidad, incertidumbre, desgaste emocional y una pérdida de confianza que no debería minimizarse.

Porque cuando un examen que debería garantizar el mérito termina generando desconfianza, angustia y sensación de indefensión, lo que entra en crisis no es solo una convocatoria. También se resiente la credibilidad del sistema con el que empieza la carrera profesional de quienes, dentro de poco, sostendrán la sanidad pública.

Reforzar el MIR: lecciones de una convocatoria problemática

El examen MIR de 2026 será probablemente recordado —para desgracia de la propia oposición— por la acumulación de polémicas y fallos que han acompañado todo el proceso. Hay quienes sostienen que el Ministerio de Sanidad y el equipo actual que lo dirige han terminado por erosionar —como si el intento de modificación del Estatuto Marco no fuese suficiente— la que siempre ha sido considerada la joya de la corona del sistema sanitario español: el examen MIR.

Y argumentos no les faltan si repasamos la sucesión de incidencias que hemos presenciado en los últimos meses. Para empezar, se incumplieron los plazos habituales de publicación de los listados, tanto provisionales como definitivos. Estos retrasos añadieron una presión e incertidumbre innecesarias a miles de opositores en plena preparación. Además, se permitió —para sorpresa de propios y extraños— que centenares de aspirantes inicialmente no admitidos se presentaran al examen, en un contexto de errores relevantes en baremaciones y méritos académicos. Este hecho, que roza lo esperpéntico desde el punto de vista administrativo, es especialmente grave si se tiene en cuenta que hablamos de un proceso que se ha desarrollado durante 50 años sin incidencias comparables. Cabe preguntarse: ¿qué ha ocurrido este año que ha impedido garantizar una convocatoria con normalidad? ¿Existen déficits organizativos, de recursos o de capacidad? El Ministerio debería haber ofrecido explicaciones técnicas claras sobre esta anomalía, pero no consta una asunción explícita de errores estructurales. La apelación genérica a “problemas administrativos” resulta, sencillamente, insuficiente.

La situación se agravó en Julio con la dimisión en bloque del equipo encargado de la elaboración del examen. Las informaciones publicadas en los medios de comunicación apuntaban a desacuerdos relacionados, entre otros aspectos, con cambios organizativos y con la reducción tanto del número de colaboradores que elaboraban las preguntas como de la retribución por pregunta. Este último punto —la disminución de 15 a 9 euros por pregunta— ¡a 9 euros! resulta especialmente ilustrativa. Obviando el hecho de que sean los abanderados de la lucha contra los recortes en sanidad (a los que nos hemos sumado miles de médicos ante cada llamada a la movilización) los que apliquen recortes sistemáticos en el presupuesto del examen, la irrisoria y a mi juicio humillante tarifa propuesta por pregunta refleja a la perfección el valor que se otorga al trabajo, el conocimiento y la profesionalidad de un médico, y lo

Hablamos de un examen con puntuaciones récord, en personas con expedientes inversamente récord, con incrementos récord con respecto a simulacros previos (de más de 100 preguntas) o MIREs previos (de más de 8000 puestos)

que es peor, a la calidad de las preguntas del examen. Tampoco en este caso se ha ofrecido una explicación o desmentido público, lo que contribuye a aumentar la percepción de opacidad.

Durante el propio desarrollo del examen, lejos de disiparse las dudas, se consolidó la sensación de deterioro progresivo. Así pues, una medida novedosa ciertamente positiva —la incorporación de referencias bibliográficas por pregunta— quedó deslucida por la inclusión de manuales de las propias academias privadas de preparación MIR (como en la que yo trabajo desde hace 15 años). Algunas incluso referenciando versiones antiguas desactualizadas. El descrédito, y porque no decirlo, el ridículo, es a mi juicio mayúsculo. En primer lugar, porque con la riqueza de la evidencia científica en medicina en forma de artículos, Guías de Práctica Clínica y Tratados, recurrir a manuales de academia no es de recibo.

En segundo lugar, porque el conflicto de interés público-privado es evidente. Y, en tercer lugar, y a mi juicio el punto más importante, porque yo al menos no termino de visualizar, quién, en su sano juicio, aun conociendo la tarifa prime de 9 euros, es capaz de referenciar un manual de una academia de 2010 en una pregunta de ginecología. Y serían muchos quiénes conste, porque fueron decenas de preguntas referenciadas con manuales de academias. Y como no concibo el quiénes humano, la explicación creo más plausible que nos queda es que la plantilla, en su totalidad o parcialmente, fue elaborada por inteligencia artificial (IA). Pruebas de este hecho ninguna vaya por delante; solo suposición. Pero

el Ministerio, que en este caso sí procedió a reconocer y subsanar el error, ha vuelto a no dar explicaciones sobre quién diseñó y elaboró las referencias bibliográficas, lo que no ayuda a eliminar las sospechas de suplantación. Y si sumas este hecho al trasfondo/formato de redacción de las preguntas MIR de la convocatoria actual, y a las 4 preguntas anuladas ya de inicio desde la plantilla provisional por errores groseros —una circunstancia muy anómala—, que finalmente ascendieron a siete tras las impugnaciones (la cifra más alta de la última década), las sospechas de la utilización de la IA en el examen se incrementan.

El episodio final, y probablemente el más grave, ha sido la aparición de acusaciones de fraude durante la prueba. Sin afirmar categóricamente cada caso individual, el conjunto de indicios resulta imposible de negar. Por resumir, en el MIR 2026 ha habido personas que se han copiado. Personas, en plural, no una ni dos. Hablamos de hombres y mujeres, tanto extranjeros como españoles; importante decirlo para evitar confusiones y acusaciones absurdas de inquina de género o xenofobia. Y no es el primer MIR donde sucede. Y esto se afirma solamente tras rascar en el vértice del examen donde la ausencia de pudor o vergüenza torera del personal ha destapado anomalías estadísticas que ni la teoría del ensayo de saltar sin paracaídas sustenta. Hablamos de un examen con puntuaciones récord, en personas con expedientes inversamente récord, con incrementos récord con respecto a simulacros previos (de más de 100 preguntas) o MIREs previos (de más de 8000 puestos). Creer en la magia de la probable improbabilidad extrema ($p < 0,000001$) es similar a creer que al político caci-

que de turno le tocó la lotería 3 veces seguidas porque tuvo mucha suerte al comprar los 3 boletos.

Lo que no puede ser no puede ser, y además es imposible, que dice mi padre. Y es importante asumirlo desde ya, no con fines punitivos sobre lo que se nos ha colado, que creo tiene un poco recorrido, sino con una mirada puesta en el futuro del examen MIR. Asumámoslo: la IA hace el MIR, un examen teórico tipo test, mejor que cualquier médico (facto). Y solo necesita para sacar el mejor número 35 fotos de cada una de las caras del examen. La irrupción de herramientas basadas en inteligencia artificial, junto con dispositivos como teléfonos móviles o gafas inteligentes con capacidad de captura y transmisión de información, ha modificado completamente el escenario. Hoy en día, la posibilidad de acceder a asistencia externa durante una prueba tipo test no es una hipótesis futurista, sino una realidad. Y, previsiblemente, cada año será más accesible y sofisticada (hay prototipos de lentillas smart en desarrollo). Porque estudiar el MIR es durísimo, la incertidumbre de la plaza es extrema, y las diferencias económicas entre unas especialidades y otras hacen tremendamente atractivo el riesgo. Dicho de otra manera, el pastel amerita la jugada. Y sino atentos a las elecciones de especialidad. Aquí queda escrito.

Si negamos el problema, si no se aborda esta transformación, el riesgo es evidente: la erosión progresiva de la meritocracia, la sustitución de los honrados por los sinvergüenzas. El examen MIR es, ante todo, y pese a todos sus fallos, un examen igualitario y meritocrático que ha permitido seleccionar a los mejores candidatos en función de su esfuerzo y conocimiento. Es la joya de la corona de la sanidad española y lleva garantizando la calidad formativa de los médicos españoles desde hace 50 años. Cuidar el MIR no implica solo frenar el fraude, fundamental, sino también recuperar la seguridad jurídica y el rigor organizativo del proceso, así como preservar la calidad teórica del examen, garantizando equipos de elaboración estables, cualificados y reconocidos. El reto de la IA no es pequeño y debemos estar a la altura: pongamos en marcha medidas preventivas y punitivas para frenar el fraude y las irregularidades en el examen. Tenemos los síntomas y signos y las pruebas complementarias son concluyentes. El diagnóstico parece claro. Corresponde ahora establecer el tratamiento adecuado, el que sea que decidan los que saben. Y hacerlo, además, contando con los médicos si puede ser, no como con el Estatuto Marco.

El examen MIR es, ante todo, y pese a todos sus fallos, un examen igualitario y meritocrático que ha permitido seleccionar a los mejores candidatos en función de su esfuerzo y conocimiento.



Felipe Díez del Hoyo

Cardiólogo del Hospital 12 de Octubre de Madrid
Profesor de Cardiología en Grupo CTO

Abordaje Integral del TABAQUISMO

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica principal causa de muerte evitable en el mundo. Los datos más recientes señalan que causa más de 8 millones de muertes anuales en el mundo y que de ellas, más de 7 millones corresponden a fumadores activos y más de 1 millón a no fumadores expuestos al aire contaminado por humo de tabaco.

En España el tabaquismo causa más de **56.000 muertes** cada año, lo que supone más de **1.000 muertes cada semana**. Un alto número de enfermedades crónicas y agudas están íntimamente relacionados con el consumo de tabaco. Pero, además, se sabe que el abandono del consumo de cualquier forma de consumo de tabaco y nicotina, incluyendo los cigarrillos electrónicos, el tabaco calentado y los cigarrillos electrónicos, se sigue de una intensa y prolongada reducción del riesgo de desarrollar enfermedades e, incluso, de una mejoría significativa de las enfermedades que se padezcan como consecuencia de ese consumo.

Todos estos datos indican que es necesario que todos los profesionales sanitarios se impliquen en tres acciones: evitar que los jóvenes se inicien al consumo de tabaco, evitar que los no fumadores se expongan al aire contaminado por el humo del tabaco y ayudar a todos los fumadores a que dejen de serlo. Nos detendremos en este artículo en el análisis de la actividad asistencial.

Todos los profesionales sanitarios deben preguntar a todos sus pacientes sobre el consumo de cigarrillos y/o sobre el consumo de las nuevas formas de tabaco y nicotina (cigarrillos electrónicos, tabaco calentado y bolsitas de nicotina).

Todos los pacientes sean o no sean fumadores deben ser informado acerca de los riesgos que la salud corre como consecuencia de la utilización de tabaco o nicotina en cualquiera de sus formas; además, aquellos que las utilizan, deben ser aconsejados para abandonarlos y, en aquellos que se muestren dispuestos a abandonarlos, el profesional sanitario debe pautar tratamiento y seguimiento para ayudarles a que abandonen definitivamente el consumo de los mismos.

Dar consejo de abandono de consumo de tabaco a todos los fumadores, explicándoles los riesgos que la salud corre por dicho consumo, los beneficios que se obtendrán por el abandono y la posibilidad de conseguirlo si se utiliza un adecuado tratamiento farmacológico, con una pauta de seguimiento que incluya mínimo apoyo psicológico, es imprescindible que le sea dado a todo fumador. Esto conseguirá que muchos se determinen en el abandono del consumo del tabaco y que hagan un serio intento de abandono. En aquellos que quieran hacer este tipo de intento es necesario que el profesional sanitario realice una intervención mas intensa consistente en la prescripción de tratamiento farmacológico, de mínimo asesoramiento psicológico y en la pauta de un seguimiento. Los fumadores que hacen un intento serio por dejar de fumar y reciben este tipo de ayuda por un profesional sanitario hasta triplican sus posibilidades de dejar de fumar en comparación con aquellos fumadores que hacen un intento pero no reciben este tipo de intervención por parte del profesional sanitario.

Es importante señalar que todavía en España **sólo reciben adecuado tratamiento el 35% de los fumadores**

cuando realizan un serio esfuerzo por conseguirlo. Es crucial que todos los profesionales sanitarios nos concienciamos de la necesidad de ayudar de forma adecuada a nuestros fumadores para que dejen de serlo y les tratemos para ello. Si, por cualquier circunstancia, no lo podemos hacer o el paciente no lo ha conseguido, debemos derivarle a una **Unidad de Tabaquismo**. En este tipo de Unidades los fumadores van a recibir tratamiento mas intensivo, multicomponente e implementado por diferentes profesionales sanitarios: médicos, enfermeras y psicólogos. Este tipo de intervención sanitaria es la mas eficaz para dejar de fumar y es la mas recomendada en fumadores que han realizado intentos para dejar de fumar y, a pesar de recibir tratamiento adecuado, no lo han conseguido o en fumadores con altos grados de dependencias física o psíquica o en fumadores que tienen patologías asociadas graves: cardiopatías, enfermedades neuropsiquiátricas, EPOC, otras drogodependencias, etc. Incluso, fumadoras embarazadas que quieran dejar de fumar deben ser remitidas a este tipo de Unidades de tabaquismo.

Resumiendo, el tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica que es la primera causa de muerte evitable en el mundo. Todos los profesionales sanitarios debemos intervenir en nuestros pacientes para ayudarles a dejar de fumar dándoles consejo sanitario y realizando una intervención mínima. No obstante, hay algunos fumadores con características clínicas y de dependencia mas complicada que requieren un tratamiento multicomponente y multidisciplinar mas intenso que se realiza en Unidad de Tabaquismo. Todos los fumadores cuando realizan un serio intento por dejar de fumar deben recibir asesoramiento psicológico, tratamiento farmacológico y se les debe pautar seguimiento durante 6 a 12 meses para ayudarles a dejar de fumar y a mantenerse sin hacerlo.

El tabaco causa más de 7 millones corresponden a fumadores activos y más de 1 millón a no fumadores expuestos al aire contaminado por humo de tabaco.



Maribel Cristobal
Psicóloga SEPAR

Carlos Jiménez
Neumólogo SEPAR



Lo que dice la bata médica sin hablar

Una revisión publicada en BMJ Open confirma que la forma en que se viste un médico influye en la confianza del paciente, aunque ese efecto cambia según el contexto clínico, la especialidad, el género del profesional y las expectativas propias de cada entorno de atención.

La primera impresión en medicina ocurre mucho antes de que empiece la consulta como tal. Antes de que el paciente explique qué le pasa, incluso antes de que el médico haga la primera pregunta, ya empezó a formarse una idea del encuentro. Y en ese primer vistazo, la apariencia sí pesa. La forma en que se presenta un profesional de la salud no es un detalle sin importancia ni algo meramente estético: también comunica. Puede transmitir autoridad, cercanía, pulcritud, orden, experiencia o, a veces, cierta distancia.

Esa carga simbólica de la ropa médica vuelve a ponerse sobre la mesa a partir de una revisión sistemática publicada en BMJ Open, que actualiza la evidencia sobre cómo perciben los pacientes la manera de vestir de los médicos. El artículo, Patient perception of physician attire: a systematic review update, revisa estudios publicados en la última década y concluye que la indumentaria influye de forma consistente en la percepción de profesionalismo, confianza y calidad de la comunicación clínica. Pero quizá lo más relevante sea otra cosa: en medicina no hay una única forma correcta de vestir. Lo que hay son escenarios distintos y, con ellos, también cambian las expectativas de los pacientes.

Durante décadas, la bata blanca ocupó un lugar central en el imaginario médico. Se volvió un símbolo de conocimiento, rigor, limpieza y autoridad. No pasó por casualidad. Conforme la medicina científica fue consolidando sus códigos modernos y la higiene ganó un lugar cada vez más importante en la práctica clínica, el blanco fue desplazando otras formas de vestir, más oscuras y solemnes, hasta convertirse en una señal reconocible de legitimidad profesional. Para muchos pacientes, todavía lo sigue siendo.

Pero la medicina de hoy ya no se mueve en un solo escenario. Conviven la consulta de seguimiento, las urgencias, los circuitos de alta rotación, los procedimientos ambulatorios y los entornos altamente tecnificados. Todo eso, además, atravesado por nuevas exigencias en control de infecciones, seguridad clínica y experiencia del paciente. En ese contexto, la imagen del médico también se ha diversificado. La bata conserva peso, sí, pero ya no es el único código posible de profesionalidad.

«La forma de vestir del médico, claro que influye en la percepción del paciente, para bien y para mal», señala Benjamín Herreros, director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, director del Máster Universitario en Bioética Clínica de la UIMP-Fundación Ortega Maraño y profesor titular del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la UCM. «Esto se ha debatido muchísi-

mo: hasta qué punto la forma de vestir del médico hay que controlarla, condicionarla o incluso exigirle que vista de una determinada manera. Porque, por un lado, está su libertad, pero, por otro, está en juego la imagen del médico, la imagen de la medicina como corporación, como profesión y, por tanto, la confianza con el paciente».

El planteamiento no es menor. La discusión sobre la vestimenta médica suele irse con facilidad a dos extremos poco útiles: o se defiende a ultranza la libertad individual del profesional, o se cae en una visión rígida del uniforme como una obligación cerrada. Herreros plantea una postura intermedia, bastante más sensata. No habla de imponer un código fijo e intocable, pero sí de mantener unos mínimos razonables. Porque, a su juicio, el médico no solo se representa a sí mismo: también representa a su servicio, a su hospital o centro, a su institución y, en cierta medida, a la profesión en su conjunto.

«Hay una serie de mínimos que son exigibles al médico en cuanto a su presencia», explica. «Tienen que ver con la higiene, con un trato respetuoso, con el lenguaje, con la forma de dirigirse al paciente y, desde el punto de vista de la vestimenta, con un mínimo de corrección en función del contexto cultural en el que esté el médico».

Ese matiz del contexto cultural es clave. Porque el estudio publicado en BMJ Open no respalda una prenda universalmente preferible, sino una adaptación razonable al tipo de atención. En atención primaria y en consultas ambulatorias, los resultados son mixtos, aunque varios trabajos muestran que los pacientes valoran positivamente la combinación de ropa menos rígida con bata blanca. Esa fórmula parece ofrecer un equilibrio bien recibido en ese entorno: mantiene la autoridad profesional sin renunciar por completo a la cercanía.

Y no se trata de algo superficial. En medicina familiar, por ejemplo, la relación con el paciente no se juega en una sola visita, sino en la continuidad, en la escucha y en la conversación que se sostiene con el tiempo. Una imagen demasiado formal puede reforzar autoridad, sí, pero también levantar una barrera simbólica. En el otro extremo, una apariencia demasiado informal puede resultar cercana, aunque también generar dudas sobre la profesionalidad. La clave, como sugieren tanto la revisión como la reflexión de Herreros, no está en escoger entre rigidez o espontaneidad, sino en evitar que la ropa termine estorbando la relación clínica.



«Lo importante no es el médico; lo importante es el paciente y la relación de confianza con él», resume Herreros. «Hay veces que una vestimenta muy extravagante, del tipo que sea, puede enturbiar esa relación, esa comunicación y esa confianza. Y, como lo que importa no es el médico, sino el cuidado, esa vestimenta no tendría que interferir».

Cuando cambia el escenario clínico, también cambian las expectativas del paciente. En urgencias, quirófanos y otros espacios de alta intensidad asistencial, los pijamas sanitarios aparecen de forma consistente entre las opciones mejor valoradas. En esos entornos, los pacientes los asocian con preparación, higiene, seguridad y capacidad de respuesta. Ahí la lógica es otra: el uniforme deja de leerse sobre todo como símbolo clásico de autoridad y pasa a entenderse como una señal de operatividad. Quien viste así está listo para actuar.

La pandemia reforzó todavía más esa percepción. Durante esos años, la población incorporó una lectura mucho más directa de la ropa clínica en términos de protección, prevención y seguridad. Mascarillas, equipos de protección y pijamas sanitarios dejaron de verse como elementos meramente funcionales del hospital para convertirse en signos inmediatos de responsabilidad asistencial. Después de ese periodo, la imagen de un médico con scrub dejó de percibirse en muchos contextos como una excepción o una pérdida de formalidad, y empezó a verse como una respuesta lógica a las exigencias del entorno clínico.

La bata, aun así, conserva una fuerza simbólica difícil de reemplazar. «La bata ha sido un símbolo de la medicina», afirma Herreros. «Para el paciente, significa que hay alguien vestido de una forma especial para él». En su lectura, esa prenda activa una dimensión casi ritual del acto médico: la del profesional que se presenta ante el paciente investido de un rol específico, con un saber experto y con una capacidad de ayuda que va más allá de lo puramente técnico.

Pero incluso ese símbolo tiene matices. «Es verdad que la bata ayuda a mejorar la imagen de profesionalidad y a ganar la confianza del paciente», explica. «Pero hay otros trabajos que dicen que a veces puede ser una barrera, que puede marcar una distancia entre el paciente y el médico». Una vez más, la prenda no significa lo mismo en todos lados ni para todas las personas. A algunos pacientes les tranquiliza; a otros les impone. En ciertos contextos refuerza la autoridad; en otros, puede alejar.

Ese carácter ambivalente encaja con uno de los fenómenos más citados alrededor de la vestimenta médica: el llamado síndrome de bata blanca. La propia revisión recuerda que la bata no solo tiene un valor institucional o estético, sino que también puede detonar respuestas emocionales y fisiológicas, como elevaciones de la presión arterial o de la frecuencia cardíaca en algunos pacientes. Es una prueba clara de que la ropa clínica no es neutra. Dice algo incluso antes de que el médico hable.

La revisión también se detiene en las diferencias por es-

Es verdad que la bata ayuda a mejorar la imagen de profesionalidad y a ganar la confianza del paciente

”

Benjamín Herreros, director del Instituto de Ética Clínica
Francisco Vallés, director del Máster Universitario en Bioética
Clínica de la UIMP-Fundación Ortega Maraón y profesor
titular del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de
Medicina de la UCM.

pecialidad. La bata blanca sigue siendo especialmente valorada en áreas como dermatología, neurocirugía u oftalmología, mientras que en otras, como anestesiología o gastroenterología, los pacientes prefieren con mayor frecuencia el pijama sanitario. Lo interesante es que el paciente no parece evaluar solo una prenda aislada, sino la coherencia entre esa prenda y el tipo de atención que espera recibir. Hay especialidades que todavía se imaginan desde una medicina más consultiva, mientras que otras se asocian más con una lógica técnica, procedimental o intervencionista.

Otro de los puntos delicados del estudio es el peso del género en la percepción del profesional. La revisión identifica diferencias moderadamente consistentes en la manera en que los pacientes interpretan la ropa de médicos y médicas. En varios estudios, los hombres tienden a ser percibidos como más profesionales cuando visten ropa formal con bata blanca. En cambio, las mujeres médicas, incluso usando atuendos similares, son confundidas con más frecuencia con enfermeras o asistentes.

Herreros sitúa esta observación dentro de una inercia cultural mucho más amplia. «Eso ha existido siempre», afirma. «Todavía asimilamos la idea del médico con un varón, del profesional universitario con un varón, de la autoridad con el varón». Y lo ejemplifica con una escena muy conocida en el ámbito sanitario: el residente joven al que el paciente identifica de inmediato como médico, mientras la adjunta queda, en la percepción del paciente, en un papel secundario, pese a ser quien tiene la responsabilidad clínica.

A su juicio, ese sesgo no ha desaparecido del todo, aunque sí se ha ido debilitando conforme la profesión se feminiza y aumenta la presencia de mujeres en pues-

tos de responsabilidad. «Por suerte, las cosas van cambiando», sostiene. Pero el hallazgo de la revisión recuerda que la conversación sobre la indumentaria médica no puede quedarse solo en lo estético, en la pulcritud o en la cercanía. También obliga a pensar cómo ciertos códigos visuales siguen interactuando con prejuicios sociales que todavía no terminan de desaparecer.

Hay, además, otro elemento que Herreros pone sobre la mesa y que resulta especialmente sugerente: la bata ya no es exclusiva del médico. Su extensión a otras profesiones sanitarias ha contribuido a democratizar una prenda que antes estaba más claramente asociada con la autoridad médica. Y eso, inevitablemente, ha modificado parte de su significado. «Es posible que ya no sirva tanto para identificar a la profesión y que eso haya influido también en el desuso de la bata por parte de algunos médicos», apunta. «No porque haya perdido por completo su valor, sino porque ya no funciona del mismo modo como signo distintivo».

Para los sistemas de salud, el mensaje que deja esta revisión no parece ser el de imponer reglas más estrictas, sino el de construir criterios más flexibles y sensibles al contexto. En urgencias, cirugía o procedimientos, la funcionalidad, la higiene y la seguridad parecen justificar con claridad el uso del pijama sanitario. En consultas donde pesan más la relación, la comunicación y la continuidad, la bata blanca o un atuendo más formal pueden seguir cumpliendo una función importante como señal de profesionalidad e identificación.

Lo más prudente, en todo caso, sería no convertir la evidencia en catecismo. La propia revisión reconoce varias limitaciones: la mayoría de los estudios proceden de Estados Unidos, existe heterogeneidad metodológica y no se realizó un metaanálisis cuantitativo. Es decir, la evidencia orienta, pero no dicta reglas universales. Aun así, deja una idea de fondo que vale la pena conservar: la medicina también se ejerce a través de signos.

La competencia técnica sigue siendo, por supuesto, el núcleo del acto clínico. Pero la confianza del paciente no nace solamente del conocimiento científico. También se construye en la forma de entrar a la consulta, de mirar, de escuchar, de hablar y de presentarse ante el otro. La ropa no sustituye la calidad asistencial, pero sí forma parte de cómo esa calidad se percibe.

ESTUDIO UNATI

¿Protege o perjudica una copa de vino al día?

La supuesta medida "preventiva" de una copa de vino en las comidas está cada vez más denostada. Se emiten proclamas tajantes muy dispares al respecto. En uno y otro sentido. Sin matices. Voces muy autorizadas repiten que ni una sola gota de bebida alcohólica otorgará beneficio a nadie. Otras voces -no menos autorizadas- defienden que numerosos estudios epidemiológicos en mayores de 35 años encontraron menor mortalidad para bebedores ligeros-moderados.

La discordia surge de que toda la evidencia aducida en una u otra dirección es meramente observacional. No hay ensayos convincentes. No hay intervención conductual para cambiar el consumo. No hay grupo control asignado al azar, ni comparación a largo plazo entre intervención y control sobre eventos clínicos duros. Faltan diseños propiamente experimentales. Sin nueva evidencia, todo acaba en charlatanería, especulación, incluso en estridencia y griterío.

Sorprende que, a pesar de que más del 70% de la población consume alcohol, no se hayan valorado nunca sus efectos con un ensayo de suficiente tamaño, con grupo control, reparto al azar y eventos clínicos de resultados. Esta sería la prueba exigible para establecer relaciones propiamente causales.

Se podría seguir discutiendo sobre pruebas indirectas, supuestos diversos, posibles sesgos, marcadores genéticos y otras conjeturas... Pero lo que se necesita realmente es un ensayo sólido de intervención, de suficiente envergadura y con seguimiento a largo plazo.

Es un escándalo que el ensayo de intervención de mayor tamaño (CASCADE, realizado en Israel) incluyó solo 224 participantes y duró dos años. Parecía sugerir algunos beneficios de esa copa diaria de vino, pero solo valoró marcadores intermedios.

Los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. (NIH), cancelaron en 2018 un macroensayo (MACH15) con

presupuesto de 100 millones de dólares. Se detuvo al aparecer indicios de dependencia de una financiación procedente indirectamente de la industria alcohólica. Aleatorizó únicamente a 32 participantes.

La buena noticia es que el Consejo Europeo de Investigación (ERC) financia un ensayo controlado aleatorizado en España con 10.000 bebedores (hombres de 50-70 años o mujeres de 55-75 años que consumen ≥ 3 pero ≤ 40 bebidas/semana). Se denomina UNATI (University of Navarra Alumni Trialist Initiative). Ya se han incluido más de 8000 voluntarios desde todos los puntos del país (con más de 7000 ya aleatorizados). Hay sitio todavía para varios miles más, que pueden unirse al ensayo en: inscripcion.proyectounati.com

A diferencia de CASCADE y MACH15, en UNATI no pueden incluirse abstemios. Se parte de una premisa de agnosticismo. La hipótesis de partida no es la superioridad del alcohol ni la de la abstinencia, sino que es posible que el consumo moderado (copa de vino en las comidas) sea no-inferior a la abstinencia. Se apuesta al empate, sin preferencias a priori. No se promueve el inicio del consumo en no bebedores ni su aumento en bebedores.

UNATI durará hasta 2028. Los voluntarios se asignan al azar, mitad y mitad, a recibir, mediante 2 teleconferencias al año dos consejos diferentes que, lógicamente, ellos decidirán si siguen o no. Solo tienen que estar dispuestos a oír el consejo. En un grupo se recomienda abstinencia. En el otro se recomienda evitar consumos excesivos o bebidas fuertes, preferir el vino tinto (con la comida), y repartir el consumo a lo largo de la semana, siguiendo el patrón mediterráneo tradicional de consumo de alcohol. También se ofrecen dos sesiones grupales al año. Y se hace una revisión médica rutinaria anual.

En UNATI, se buscan actualmente voluntarios con cierta urgencia (unati@unav.es)

Los profesionales de la medicina son los voluntarios ideales para ser participantes ellos mismos. El médico es garante de la salud, sus conocimientos otorgan una validez excelente a su información autoreferida y desempeña un papel ejemplar como agente de promoción de estilos de vida saludables. Este protagonismo de los médicos como voluntarios participantes en estudios epidemiológicos ha logrado siempre grandísimas repercusiones sanitarias. Así ha ocurrido históricamente en prevención con enormes beneficios sanitarios, tanto a partir de los clásicos estudios de cohortes en el Reino Unido sobre tabaco, como en ensayos en Estados Unidos (Physicians Health Study). No hay conflicto de interés alguno en UNATI. No se permite que la industria alcohólica financie ni directa ni indirectamente ningún aspecto del ensayo. Hay más de 500 compañeros médicos que trabajan esforzándose día a día desde 2024 como investigadores en esta iniciativa única en el mundo.

La medicina española puede situarse así a la cabeza mundial en investigación sobre alcohol. Así ocurrió en dos grandes ensayos previos sobre la Dieta Mediterránea, PREDIMED con 7447 participantes (2003-2010) y PREDIMED-Plus con 6874 participantes (2013-2024), que son los ensayos controlados y aleatorizados de prevención con dieta de mayor tamaño realizados en Europa. Los beneficios hallados han dado la vuelta al mundo y España se situó en primera línea global de las investigaciones sobre dieta y salud. El pequeño esfuerzo ahora de muchos voluntarios hará posible que esto suceda de nuevo al investigar los efectos del alcohol.

Cualquier mujer de 55-75 años o varón de 50-70 años que consuma bebidas alcohólicas (al menos 3 a la semana) y desee participar puede solicitarlo a unati@unav.es



¿Beber o no beber?

Tu experiencia puede ayudar a
responder al formulario



“Tuve que anticipar mi jubilación para cuidar a mi marido”

Médica del trabajo en el **Grupo Prisa** durante 25 años, **Elisa Vallespín** ayudó a poner en marcha el servicio de prevención de la empresa y encontró en ese puesto un lugar donde fue profundamente feliz. Pero la enfermedad de su marido, iniciada en 2020, y la imposibilidad de compatibilizar los cuidados con su vida laboral la obligaron a dejar antes de tiempo una profesión que seguía ejerciendo en plenas facultades.

Hija de un médico cirujano maxilofacial, la Dra. Elisa Vallespín creció con la medicina muy presente en casa. Tras más de una década en Atención Primaria, dio el paso a la medicina del trabajo y participó en la creación del servicio de prevención del Grupo Prisa, donde desarrolló durante 25 años una labor de la que habla con entusiasmo intacto. Le gustaba su trabajo, se sentía útil y la empresa incluso le ofrecía prolongar su actividad más allá de la edad ordinaria de jubilación. Sin embargo, la enfermedad de su marido y la falta de apoyos suficientes para sostener el cuidado diario la empujaron a anticipar su retirada. Su testimonio pone palabras a una realidad poco visible también entre los médicos: la dificultad de seguir ejerciendo cuando la dependencia entra en casa.

La medicina ha estado muy presente en su vida desde el principio. ¿Cómo fue ese recorrido profesional?

Sí. En mi caso, la medicina ha estado muy presente desde siempre, porque soy hija de un médico cirujano maxilofacial. Luego hice mi propio camino profesional y durante unos diez o doce años trabajé en Atención Primaria, una etapa muy intensa, con muchísimos pacientes, mucha carga asistencial y también con avisos, con un ritmo de trabajo muy exigente. Era una medicina muy vocacional, pero también muy absorbente.

¿Cómo llegó después a la medicina del trabajo?

Como tenía la especialidad de medicina del trabajo, me surgió la oportunidad en un momento en el que empezaban a ponerse en marcha los servicios de prevención. Me llamaron del Grupo Prisa porque alguien me conocía y pensaron en mí para arrancar aquel proyecto. En ese momento, además, yo tenía hijos pequeños y me plantearon si quería dejar un poco aquella dinámica tan intensa de consultas y avisos. Me dijeron que probablemente sería otra vida, más tranquila. Y la verdad es que así fue. Empecé a trabajar en Prisa y me quedé allí hasta mi jubilación.

¿Qué tipo de trabajo desarrollaba allí?

Ejercía en un servicio de prevención, donde hacíamos reconocimientos médicos a los trabajadores y organizábamos toda la parte preventiva. Pero esa empresa, además, ofrecía algo añadido: también teníamos una vertiente asistencial. Éramos, en cierto modo, como su médico de familia dentro de la empresa. Los trabajadores podían bajar a ponerse vacunas, a curarse una herida, a quitarse unos puntos o a consultar cualquier problema de salud durante su jornada laboral. Nuestro trabajo principal era la prevención, claro, pero esa parte asistencial fue creciendo muchísimo con el tiempo. Nos fueron conociendo y cada año teníamos más demanda. Hasta el punto de que yo dedicaba aproximadamente un 60% de mi jornada a reconocimientos médicos y el otro 40% a atención asistencial.

Habla de ese trabajo con auténtico entusiasmo.

Sí, porque fui totalmente feliz. Feliz, feliz, feliz. Incluso aunque dos días a la semana tuviera turno de tarde y, después de comer en casa, tuviera que volver a trabajar. Luego me lo mejoraron y, en vez de entrar a las cuatro, entraba un poco más tarde, para no llegar tan vencidos a casa y poder aprovechar más la tarde. Pero lo importante es que yo en ese trabajo era muy feliz. Me ha costado muchísimo salir de él. Me ha costado mucho despedirme y asumir la jubilación.

Sin embargo, tuvo que dejarlo antes de tiempo.

Sí. Mi jubilación fue anticipada. En realidad, me habría correspondido jubilarme en octubre de 2026, pero finalmente lo hice en agosto de 2025. La enfermedad de mi marido comenzó en 2020 y llevaba ya cinco años compaginando su cuidado con mi trabajo. De hecho, la empresa me ofrecía continuar hasta los 67 o incluso hasta los 70 años, porque yo estaba en plenas facultades y podía seguir desempeñando mi labor perfectamente. Pero no era una cuestión de capacidad ni de ganas. El problema era que ya no resultaba viable sostener ambas cosas a la vez. Llegó un momento en que no podía seguir cuidando de mi marido y trabajando al mismo tiempo.

¿Cuándo empezó a sentir que la situación se volvía insostenible?

Cuando dejó de ser algo puntual y pasó a invadirlo todo. Mi marido me llamaba una vez, y otra, y otra. O se presentaba directamente en el periódico. Yo vivo muy cerca del trabajo, así que a veces desde seguridad me avisaban: “Oye, Elisa, que está aquí tu marido. ¿Qué hacemos?”. Y yo podía estar en un comité de seguridad y salud, haciendo un reconocimiento o atendiendo una consulta. Tenía que decir que me esperara veinte minutos o reorganizarlo todo sobre la marcha. Eso empezó a causarme mucha ansiedad, mucha angustia. En el trabajo lo entendían, pero tampoco una puede ir explicando su vida personal por toda la empresa. Había personas cercanas que sí lo sabían, pero no todo el mundo tenía por qué conocer lo que estaba pasando.

Es decir, no fue una decisión repentina, sino el resultado de un desgaste prolongado.

Exacto. Yo ya veía que no podía pasar otro invierno así. No podía meterme en octubre de 2025 con ese nivel de agobio, con esa sensación de no saber qué podía ocurrir en cualquier momento. Hubo días en que mi compañera, la enfermera con la que trabajaba, me decía: “Eli, vete, estás muy agobiada, si pasa algo ya te llamo”. Ella me ayudó muchísimo y siempre le estaré agradecida. Pero llega un momento en que entiendes que no puedes sostener tu vida profesional a base de favores, de improvisar y de ir apagando fuegos.



¿Le habría gustado aguantar hasta su jubilación ordinaria?

Sí, claro. Me habría gustado. Pero para eso habría necesitado una ayuda de verdad, no una ayuda menor o puntual. Si hubiera tenido a alguien que pudiera hacerse cargo de él durante una parte importante del día, por ejemplo por las mañanas, seguramente habría sido más fácil. El problema es que la dependencia es veinticuatro horas al día, siete días a la semana. Y si no tienes una red sólida, la conciliación se convierte en algo casi imposible.

Usted insiste en una idea muy clara: no se trataba de una obligación impuesta, sino de un compromiso vital.

Sí. Para mí no era una obligación en el sentido frío de la palabra. Era algo que sentía que tenía que hacer. Después de tantos años de convivencia, después de la vida compartida, no era el momento de tirar la toalla. Había que estar ahí. Había que cuidar. Y eso lo veo también cuando voy a las sesiones de cognitivo: muchas veces ese cuidado nace de una decisión íntima, del amor, de la lealtad, de todo lo vivido. Pero una cosa es asumirlo así, y otra muy distinta hacerlo sin apoyo suficiente y renunciando a tu trabajo.

Durante esos años, ¿cómo se vive en el día a día esa doble carga de trabajar y cuidar?

Con una tensión constante. Porque tú estás trabajando, pero nunca estás del todo allí. Siempre estás pendiente. A veces llamaban porque se había despistado, porque

no encontraba las llaves, porque se había ido la luz o porque estaba desorientado en algún sitio. Todo mi entorno más o menos cercano sabía dónde vivía y cómo estaba la situación, pero aun así era muy difícil. Tú intentas seguir con normalidad, pero llevas una preocupación de fondo permanente. Y eso desgasta muchísimo.

Además, en su caso, hay un elemento añadido: usted es médica. ¿Eso cambia la forma de vivirlo?

Claro que cambia. Porque tú sabes más. Tienes más conocimiento y entiendes mejor lo que puede venir. Yo empecé a leer mucho, a contactar con especialistas, a informarme de todo. Y eso, en lugar de aliviarte, muchas veces te angustia más. Porque una persona que no tiene esos conocimientos quizá no ve con tanta claridad lo que puede pasar. Pero tú sí. Sabes que son patologías que evolucionan, que pueden ir hacia delante, que no hay una marcha atrás sencilla. Y eso pesa.

Hay una idea bastante extendida de que, como son sanitarios, los médicos están mejor preparados para afrontar estas situaciones.

Y creo que es una equivocación. Muchas veces se piensa: "Bueno, como es médica, ya sabe cómo manejarlo". Pero no. Ojalá fuera así de simple. A veces ocurre justo lo contrario: saber más te hace sufrir más, porque conoces mejor los escenarios posibles. Y, además, cuando la enfermedad entra en tu casa, una deja de ser la profesional y pasa a ser la esposa, la cuidadora, la persona que sostiene. Ahí el conocimiento técnico no te ahorra ni el dolor ni el miedo.



Tanto la imagen de la izquierda como la de la derecha (en la que la vemos con su nieto) corresponden al día de la despedida de sus compañeros con motivo de su jubilación.

Si esta situación le hubiera llegado antes, en otra etapa de su vida profesional, ¿qué cree que habría pasado?

No me lo imagino. Sinceramente, si esto me hubiera pasado quince años antes, probablemente habría tenido que dejar mi carrera profesional. Yo entonces tendría unos cincuenta años, me quedaría muchísimo camino por delante y no sé cómo lo habría hecho. No habría sido viable. Habría tenido que buscar otras soluciones, quizás una persona permanente, quizá un centro, no lo sé. Pero, desde luego, habría sido muy duro. Por eso creo que es importante hablar de esto: porque a cada profesional le puede tocar en una etapa diferente de la vida, y no siempre hay estructura ni ayudas para sostenerlo.

Muchas veces se habla de conciliación pensando en hijos pequeños, guardias o maternidad. Usted amplía ese foco.

Claro. Y me parece importante. Se habla mucho, y con razón, de la dificultad de conciliar cuando tienes hijos pequeños. Pero hay otra realidad mucho menos visible, que es la de quienes tienen que cuidar a su pareja, a sus padres o a un familiar dependiente. Y eso también te atraviesa por completo. También puede obligarte a frenar, a renunciar o a reorganizar toda tu vida. Solo que de eso se habla menos.

¿Sintió en algún momento que esa parte quedaba invisibilizada precisamente por ser médica?

Sí, bastante. Porque parece que, como eres médica, ya

”
Bueno, como es médica, ya sabe cómo manejarlo Pero no. Ojalá fuera así de simple. A veces ocurre justo lo contrario: saber más te hace sufrir más

sabes por dónde va todo, ya sabes qué hacer y puedes con ello. Y no siempre es así. Incluso diría que estamos un poco abandonadas en ese sentido, porque desde fuera hay una especie de presunción de fortaleza o de capacidad extra. Pero no dejamos de ser personas con familias, con afectos y con límites. También nos pasa. También tenemos a alguien en casa que enferma y al que hay que cuidar.

¿Qué reflexión le deja toda esta experiencia?

Que cuidar al cuidador no puede ser solo una frase bonita. Tiene que traducirse en apoyos reales. Porque, si no, al final quien cuida acaba pagando el precio con su salud, con su estabilidad emocional y, muchas veces, también con su carrera profesional. Yo he tenido la suerte de llegar casi al final de mi vida laboral, y aun así me ha dolido muchísimo tener que dejar mi trabajo. Si esto me hubiera ocurrido antes, no sé qué habría sido de mi carrera. Y creo que esa es una reflexión que como sociedad tendríamos que tomarnos mucho más en serio.



“Una manita de hostias”

La historia de un paciente que parecía sufrir una gastroenteritis, pero estaba al borde de una asistolia por hiperpotasemia.

Hay casos que se quedan grabados para siempre. Guardias enteras que se diluyen con el tiempo y, sin embargo, una escena, una mirada o una decisión bastan para fijar una historia en la memoria para siempre. Esta fue una de ellas.

Era media mañana en Madrid. La UVI móvil de Cruz Roja estaba operativa en la zona de Cuatro Caminos cuando llegó un aviso desde Sanchinarro: un hombre de 43 años, diagnosticado poco antes de una gastroenteritis, había empeorado de forma repentina en su domicilio. Presentaba vómitos y diarrea, pero, tras la primera asistencia, se había mareado y había caído al suelo. Su mujer, alarmada, volvió a llamar al 112.

La distancia hasta el domicilio era considerable y, durante el trayecto, en la ambulancia surgieron comentarios de escepticismo. Parecía, a simple vista, una salida desproporcionada para un cuadro digestivo. Una UVI móvil para una gastroenteritis. Sin embargo, al llegar, la realidad se impuso en cuestión de segundos.

Nada más entrar en la habitación, la escena hablaba por sí sola. El paciente estaba en la cama, inmóvil, con los ojos abiertos y un color que ya no era ni siquiera cianótico: era gris. Apenas podía hablar. Su aspecto no dejaba lugar a dudas: estaba gravemente enfermo.

Mientras el equipo comenzaba a tomar constantes y a realizar un electrocardiograma, la esposa relataba lo sucedido. Entre los datos que aportó hubo dos que cambiaron por completo la perspectiva del caso: el paciente tomaba un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y padecía insuficiencia renal.

Entonces llegó el electrocardiograma. Y, casi al mismo tiempo, una llamada desde la habitación contigua: «Doctor, doctor, venga, que el monitor no funciona».

Pero el monitor sí funcionaba.

Lo que ocurría es que el corazón del paciente se estaba deteniendo.

En el registro se veía actividad en algunas derivaciones, pero en las precordiales aparecía prácticamente una línea de asistolia. El problema no era técnico. El problema era que aquel hombre estaba entrando en parada por una causa muy concreta y potencialmente reversible: una hiperpotasemia severa, una elevación extrema del potasio en sangre, especialmente peligrosa en pacientes con insuficiencia renal.

La situación exigía rapidez, pero también diagnóstico. No bastaba con iniciar maniobras sin más; había que entender qué estaba ocurriendo para corregir el origen del problema. Se indicó entonces una medida tan impactante como infrecuente: aplicar golpes precordiales cada vez que el cora-

zón se detenía, con el objetivo de recuperar momentáneamente la actividad cardíaca mientras se administraba el tratamiento que podía salvarle la vida.

Y funcionó.

Cada vez que el corazón se paraba, un golpe en el pecho lograba arrancarle unos latidos más. El paciente abría fugazmente los ojos, volvía a perder la conciencia y, de nuevo, la línea recta. Así, una y otra vez, mientras se administraban bicarbonato, glucosa e insulina para reducir urgentemente el potasio.

Poco a poco, el tratamiento empezó a hacer efecto. El ritmo cardíaco se estabilizó. Recuperó pulso, tensión arterial y saturación adecuados. El corazón volvió a latir con normalidad.

Ya en el Hospital Ramón y Cajal, la escena resultó casi desconcertante. El intensivista recibió a un paciente aparentemente estable y le costaba creer el relato. Pero los registros electrocardiográficos estaban ahí. Y una gasometría confirmó la gravedad de lo ocurrido: incluso después del tratamiento, el potasio seguía en 8,9, una cifra crítica, al límite de detener por completo el corazón.

El paciente quedó ingresado y el equipo recibió la felicitación de los compañeros del hospital. Pero el momento más inesperado llegó justo antes de marcharse. El hombre, ya consciente, agarró del brazo al médico y le dijo, con una mezcla de gratitud y humor castizo:

—Doctor, muchas gracias por la manita de hostias.

A veces, incluso en mitad del drama, la vida encuentra un resquicio para la sonrisa.

De regreso, aún quedaba una pregunta rondando en la cabeza del equipo: ¿por qué se había movido una UVI móvil para un cuadro que, sobre el papel, parecía una simple gastroenteritis? La respuesta llegó al hablar con el médico coordinador que había gestionado el aviso. No tenía una explicación académica, ni un protocolo exacto al que aferrarse. Solo una intuición difícil de definir. «Un sexto sentido», dijo.

Y aquella intuición, ese gesto invisible que no aparece en los manuales, marcó la diferencia entre llegar tarde o llegar a tiempo.



Rafael Ortega
Vocal de Atención Primaria
del ICOMEM

Carta a los profesionales sanitarios

Queridos compañeros:

En todos estos años que llevo dedicándome a la atención asistencial en adicciones, he vivido por etapas de vaivén en relación con el posicionamiento sobre el uso de las benzodiazepinas.

Momentos en que se convertían en la respuesta más adecuada para un sinfín de situaciones problemáticas que afectaban a la salud mental de los pacientes en general, y de las personas con adicciones en particular; y otras épocas en que se demonizaba su uso, llegando a apartarlas totalmente del arsenal terapéutico.

Y como casi siempre ocurre en Medicina (y en casi todos los aspectos de la vida), nada es totalmente blanco ni negro. Las escalas de grises son la realidad más presente, y desde ese punto de vista tenemos que acercarnos a este grupo de fármacos.

Lógicamente, tenemos que ser conscientes de que debemos hacer un uso racional de la prescripción, y sobre todo mantener un control sobre su utilización, su dosificación y el tiempo de tratamiento.

La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2024, publicada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones del Plan Nacional sobre Drogas, refleja que el 27,4% de la población española ha consumido hipnosedantes (incluyendo benzodiazepinas) alguna vez en la vida, y un 2,8 % los consume diariamente. En la misma encuesta realizada en 2018, el consumo alguna vez en la vida era del 20.8% y el diario del 2.2%. Es decir, que se aumentado significativamente en los últimos años. Este consumo diario se asocia habitualmente con mayor riesgo de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Muchas personas consumen benzodiazepinas durante largos periodos, a pesar de que las fichas técnicas solo recomiendan su uso durante 8 a 12 semanas para ansiedad o 4 semanas para insomnio. Este desajuste implica un riesgo de uso inapropiado y el mantenimiento del consumo más allá de lo seguro.

Se constata que muchas personas hacen un uso prolongado durante años, lo cual incrementa el riesgo de cronicidad del consumo. Se estima que entre un 1.5 y un 2% de la población española

desarrolla una adicción, lo que supone que la padecen entre unas 500.000 – 650.000 personas en España.

Estudios como el realizado por la Comunidad de Madrid en 2024 (Observatorio de Resultados: Indicador de pacientes que utilizan benzodiazepinas de manera crónica. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid), se objetiva un uso crónico en el 5% de la población. Incluso en el realizado por Riera, E., en 2024 (Benzodiazepinas: la verdadera epidemia española. Univadis), España está entre los países con mayor consumo mundial de benzodiazepinas. El uso se cronifica fácilmente y es “difícil de abandonar”, algo que puede ser indicativo directo de riesgo de generar adicción.

Pero esto no significa que no tengan su relevancia y utilidad terapéutica. Hay situaciones en las que es la mejor opción. Personas con ansiedad generalizada, ataques de pánico, algunos tipos de insomnio, crisis convulsivas o contracturas musculares, encuentran una extraordinaria aliada en estas sustancias. Añadiendo, por supuesto, los beneficios de su uso en procesos adictivos, como algunas situaciones ligadas a la adicción al alcohol, para evitar complicaciones en el proceso de desintoxicación.

No son la panacea universal. Pero han tenido, y siguen teniendo, su espacio entre las opciones farmacológicas a utilizar en determinadas situaciones. Pero siempre con un estricto control de la dosificación, de la propia prescripción, del tiempo de utilización y de la adecuada información que demos a nuestros pacientes. En definitiva, el problema no es la benzodiazepina, sino el mal uso que hagamos de ella. Una vez más, la respuesta está en una adecuada práctica clínica y en el uso del sentido común en su utilización. Conseguir los beneficios de este grupo de fármacos, evitando la generación de dependencia, está, en gran medida, en la mano de los profesionales sanitarios. En nuestras manos.



Juan Jesús Hernández
Especialista en Medicina de
Drogodependencias

Benzodiazepinas: ángeles o demonios



OFERTAS EN VIAJES

4.495€

30 SEPTIEMBRE
11 OCTUBRE 2026

660 222 306

eva.gomez@haconviajes.com

New York

1.895€

1-7 OCTUBRE 2026



Laura Moreno, psiquiatra cooperante :

“La salud mental también salva vidas en una crisis humanitaria”

Psiquiatra del Hospital Ramón y Cajal y cooperante de Médicos Sin Fronteras, Laura Moreno ha desarrollado parte de su trayectoria en contextos de guerra, desplazamiento y violencia extrema. Con experiencia en República Democrática del Congo, México y la ruta migratoria de Centroamérica, defiende que la atención psiquiátrica es esencial en la acción humanitaria: no solo para aliviar el sufrimiento individual, sino también para reconstruir vínculos, devolver dignidad y sostener la vida en escenarios límite.

¿Qué le llevó a especializarse en psiquiatría y a dar el salto a la cooperación humanitaria?

Durante un tiempo dudé entre hacer Medicina de Familia o Psiquiatría, pero me interesaba mucho entender hasta qué punto la experiencia subjetiva condiciona nuestra vida y nuestra salud. Me parecía muy trascendente pensar que una persona puede vivir en condiciones físicas o socioeconómicas muy duras y, sin embargo, mantener un buen estado de salud mental, mientras que otra, en circunstancias aparentemente más favorables, puede sufrir enormemente. Además, yo tenía claro desde muy pronto que quería dedicarme a la ayuda humanitaria. Recuerdo ir a las oficinas de Médicos Sin Fronteras para preguntar qué especialidades eran más necesarias. En aquel momento me dijeron que, siendo mujer, la ginecología estaba muy valorada, pero a mí no me interesaba especialmente. Sentía que la psiquiatría podía aportar mucho en esos contextos y decidí seguir ese camino.

¿Qué aporta la psiquiatría a un equipo humanitario en contextos de guerra, violencia o desplazamiento?

Aporta una mirada imprescindible. Médicos Sin Fronteras nació en 1971 de la mano de médicos y periodistas, con la idea de ofrecer respuesta médica y también de denunciar situaciones críticas provocadas por guerras, epidemias, catástrofes naturales o crisis humanitarias. Durante mucho tiempo, la intervención estuvo más centrada en la atención física, en hospitales y centros de salud. Pero desde hace unos veinte años la salud mental ha ido ganando un papel mucho más importante, porque se vio que muchas personas llegaban con un enorme sufrimiento que no siempre tenía un correlato orgánico. Había dolor, ansiedad, insomnio, somatizaciones, trauma. Y había una necesidad muy clara de escucha, de poner palabras a lo vivido y de encontrar un espacio de alivio. La psiquiatría, y la salud mental en general, permiten atender esa parte del sufrimiento que no siempre se ve, pero que condiciona profundamente la vida de las personas.

Tras su experiencia en distintos países, ¿qué secuelas psicológicas ha visto con más frecuencia?

Los contextos son muy distintos entre sí, pero hay patrones que se repiten. He visto síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad intensa, insomnio, somatizaciones, ideas autolíticas, suicidios consumados, aumento de adicciones y alteraciones del comportamiento. También hay consecuencias a nivel comunitario. En algunos lugares, especialmente donde la violencia se cronifica durante años, las estructuras sociales se van deshilachando. Recuerdo comunidades rurales en Guerrero, en México, donde la desconfianza había penetrado tanto que el otro empezaba a percibirse como una amenaza. Se debilitaban las redes de apoyo, aumentaba el aislamiento y se rompían vínculos básicos para la vida cotidiana. Por eso muchas veces nuestro trabajo no se limita a

la consulta individual: también implica grupos, actividades comunitarias y espacios para reconstruir la confianza.

¿En qué se diferencia ejercer la psiquiatría en un hospital de Madrid de hacerlo en una intervención humanitaria?

La diferencia es enorme. En muchos proyectos humanitarios, sobre todo en desplazamiento o migración, las intervenciones son únicas y puntuales. Valoras a la persona una sola vez y probablemente esa sea la única oportunidad que tienes de hacer una diferencia en su salud mental. Eso cambia mucho la práctica clínica. Aquí contamos con seguimiento, con red asistencial, con distintos recursos a los que derivar. Allí muchas veces no existe nada de eso o somos los únicos actores trabajando en salud mental. Eso obliga a tomar decisiones difíciles, también desde el punto de vista ético: si iniciar o no un tratamiento cuando no sabes si va a poder mantenerse, si habrá continuidad, si la persona podrá acceder a la medicación o tomarla de forma segura. A eso se suman barreras culturales, idiomáticas y de estigma. A veces necesitamos intérpretes; otras, hay que adaptar mucho la intervención para que tenga sentido en ese contexto. Es una psiquiatría más flexible, más inmediata y, en muchos momentos, mucho más compleja.

¿Cómo se gana la confianza de personas que han vivido violencia extrema, pérdida o desarraigo?

Lo primero es entender que Médicos Sin Fronteras trabaja desde la aceptación de las comunidades. Antes de intervenir, hay todo un trabajo de entrada, de escucha y de adaptación a las necesidades reales del lugar. No se trata de llegar e imponer una mirada externa, sino de ser aceptados por la comunidad y construir con ella una respuesta útil. En lo clínico, la confianza se gana desde la presencia, la escucha y el respeto. A veces no puedes prometer seguimiento ni soluciones estructurales, pero sí puedes ofrecer un espacio seguro, una intervención cuidadosa y una relación humana digna. En esos contextos, eso ya es muchísimo.

¿Puede compartir algún caso que refleje la importancia de la salud mental en la acción humanitaria?

Recuerdo especialmente a un hombre en la ruta migratoria de Centroamérica. Había sido torturado de maneras muy crudas en varias ocasiones. Cuando lo atendimos, contaba que vivía con el sistema nervioso permanentemente disparado: dormía mal, tenía muchísima ansiedad, irritabilidad y una sensación constante de amenaza. Uno de mis compañeros le había atendido previamente en otro punto de la ruta y le había pautado tratamiento para el sueño y para disminuir esa activación tan intensa. Tiempo después, este hombre se vio envuelto en una situación de provocación con un grupo armado. Era una escena con mucho riesgo de escalar, pero consiguió contenerse y salir de allí con vida. Nunca sabremos del todo qué peso tuvo cada cosa, pero él mismo relacionaba esa posibilidad de frenarse con



la atención recibida. Y eso resume muy bien por qué la salud mental es esencial en acción humanitaria: porque no solo alivia sufrimiento, a veces también evita una tragedia.

¿Qué perfiles considera más vulnerables en estos contextos?

La infancia es uno de los grupos más vulnerables, sin duda, porque depende por completo de los adultos y porque muchas veces esos propios cuidadores también están profundamente dañados. Las mujeres también viven una vulnerabilidad muy marcada por la exposición a múltiples violencias y por la carga que asumen en la supervivencia propia y de sus familias. Y añadiría a las personas con discapacidad o con enfermedades incapacitantes. En la ruta migratoria, por ejemplo, durante mucho tiempo se veía sobre todo a hombres jóvenes sanos, pero con las caravanas empezaron a migrar familias completas, algunas con situaciones de diversidad funcional o con problemas de salud severos. Ahí la vulnerabilidad se multiplica.

¿Cuáles son los principales retos emocionales de un trabajo como el suyo?

Uno de los grandes retos es sostener el contacto continuo con el sufrimiento y con experiencias potencialmente traumáticas muy intensas. Eso te obliga a ampliar la mirada sobre el mundo, sobre la vida y sobre las personas. También te confronta con tus propios límites y con una cierta impotencia, porque no siempre puedes ofrecer todo lo que te gustaría. Pero, al mismo tiempo, este trabajo también enseña mucho sobre la dignidad humana, sobre la capacidad de aliviar el sufrimiento y sobre la importancia de estar ahí, incluso cuando no puedes resolverlo todo.

¿Y cómo se cuida una psiquiatra que trabaja en escenarios tan duros?

Médicos Sin Fronteras ofrece apoyo psicosocial duran-

te el trabajo en terreno y también cuando se producen incidentes críticos, tanto para los profesionales como para sus familias. Y cuando volvemos de misión siempre hay espacios para hablar con personal especializado que ayuda a elaborar la experiencia vivida. Yo eso lo agradezco muchísimo. Y, además, creo que cuidarse también implica reconectar con la vida cotidiana: con los amigos, con la familia, con los hobbies, con las cosas sencillas que te devuelven al centro.

Después de haber vivido todo eso, ¿qué ha aprendido sobre las personas?

He aprendido mucho sobre resiliencia, dignidad y capacidad de reconstrucción. En situaciones extremas aparecen heridas muy profundas, pero también una enorme fuerza humana. A veces no imaginamos de lo que somos capaces hasta que atravesamos algo límite. Y también he aprendido la importancia radical de que otro ser humano te tienda la mano en un momento en el que caminar solo se vuelve muy difícil. Esa cadena de solidaridad es real, y en contextos humanitarios se ve con muchísima claridad.

¿Todo lo aprendido en cooperación transforma también su práctica clínica en Madrid?

Respuesta. Sí, sin duda. Te permite ampliar la mirada y colocarte de otra manera ante el sufrimiento. Creo que después de trabajar en estos contextos una escucha mejor, con más profundidad y con más conciencia de todo lo que atraviesa a una persona. Además, he tenido la suerte de poder combinar la cooperación con la práctica clínica aquí, en el Hospital Ramón y Cajal, y eso hace que ambas experiencias dialoguen entre sí. Lo vivido fuera no se queda fuera: vuelve contigo y enriquece también la consulta de aquí.



Consultorio de medicina deportiva y ejercicio físico

¿En mayores de 70 años con fragilidad, ¿qué intensidad mínima de ejercicio tiene evidencia de mejora funcional real?

La OMS recomienda que las personas mayores de 65 años realicen 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, 75 minutos de actividad vigorosa o una combinación de ambas. También señala que los beneficios aumentan cuando se alcanzan los 300 minutos semanales de actividad física. Además, recomienda que las sesiones tengan una duración mínima de 10 minutos.

El programa de ejercicio físico en las personas mayores debe buscar no solo alejar al paciente de la inactividad, sino también mantener y desarrollar sus capacidades físicas, psicológicas y emocionales. Por ello, conviene que incluya ejercicios de fuerza, resistencia, equilibrio, flexibilidad y estimulación plurisensorial.

El trabajo de fuerza es una parte fundamental del programa. Si la intensidad es leve, puede realizarse a diario; si es moderada o alta, se recomienda al menos 2 días por semana. Es importante trabajar brazos, tronco y piernas. En los miembros inferiores, los ejercicios de tonificación de glúteos y cuádriceps ayudan a proteger articulaciones como la cadera y la rodilla y contribuyen a mejorar la estabilidad y la funcionalidad. Si la sesión se realiza en un gimnasio o en un entorno supervisado, puede ser un buen momento para intercalar ejercicios de equilibrio y coordinación entre los bloques de fuerza. La sesión puede finalizar con un pequeño bloque de relajación y estiramientos.

La resistencia puede trabajarse mediante actividades como caminar, correr, montar en bicicleta o nadar. También puede entrenarse a través del baile o la danza, que además suelen aportar una mejora añadida en el ritmo y la coordinación. Del mismo modo, juegos muy arraigados en la cultura popular, como la petanca o los bolos castellanos, leoneses o pasiegos, permiten mantener un buen nivel de atención, concentración y coordinación neuromuscular, al tiempo que favorecen la socialización.

En la estimulación plurisensorial se combinan ejercicios físicos, cognitivos y sensoriales. Para ello se suelen utilizar elementos familiares, como canciones,

aromas—por ejemplo, lavanda—y texturas rugosas o suaves, con los que se realizan diferentes prácticas y juegos. La familiaridad de estos elementos favorece la conexión emocional del paciente. Para trabajar la memoria y la atención también puede recurrirse a ejercicios de cálculo, escritura y juegos de mesa. En este tipo de actividades es importante crear un entorno lúdico y agradable, ya que esto favorece la participación.

Siempre debe individualizarse el programa de ejercicio físico. No solo en lo relativo a la duración y la intensidad de cada componente del trabajo —fuerza, resistencia, equilibrio o flexibilidad—, sino también en el tipo de ejercicio que se plantea. Cuanto mayor sea la identificación de la persona con su programa, mayor será la adherencia y mejores serán los resultados.

Además, desde el punto de vista clínico, conviene recordar que en este grupo de población el objetivo no es únicamente mejorar la condición física, sino también preservar la autonomía, prevenir caídas, retrasar el deterioro funcional y favorecer la calidad de vida. Por eso, la elección de los ejercicios debe adaptarse a la situación basal, a las comorbilidades y al contexto de cada persona, de manera que el programa resulte seguro, útil y sostenible en el tiempo.



Fernando Serrano Pérez

Dtor. de la Escuela de Ejercicio Físico y Salud Santa Gema de Madrid
Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Quirónsalud Sur de Alcorcón

La autoridad de la ética vivida frente a la violencia ética legalista

Circ 4.10 cm,
Area 0.830 cm²

"Desde el Corazón de la Medicina", vamos a abordar, de la mano del Prof. Herranz, un tema de actualidad desde una perspectiva ética de fondo.

Concretamente, refiriéndonos al aborto, se comprueba que la ética "vivida por el pueblo" contrasta con gran frecuencia con la fuerza de imposición violenta que ejerce la "ética del presente legal". Esta "ética meramente legalista" facilita, de forma habitual, la cobertura de venia a unas actuaciones sanitarias que carecen del mínimo de nivel profesional exigible.

Así se refiere el Prof. Herranz: "Los genetistas, médicos y los progenitores que se enfrentan a ese problema -en referencia al aborto procurado- deberían leer un libro magnífico, recientemente publicado en Estados Unidos: The Gift of Time (El Don del Tiempo), de Amy Kuebelbeck y Deborah Davis. Es una colección seleccionada y ordenada de textos extraídos de entrevistas a mujeres gestantes, a las que, después de un diagnóstico prenatal fatal, se les plantea el dilema del aborto o de la continuación del embarazo. Hay muchas lecciones que aprender de ahí. Primero, porque la bioética contenida en ese libro es una bioética contada 'por el pueblo'."

Y es que es muy enriquecedor escuchar las reflexiones éticas que, con la madurez vivida y experimentada, formula el pueblo llano y conocer cuáles son sus apreciaciones al respecto.

Gonzalo Herranz lo indica desde su experiencia clínica: "Esto me da la oportunidad de hacer un comentario sobre el valor de la bioética de la gente corriente, una bioética fresca, no académica, que nace de experiencias vividas, de rumiar decisiones largamente, de sopesar consejos de expertos, de razonar sin prejuicios de escuela. Deberíamos aprovechar las ocasiones en que el pueblo llano da testimonio de sus conflictos éticos. Los encontramos, entre otros, en las respuestas rápidas a los artículos de las revistas, por ejemplo, del British Medical Journal, o en libros hechos de encuestas, donde la gente responde con espontaneidad, hablando con el corazón. Son cosas que tienden a ser minusvaloradas porque no son elaboraciones académicas, pero tienen una intensidad humana increíble".

Toda historia clínica particular exige ser estudiada en su relación de síntomas y manifestaciones que refiere el paciente desde donde se justifican la valoración y el tra-



Gonzalo Herranz Rodríguez, profesor honorario de Ética Médica

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

tamiento. Muy distante de esa exigencia profesional de toda historia clínica es el proceder que se practica en la mal llamada interrupción voluntaria del embarazo, aunque solo sea por el hecho de que a la posible paciente se le impide siquiera adquirir la categoría de paciente: solo existe el monólogo de la puesta en marcha automática de una ética legalista que justifica una solución inmediata a un interés inmediato, el aborto, sin la auténtica base del proceder clínico.

De forma clara lo manifiesta Gonzalo Herranz: "En el libro citado se muestran muchos testimonios de aceptación por parte de progenitores que, rehusando proyectos reproductivos diseñados según su idiosincrasia, aceptan lo que Dios quiere o la naturaleza les trae. Aquí al hijo no se le imponen condiciones para ser acogido: se le ama desde el momento en que es concebido, se le recibe simplemente como es, para hacerle la vida lo más amable posible. Esa historia, repetida en su núcleo básico una vez y otra, narrada a veces de un modo conmovedor, contrasta con el testimonio de mujeres que describen el acoso encarnizado, la violencia de la que fueron víctimas por parte de obstetras, genetistas o diagnosticadores prenatales que exigían, como única reacción de sentido común y lógica, la inmediata terminación del embarazo".

En este sentido, tiene interés la descripción que hace Gonzalo Herranz de cómo en la especialidad de Ginecología se ha ido infiltrando la concepción de la ética legalista: "Se hizo hace unos pocos años un estudio sobre esta predisposición intervencionista entre profesionales relacionados con el diagnóstico prenatal y el consejo genético. Se vio que los más porfiados enemi-

gos del feto enfermo eran, trágicamente, los obstetras. Quizás lo sean por el condicionamiento judicial. En algunos países los problemas de mala práctica que pueden plantear la llegada al mundo de un niño deficiente han creado una especie de reflejo automático: lo más seguro es abortar. Si hay un error de diagnóstico, ¡qué se le va a hacer! Dicho crudamente, un feto muerto es judicialmente mucho más inocuo que un niño vivo con deficiencia.

La obstetricia, que alcanzó su grandeza en la ayuda a las madres para traer hijos al mundo en las mejores condiciones posibles, que desarrolló técnicas y procedimientos para la asistencia al embarazo y al parto, que ha creado la nueva disciplina de la Medicina preconcepcional, es penosamente la misma especialidad que hoy está en la vanguardia del eugenismo del niño perfecto." (En Desde el corazón de la Medicina, libro Homenaje al Prof. Gonzalo Herranz, 2013, p 108-109).



Juan Llor Baños

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

Aser García Rada: el pediatra que entiende de ficción

Aser García Rada (Santander) es actor, periodista, médico pediatra y doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Ha trabajado como pediatra en el Hospital Niño Jesús de Madrid. Como actor, ha trabajado en series como Hospital Central, El Ministerio del Tiempo, Centro Médico, 30 Monedas y Nos vemos en otra vida. También apareció como Lannister en Juego de Tronos y, desde entonces, «siempre paga sus deudas».

En teatro ha trabajado con La Fura dels Baus en la ópera Jeanne d'Arc au Bûcher en el Teatro Real, junto a Marion Cotillard. En el sector audiovisual ha trabajado, además, como doble de luces para actores como Christian Bale (The Promise), Javier Bardem y Ricardo Darín (Todos lo saben), o Vincent Cassel y Rodrigo Santoro (Westworld).

Su trayectoria en el cine y la televisión incluye también trabajos como asesor médico en las series MIR y Centro Médico, médico de rodaje en producciones internacionales como The Sisters Brothers, Todos lo saben o Terminator: Dark Fate, y responsable de departamentos COVID en House of the Dragon y The Mother.

Paralelamente, es corresponsal freelance en España de The BMJ y colabora como periodista especializado en salud y ciencia con medios como El País y la Agencia SINC.



¿Cómo conviven en usted la vocación médica y la vocación interpretativa?

Quizás ambas nacen de la curiosidad por entender cómo somos las personas. La medicina implica observar, escuchar y tratar de comprender qué le pasa al otro. La interpretación me permite explorar esa misma condición humana desde la creatividad. Es un trabajo mucho más complejo de lo que a veces se piensa desde fuera y, además, es divertidísimo. Eso es fundamental para mí.

¿Qué le ha dado la medicina que después haya llevado a su trabajo como actor?

La medicina me ha permitido conocer a personas en momentos de vulnerabilidad, algo por lo que siento un gran respeto. Eso también me ha dado una perspectiva muy rica sobre cómo reaccionan los seres humanos ante el miedo, el dolor o la incertidumbre.

¿Y qué le ha enseñado la interpretación sobre la escucha, la empatía o la relación con el otro que también le haya servido como médico?

La interpretación es una escuela de escucha. En un rodaje o en el escenario, si no estás realmente presente y atento al otro actor, la escena no funciona. Escuchar implica atención plena: observar el lenguaje corporal, los silencios, las emociones. En pediatría es muy interesante ver cómo entran las niñas o los niños en la consulta y cómo se relacionan con sus padres. Supongo que todo se retroalimenta.

¿Ha sentido alguna vez que debía justificar esa doble trayectoria ante colegas de uno u otro ámbito?

Sí. Durante mi residencia yo era “el que quiere ser actor”, mientras que en una de mis primeras escuelas de teatro, la de Cristina Rota, yo era “el médico”. En una sociedad en la que la profesión define mucho quién somos de cara a los demás, resulta desconcertante que alguien ejerza más de un oficio a nivel profesional. Eso a veces me ha obligado a dar explicaciones que probablemente nadie pediría en otros ámbitos. Para mí, sin embargo, siempre ha sido lo natural.

¿Qué tienen en común una consulta pediátrica y un rodaje en términos de observación, presencia y manejo emocional?

Ambos lugares requieren de mucha profesionalidad y de estar muy presente. Se tiende a pensar que el trabajo del actor es frívolo, pero requiere concentración, disciplina y una gran atención a lo que ocurre alrededor.

¿La medicina le ha ayudado a construir personajes más creíbles cuando aborda papeles vinculados a la enfermedad o al cuidado?

Sin duda ayuda a evitar ciertos clichés. Haber trabajado en hospitales, centros de salud, campamentos infantiles o campos de refugiados ofrece una experiencia humana difícil de obtener de otra manera. Eso permite aportar matices y verdad a cualquier personaje, relacionado o no con la salud.

¿Qué le interesa del papel del médico en la ficción? ¿Está bien representado o sigue lleno de clichés?

Creo que ha evolucionado mucho. Hoy vemos personajes más complejos, con dudas, oscuridades y contradicciones, lo que los hace más interesantes. Series como *The Knick* o *The Pitt* son buenos ejemplos. Siempre habrá ciertos clichés narrativos, como ocurre con policías o abogados, pero no me parecen un problema. Lo importante no es que todo sea exactamente como en la vida real, lo que podría ser aburridísimo, sino que la historia funcione y el personaje resulte interesante.

Como médico y actor, ¿cree que la ficción puede contribuir a una mejor comprensión social de la enfermedad y del trabajo sanitario?

Las historias tienen una capacidad enorme para generar empatía. Una serie o una película pueden ayudar a entender qué significa vivir con una enfermedad o cuidar a un familiar. También creo que es positivo que la ficción muestre a las médicas y los médicos como personas normales, con virtudes y defectos, en lugar de idealizarlos.

¿Qué precio tiene sostener una carrera híbrida como la suya y qué compensaciones ofrece?

A veces plantea preguntas de identidad. También aparece el síndrome del impostor, porque en cada ámbito uno puede sentir que los demás llevan más tiempo o tienen más experiencia, aunque eso no sea necesariamente así. La compensación es enorme, porque cada uno de esos trabajos ofrece una perspectiva distinta sobre la vida y sobre las personas. Si tuviera que elegir una idea de fondo para definir su recorrido, ¿cuál sería? La curiosidad. La necesidad de mirar el mundo desde distintos ángulos para entenderlo mejor.



Imágenes de Asier en distintos rodajes en los que ha participado.



VISITAS GUIADAS

Espacios que hicieron
historia en la Medicina



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid



Área de Patrimonio Artístico

MÁS INFORMACIÓN
patrimonio@icomem.es

Programación Médicos Seniors

Conferencias de Historia de Madrid 18.00h

14 de abril

Conferencia: 100 años del primer vuelo del Plus
Ultra (1926-2026)

Dr. Manuel González Calvo, coronel médico retirada
del Servicio de Cardiología del Hospital Gómez
Ulla.

21 de abril

Conferencia: El ensanche de la Ciencia

28 de abril

Conferencia del Grupo ASEMEYA: Sífilides de tinta.
La sífilis en la literatura

Dr. Luis Montiel, catedrático de Historia de la Medi-
cina de la UCM.

12 de mayo

Conferencia: Madrid, gran laboratorio de arquitectu-
ras

19 de mayo

Conferencia: Medicina Aeroespacial

Dr. Manuel González Calvo, coronel médico retirada
del Servicio de Cardiología del Hospital Gómez
Ulla.

26 de mayo

Conferencia del Grupo ASEMEYA: Paricatuba, en el
olvido de la oscuridad

Dr. Alfonso Gotor Rivera, residente de Dermatolo-
gía del Hospital 12 de Octubre.

Ciclo de Apreciación Musical

11:00h

13 de abril

Dvorak y su Sinfonía del Nuevo Mundo

11 de mayo

La música en el cine

Ciclo de Acercamiento a la Ópera

11:00h

Inscripción previa

16 de abril

Dúos, tríos, cuartetos y demás...

14 de mayo

Sesión del ciclo

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





Médicos que escriben, vidas que cuentan

En *De literatura y médicos*, **Rafael Ramírez Camacho** propone una lectura culta y bien hilada sobre un asunto que pocas veces se aborda con la atención que merece: la afinidad profunda entre la medicina y la literatura. Lejos de limitarse a enumerar nombres ilustres, el autor construye una reflexión con poso sobre por qué tantos médicos han encontrado en la escritura una segunda forma de ejercer su vocación.

El libro parte de una idea de gran recorrido: quien se dedica a la medicina convive a diario con el dolor, la fragilidad, la incertidumbre, la esperanza y, en definitiva, con la complejidad de la condición humana. Ese contacto directo con la vida real, sin adornos, ha hecho de muchos médicos observadores especialmente finos, capaces de trasladar a la página una mirada precisa, sensible y hondamente humana. Ramírez Camacho explora esa tradición con solvencia, claridad y un evidente gusto por el detalle.

Uno de los principales aciertos de la obra es su tono. Se trata de un ensayo divulgativo, pero no superficial; erudito, pero no engolado. El autor acompaña al lector con naturalidad, enlazando referencias, contextos y perfiles de escritores-médicos sin perder nunca el pulso narrativo. El resultado es un libro que informa, entretiene y, sobre todo, invita a pensar. No va de exhibir cultura, sino de ponerla al servicio de una idea muy fértil.

La obra interesa tanto a profesionales sanitarios como a lectores de humanidades. A los médicos les devuelve una imagen enriquecida de su propia profesión, recordándoles que la técnica y la sensibilidad no solo no se excluyen, sino que históricamente han caminado juntas. A los amantes de la literatura les ofrece una puerta de entrada singular a autores y trayectorias que demuestran que la consulta y la escritura comparten más de lo que parece.



La primera cirugía cerebral de un paciente despierto

En busca de lo esencial, una invitación a detenerse y volver a uno mismo

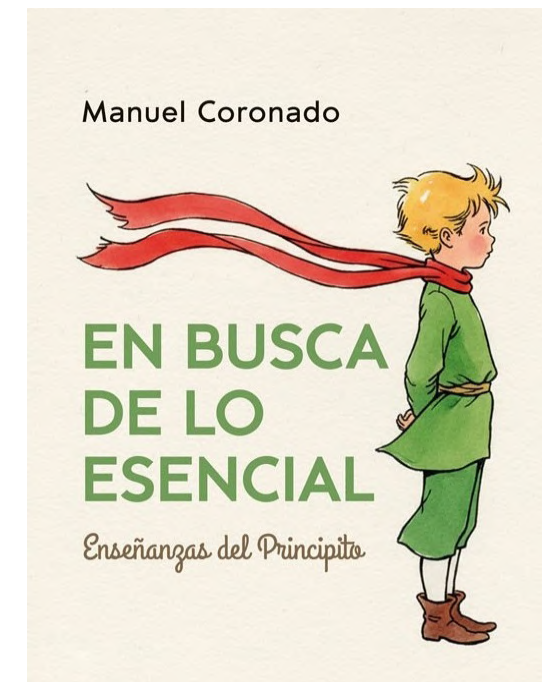
En una época marcada por la prisa, la saturación y la sensación de vivir siempre hacia afuera, *En busca de lo esencial*, de **Manuel Coronado**, médico en Sevilla, propone algo tan sencillo como infrecuente: hacer una pausa. Detenerse, mirar hacia dentro y recuperar aquello que muchas veces queda relegado entre obligaciones, ruido y rutina.

Inspirado en la huella emocional y simbólica de *El Principito*, el libro habla a un lector adulto que, pese a cumplir con todo, percibe que algo importante se ha ido quedando por el camino. No plantea fórmulas rápidas ni respuestas cerradas. Su valor está, precisamente, en esa invitación a recordar lo que de verdad sostiene la vida: el tiempo vivido con sentido, los vínculos auténticos, la amistad, la responsabilidad afectiva y la capacidad de encontrar luz en medio de los propios desiertos.

A lo largo de sus páginas, Coronado aborda cuestiones muy presentes en la experiencia contemporánea: el desgaste emocional, la pérdida de sentido, la dificultad para

Diario de un neurocirujano es mucho más que un libro de divulgación médica. **Jesús Martín-Fernández** construye un relato que se mueve entre la experiencia clínica, la reflexión personal y el ensayo sobre uno de los mayores misterios de nuestro tiempo: el cerebro. Desde su lugar como médico e investigador, pero también como alguien que sabe contar, nos mete al quirófano para mostrar no solo la complejidad de la neurocirugía, sino también el peso humano y emocional que acompaña cada decisión.

Uno de los mayores aciertos del libro está en la forma en que logra acercar descubrimientos científicos complejos sin volverlos fríos ni inaccesibles. El punto de partida —la primera cirugía cerebral con el paciente despierto en la que se utilizó un test de inteligencia artificial para identificar y proteger sus emociones— no aparece como un simple dato impactante, sino como la señal de que algo está



habitar el presente y el riesgo de abandonar lo valioso por miedo, cansancio o inercia. Lo hace desde una escritura clara, serena y reflexiva, sin artificios ni solemnidad, con la intención de acompañar más que de aleccionar.

El hecho de que esta obra esté escrita por un médico, con formación además en Psicología Clínica, aporta una sensibilidad especial a su mirada. No se trata solo de una reflexión teórica sobre el bienestar o el sentido de la vida, sino de un texto que parece nacer también del contacto directo con la fragilidad, el sufrimiento y las necesidades reales de las personas. Esa perspectiva le da al libro cercanía y credibilidad.

Más que un manual de autoayuda, *En busca de lo esencial* se lee como una reflexión pausada sobre lo verdaderamente importante. Un libro para leer sin prisa, con ánimo de escucha, y para recordar que, a veces, lo que transforma no es descubrir algo nuevo, sino volver a mirar con honestidad lo que siempre estuvo ahí.

cambiando. Martín-Fernández sugiere que el cerebro ya no puede entenderse solo a partir de sus funciones más conocidas, y propone mirarlo desde un lugar más amplio, donde la emoción, la identidad y la experiencia de cada persona también cuentan.

El libro encuentra buena parte de su fuerza en los casos concretos. Historias como la de Yolanda o la del pianista operado con una estrategia pensada para resguardar su talento musical le dan al relato verdad, tensión y una dimensión ética muy potente. Porque no se trata únicamente de intervenir un órgano, sino de proteger aquello que vuelve única a una persona. Ahí está, quizá, una de las ideas más valiosas del libro: que la medicina más avanzada no debería conformarse con curar, sino también esforzarse por cuidar la historia, la sensibilidad y la dignidad del paciente.



Colegio Médico de Ourense: una institución que se mide por sus proyectos

Cuando inicié mi andadura como integrante de un colegio médico consideré que mi aportación debería ser colaborar en la mejora del colectivo con hechos tangibles. Esa fue la razón por la que, cuando me ofrecieron la oportunidad de encabezar una candidatura, me lancé a esta aventura exigente pero muy gratificante. Junto con un gran equipo de compañeros decidimos continuar con la senda de nuestros últimos predecesores, añadiendo nuevas actuaciones que hacen crecer nuestra institución. Un colegio ejerce actividades administrativas diarias, pero con mucha capacidad de innovación y crecimiento en pro de conseguir ser útil para sus colegiados. Durante estos años hemos intentado que el colegio tenga una forma de hacer reconocible, con proyectos ligados a la cultura, a la cooperación, a la investigación, a la salud comunitaria y también a los cambios que vive hoy la profesión médica.

En una profesión tremendamente feminizada he tenido el gran honor de ser la primera mujer presidenta del colegio de médicos de Ourense tras 125 años de historia y la primera mujer en la historia de los colegios gallegos. Es un pequeño paso, pero uno más en romper ese techo de cristal al que nos enfrentamos las mujeres. Por eso hemos hecho un gran esfuerzo en la defensa de la maternidad y la lactancia materna de nuestras profesionales, creando un apoyo legal que ha convertido nuestro colegio en un referente nacional en la protección de la lactancia y de la conciliación familiar. Estas iniciativas me permitieron mostrar nuestros avances en el debate sobre igualdad y conciliación en la profesión médica celebrado en 2024. Para mí, como madre y médica, es una de las actividades que me resulta más gratificante defender.

En esta línea social no nos olvidamos de otra franja etaria, incentivando actividades entre los médicos jubilados o senior y colaborando con la asociación Mirada Múltiple +60, centrada en combatir el edadismo fomentando el contacto intergeneracional. Además, en una provincia con una cifra de centenarios tan elevada que es objeto de estudio, colaboramos de forma activa con asociaciones como Ourensidade. Quizá no sean las iniciativas más vistosas, pero sí muy reveladoras. Hablan de un colegio que quiere escuchar, acompañar y entender que la medicina no vive aislada de los cambios sociales.

Hay otro ámbito en el que nuestro colegio ha procurado ser constante: la cooperación internacional. A través de la Fundación Galenus Auriensis destinamos cada año el 0,7% de nuestro presupuesto a programas sociales y

de cooperación al desarrollo. En 2023 respaldamos un proyecto de triaje en el hospital King Fahad, en Lamu, Kenia. En 2022 apoyamos el área de pediatría del hospital rural de Kalyandurg, en India, junto a la Fundación Vicente Ferrer, y el trabajo de Beyond Suncare en Malaui con menores con albinismo. También hemos querido abrir espacio a la reflexión sobre las emergencias humanitarias, con actividades como la conferencia "Ser médico en un hospital de la Gaza devastada", impartida por Raúl Incertis. En esta línea hemos realizado numerosos comunicados sobre la situación sanitaria de Gaza y actualmente en Líbano, porque entendemos que los hospitales y el personal sanitario están protegidos por el Derecho Internacional Humanitario.

Otro proyecto al que le doy un valor especial es la campaña "Revisa los medicamentos de casa", que desarrollamos junto a los colegios de Farmacéuticos y de Enfermería de Ourense. Nació para ayudar a la ciudadanía a revisar sus botiquines, evitar la acumulación de medicamentos caducados o sobrantes y enseñar cómo desechar correctamente cada residuo sanitario. La acompañamos con materiales informativos y quisimos enmarcarla en la filosofía One Health. En esta línea además hemos realizado un estudio de la huella de carbono de nuestras instalaciones, gestionando mejoras que reduzcan las emisiones generadas, los consumos en fungibles y gasto energético, así como buscando soluciones más ecológicas en el transporte.

La investigación ocupa igualmente un lugar importante en nuestra forma de entender el colegio. Los Premios Científicos ICOMOu son una manera de reconocer el trabajo bien hecho, dar visibilidad al talento médico e investigador vinculado a Ourense y apoyar una tarea que muchas veces se sostiene gracias al esfuerzo personal. En 2024 se premiaron trabajos muy distintos, desde el estudio histórico del Dr. David Simón Lorda hasta investigaciones sobre mutaciones KRAS y BRAF. También hemos querido avanzar en aspectos muy prácticos de la profesión, como la receta electrónica médica privada en 2025. Y realizamos actividades culturales como el Ciclo de Cine y Medicina, que en 2026 llega ya a su undécima edición, abordando cirugía en guerra, pseudociencias, gestión hospitalaria, ambulancias, biotecnología o enfermedades raras. Cuando miro el conjunto de todo este trabajo, creo que lo que mejor define hoy al Colegio Médico de Ourense es la coherencia de la línea que hemos intentado mantener: un colegio cercano, visible y con iniciativa, que se gane su prestigio no solo por lo que es, sino por lo que hace.

**Pilar Garzón Guitería, presidenta del
Colegio Oficial de Médicos de Ourense (ICOMOu)**



In Memoriam

Dr. Hernán Funes Cortés

Un pionero que abrió camino a la Oncología Médica española

La Oncología Médica española ha perdido a una de sus figuras más relevantes y queridas. Para quienes hemos tenido el privilegio de conocer y aprender del Dr. Hernán Cortés-Funes, su ausencia supone mucho más que la desaparición de un maestro: es la despedida de uno de los grandes pioneros que contribuyeron decisivamente a construir la Oncología Médica tal como la conocemos hoy en España.

Recordar a **Hernán Cortés-Funes** es, en buena medida, recordar también la historia reciente de nuestra especialidad. Su trayectoria estuvo siempre marcada por una profunda vocación pionera. Formado en la Universidad Complutense de Madrid, desde los primeros momentos de su carrera participó en hitos que reflejan la evolución de la lucha contra el cáncer en nuestro país. Perteneció a aquella generación de médicos, procedentes en su mayoría de la Medicina Interna, que orientaron su carrera hacia el estudio del cáncer y comprendieron que el tratamiento del cáncer requería un enfoque clínico integral, multidisciplinar y cooperativo centrado en el paciente, visión que acabaría definiendo el nacimiento de la Oncología Médica moderna. Fundamental para esta concepción de la especialidad fue su paso como investigador clínico por el Cancer Therapy Evaluation Program del National Cancer Institute de Estados Unidos.

Su compromiso con el desarrollo científico y organizativo de la Oncología se plasmó en su participación en la fundación de la Sociedad Española de Quimioterapia Oncológica (SEQUIO), de la que fue elegido tesorero en 1976, en un momento en el que la Oncología Médica comenzaba a consolidarse como disciplina propia dentro de la Medicina.

Aquella iniciativa, germen de la actual SEOM, perseguía impulsar la investigación clínica, mejorar la asistencia a los pacientes con cáncer y lograr el reconocimiento oficial de la Oncología Médica como especialidad. Apenas dos años después, en 1978, el Seminario Internacional de Oncología Clínica celebrado en Torremolinos —en el que participó activamente— supuso una oportunidad histórica para presentar el trabajo de los oncólogos españoles ante la comunidad científica internacional.

En 1987 organizó en Madrid la 4ª Conferencia Europea de Oncología Clínica (ECCO-4), un acontecimiento científico de gran relevancia que contribuyó decisivamente a proyectar la Oncología española en el contexto europeo. Ese mismo impulso internacional le llevó posteriormente a asumir la presidencia de la Federación Europea de Sociedades de Oncología (FECS) entre 1988 y 1989, consolidando su papel como una de las voces europeas más influyentes de la especialidad.

Entre 1987 y 1989 ejerció la presidencia de la Sociedad Española de Oncología Médica. Durante ese periodo se impulsaron iniciativas que hoy siguen siendo pilares

fundamentales de nuestra profesión. Se consolidaron los esfuerzos para mejorar la formación de los residentes de Oncología Médica y se avanzó en la definición de los requisitos de acreditación de las unidades docentes. Asimismo, bajo el patrocinio de SEOM y de la Escuela Europea de Oncología, se pusieron en marcha los Cursos Avanzados de Oncología dirigidos a residentes y adjuntos jóvenes, un proyecto que reflejaba su firme compromiso con la formación de nuevas generaciones de oncólogos.

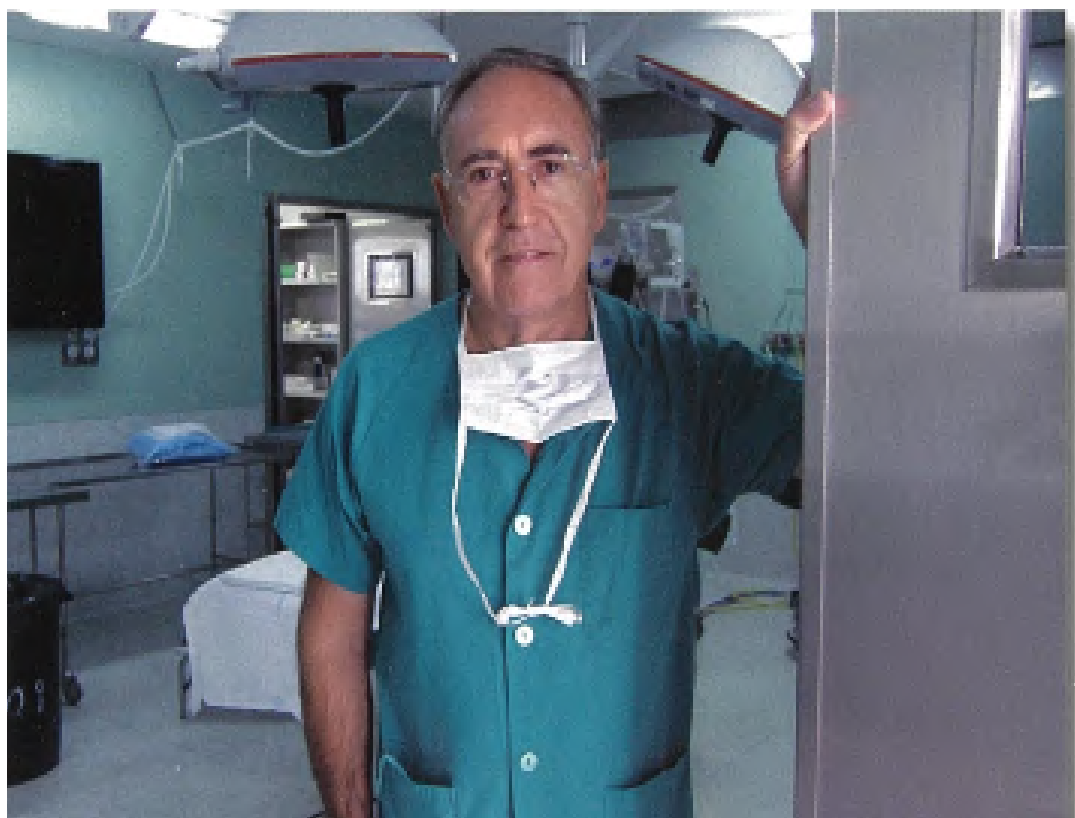
Durante su presidencia también se celebró el II Congreso de SEOM en Torremolinos con una destacada participación de expertos europeos, reforzando los vínculos científicos internacionales de la sociedad. Su estrecha relación con la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), de cuya junta directiva formó parte y que posteriormente llegó a presidir —siendo el primer español en hacerlo— permitió además abrir nuevas oportunidades formativas para los oncólogos españoles, facilitando su participación en programas educativos europeos y en el entonces recién creado Certificado Europeo de Oncología Médica.

Presidió la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO) y la Asociación Española de Investigación de Cáncer (ASEICA), y fundó el grupo cooperativo de investigación en cáncer SOLTI y lo presidió durante más de una década entre 1998 y 2009. Asimismo, constituyó y lideró el Servicio de Oncología Médica del Hospital 12 de Octubre de Madrid hasta su jubilación en 2015 y posteriormente fue jefe de la Unidad de Oncología de HC Marbella, centro en el que pasó sus últimos años.

Pero más allá de los cargos y los hitos institucionales, quienes trabajaron con él recuerdan sobre todo su visión, su liderazgo sereno y su profunda humanidad. Fue un médico comprometido con sus pacientes y con su profesión, un maestro generoso con sus colegas y un referente intelectual para muchas generaciones de oncólogos. Supo entender muy pronto que el progreso de la Oncología no dependía únicamente de los avances científicos, sino también de la cooperación entre profesionales y del compromiso colectivo con el conocimiento.

En nombre de la Sociedad Española de Oncología Médica y de toda la comunidad oncológica de nuestro país, quiero expresar nuestra profunda gratitud al Dr. Hernán Cortés-Funes. Paradojas del destino, en el año en que SEOM celebra su 50 aniversario, despedimos a uno de sus grandes artífices. Su legado forma parte de la historia de la Oncología española y sigue vivo en cada uno de los profesionales que hoy continúan su labor. Su ejemplo de compromiso, rigor y generosidad seguirá inspirando, sin duda, a las futuras generaciones de oncólogos que trabajan cada día por mejorar la vida de los pacientes con cáncer.

Javier de Castro, presidente de SEOM.



In Memoriam

Dr. Antonio Sierra García

El Dr. Antonio Sierra García deja tras de sí una trayectoria médica y quirúrgica de gran altura, ligada al rigor académico, la innovación asistencial y una dedicación constante a la docencia y a la investigación. Nacido en Ávila el 20 de noviembre de 1942, su recorrido profesional representa el de una generación de médicos que entendió la medicina como vocación, disciplina y servicio.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Madrid, obtuvo en 1965 el Premio Extraordinario de su promoción. Poco después inició su actividad docente como profesor ayudante en la I Cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, y en 1969 se doctoró en Medicina por la Universidad de Madrid. Especialista en Cirugía General y en Patología de la Mama, desarrolló una carrera sólida y reconocida en distintos centros de referencia.

Ejerció como cirujano en el Hospital Clínico de Barcelona y en Vall d'Hebron, así como en la Beneficencia Municipal de Barcelona. Más tarde fue también cirujano numerario, por oposición, del Ayuntamiento de Madrid. Su nombre quedó especialmente vinculado al Hospital 12 de Octubre, donde desempeñó la jefatura de sección del Servicio de Cirugía y donde introdujo en 1976 la técnica de cirugía conservadora del cáncer de mama, una aportación de gran relevancia en la evolución del tratamiento quirúrgico de esta patología.

A lo largo de su carrera asumió además importantes responsabilidades asistenciales. Fue jefe de Departamento de Cirugía en ASEPEYO y director de la Unidad de Mama

en la Clínica Ruber de Madrid. Su labor profesional estuvo siempre acompañada de una intensa actividad científica y formativa. Fue asesor científico y director de los cursos sobre Patología de la Mama en el Colegio de Médicos de Madrid, académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina desde 1980 y miembro de la Academia de Cirugía de Cataluña.

Su excelencia investigadora fue reconocida, entre otros hitos, con el Premio de Investigación de la Real Academia de Medicina de Madrid en 1978. Publicó numerosos trabajos en revistas españolas y extranjeras y formó parte de la Sociedad Española de Cirugía y del Colegio Internacional de Cirujanos, contribuyendo así al avance del conocimiento y a la proyección de la cirugía española en ámbitos científicos de referencia.

Junto a sus méritos profesionales, quienes le trataron recuerdan también su dimensión humana y familiar. Estaba casado, tenía tres hijos y cuatro nietos.

El Dr. Antonio Sierra García falleció el 3 de enero de 2026 en Madrid. Con él desaparece una figura destacada de la cirugía general y de la patología mamaria en España, pero permanece el legado de una vida profesional marcada por la seriedad, la competencia y el compromiso con la medicina.

Manuel González Calvo, Coronel médico retirado del Servicio de Cardiología del Hospital Gómez Ulla.



Cafetería · Restaurante del ICOMEM

LA NEURONA DE CAJAL

S. Ramón y Cajal

Porque incluso las grandes mentes necesitan un buen descanso.

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

Adjunto y residente: el equilibrio es un arte

Desde tiempos de Hipócrates, la medicina ha entendido la docencia como una parte esencial del oficio. Hoy, esa tradición se concreta de forma muy clara en la relación entre adjunto y residente. Para quienes llegamos al centro de salud o al hospital con el título recién estrenado, este vínculo se convierte en el eje de nuestra formación. De su calidad depende, en gran medida, que estos cuatro o cinco años se vivan como un proceso de crecimiento ilusionante o como una etapa que termina desgastando. Ser residente implica habitar un estado intermedio constante. No somos estudiantes, pero tampoco especialistas. Asumimos responsabilidades reales mientras seguimos aprendiendo, equivocándonos y necesitando guía. Es una etapa de crecimiento acelerado marcada por una paradoja inevitable: buscamos autonomía, pero necesitamos supervisión.

En este contexto, el papel del adjunto —y especialmente del tutor— resulta clave. No solo valida decisiones o firma informes, sino que marca el tono del aprendizaje: decide cuánto nos deja hacer, cuándo intervenir y cómo corregir. Y, muchas veces sin pretenderlo, nos enseña qué tipo de médicos queremos llegar a ser.

La relación adjunto-residente es, en esencia, un equilibrio de expectativas. Como residentes, queremos participar, proponer y sentir que formamos parte real del proceso clínico. Pero también necesitamos saber que hay alguien detrás que supervisa y respalda. Por su parte, el adjunto espera de nosotros progresivamente mayor autonomía, pero sin perder la prudencia ni la capacidad de pedir ayuda. Y, sobre todo, valora la humildad para seguir aprendiendo.

Cuando este equilibrio funciona, la experiencia formativa mejora de forma notable. Se aprende más, se trabaja con mayor seguridad y hasta el cansancio se lleva mejor. No es lo mismo enfrentarse solo a la incertidumbre que hacerlo con un respaldo sólido.

Tampoco es lo mismo equivocarse sintiendo que se ha fallado, que hacerlo en un entorno donde el error forma parte del aprendizaje. Sin embargo, no siempre ocurre así. Cuando la relación falla —por falta de supervisión, exceso de exigencia o una comunicación deficiente—, aparece la inseguridad.

Más allá de la carga asistencial, pocas cosas pesan tanto como no saber qué se espera de uno o no sentirse respaldado.

También conviene reconocer que ser un buen adjunto no es tarea sencilla. Requiere tiempo, paciencia y una capacidad constante de adaptación. Cada residente es diferente, y ajustar el equilibrio entre supervisión y autonomía es, en sí mismo, un reto continuo. Además, el adjunto no solo transmite conocimientos clínicos, sino también formas de comunicarse, decidir y entender la medicina.

En Medicina de Familia, esta relación adquiere un matiz especial. Compartimos consulta, decisiones y muchas horas de trabajo conjunto. Aprendemos no solo lo que se hace, sino cómo se hace: cómo se habla con el paciente, cómo se gestionan los tiempos y cómo se afrontan los pequeños retos del día a día. Y, casi sin darnos cuenta, vamos incorporando sus frases, gestos —y también pequeñas manías— a nuestra propia forma de ejercer.

Arriesgándome a parecer “un pelota”, no puedo terminar sin mencionar a mi tutora: un ejemplo de cómo mantener ese equilibrio. Sabe cuándo dejarme hacer, cuándo intervenir y cómo enseñar sin imponer. Y además es, sin duda, un auténtico referente de cómo me gustaría ejercer la medicina en el futuro.

Así que termino con un mensaje doble: a mis compañeros residentes, ánimo en este camino—a veces largo y cuesta arriba—; y a los adjuntos, gracias por acompañarnos. Porque el médico que seremos mañana empieza a tomar forma en la relación que construimos día a día.



Javier Baratech
R2 Medicina de Familia

Javier Baratech con Olga Pérez Gandía, en el CS Doctor Trueta (Alcorcón)

QUIZ MIR

preguntas reales del
examen MIR 2026

1 Paciente de 41 años, de talla baja, consulta por dolores en ambas caderas, más intenso en la izquierda. Refiere haber tenido dolor en caderas a edades tempranas aunque nunca consultaron por este motivo. Tras estudio radiográfico de caderas, se decide prótesis total de cadera izquierda, siguiendo buena evolución. Durante el postoperatorio el paciente refiere además dolor en hombros. Ante la sospecha diagnóstica se solicita una telerradiografía (ver imagen). Indique qué proceso es más probable que padezca el paciente



- 1. Enfermedad de Perthes.
- 2. Osteonecrosis multifocal.
- 3. Epifisiolisis bilateral de cadera.
- 4. Displasia epifisaria múltiple.

2 La exploración ecográfica de una mujer gestante de 26 semanas muestra hallazgos consistentes con osteogénesis imperfecta tipo II (gen COL1A1/COL1A2). La paciente tuvo un embarazo previo con la misma patología. Ni ella ni su pareja tienen manifestaciones clínicas de osteogénesis imperfecta. ¿Cuál de las siguientes es la explicación más probable para la recurrencia?:

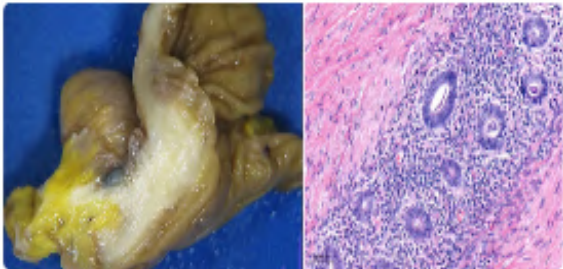
- 1. Herencia autosómica recesiva.
- 2. Mutación de novo.
- 3. Penetrancia incompleta.
- 4. Mosaicismo germinal.

4 Las vacunas contra el neumococo recomendadas para prevenir la enfermedad neumocócica en personas mayores de 65 años y en pacientes inmunocomprometidos pueden estar constituidas por polisacáridos del neumococo purificados (PPV23) o polisacáridos conjugados a proteínas (PCV15 o PCV20). Desde una perspectiva inmunológica las vacunas conjugadas:

- 1. No generan memoria inmunológica.
- 2. Activan una respuesta inmunitaria T-dependiente (o timo-dependiente).
- 3. No activan el proceso de hipermutación somática.
- 4. No inducen cambio de isotipo.

5 Mujer de 35 años con historia de dolor abdominal recurrente que coincide con la menstruación. Los hallazgos de la intervención quirúrgica requieren una resección intestinal. El estudio anatomopatológico se muestra en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Adenocarcinoma intestinal.
- 2. Metástasis de adenocarcinoma de endometrio.
- 3. Colitis ulcerosa.
- 4. Endometriosis.



6 Mujer que acude a ecografía de rutina de segundo trimestre a las 22 semanas de gestación. Las biometrías corresponden a un feto de 19 semanas. ¿Cuál es el siguiente paso para orientar el caso?

- 1. Valorar estudio genético teniendo en cuenta el riesgo de anomalía cromosómica en primer trimestre.
- 2. Valorar si la gestación está correctamente datada según la longitud craneocaudal fetal de la ecografía del primer trimestre.
- 3. Repetir ecografía para nuevas biometrías en 2 semanas.
- 4. Estudio para descartar preeclampsia.

7 ¿Cuál es la vía de diseminación más frecuente y característica del cáncer de ovario en el momento del diagnóstico?

- 1. Vía linfática.
- 2. Vía hematógena.
- 3. Infiltración por contigüidad.
- 4. Diseminación peritoneal.

8 El síndrome de Guillain-Barré es considerado una polineuropatía postinfecciosa que presenta todas las características siguientes, EXCEPTO una:

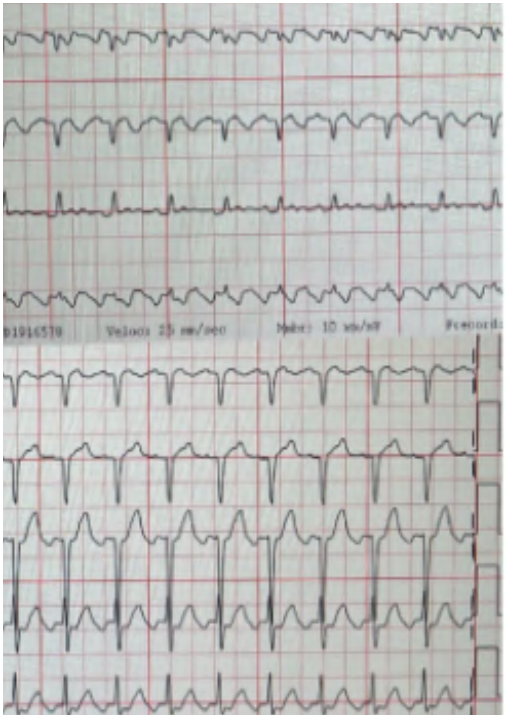
- 1. Existe hiperreflexia tendinosa en las extremidades que manifiestan debilidad.
- 2. Es predominantemente un trastorno motor, aunque puede haber síntomas sensitivos.
- 3. En el líquido cefalorraquídeo las proteínas están elevadas, sin pleocitosis y con glucorraquia normal.

9 Mujer de 35 años que hace dos días sufrió un accidente de coche sin apenas consecuencias físicas acude a su médica de atención primaria, por insomnio con pesadillas, expresa también recuerdos vívidos de detalles del accidente y síntomas de hiperactivación. El diagnóstico más probable es:

- 1. Reacción aguda de estrés.
- 2. Reacción adaptativa depresiva.
- 3. Trastorno de estrés postraumático.
- 4. Trastorno de ansiedad generalizada.

10 Hombre de 75 años que consulta por palpitaciones de aparición súbita hace 1 hora, sin dolor torácico ni cortejo vegetativo asociado. Tiene antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hipertrofia benigna prostática y accidente isquémico transitorio hace 12 años. PA 180/109 mmHg, FC 126 lpm, Sat O2 98%. Auscultación cardíaca tonos rítmicos, sin soplos audibles. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se realiza ECG que se muestra en la imagen. Indique, de los siguientes, el diagnóstico más probable

- 1. Fibrilación auricular.
- 2. Flutter auricular.
- 3. Infarto agudo de miocardio.
- 4. Taquicardia ventricular.



Adquiere competencias para ejercer la medicina

Dos ofertas para actualizarte, ampliar tu perfil profesional y responder mejor a los nuevos retos del ejercicio médico

Este curso permite al profesional sanitario formarse y acreditarse oficialmente como mediador, con una preparación sólida, práctica y orientada a escenarios reales del ámbito civil, mercantil y sanitario. Una formación útil para quien quiere ampliar competencias, abrir una nueva vía profesional o incorporar herramientas de comunicación, negociación y resolución de conflictos a su ejercicio diario.

LO QUE TE LLEVAS

- Formación válida para acceder al registro de mediadores del Ministerio de Justicia.
- Herramientas prácticas para intervenir en conflictos sanitarios, organizativos y relacionales.
- Entrenamiento aplicado en comunicación, gestión emocional, procedimiento y casos reales.

CLAVES DEL CURSO

Para quién: Profesionales de la medicina y la sanidad, sea cual sea su especialidad, que deseen formarse y acreditarse oficialmente como mediadores.

Dónde se celebra: Presencial / streaming.
Cómo vas a aprender: Marco legal + herramientas de mediación + casos prácticos + rol play final de evaluación.

Cómo se imparte: Teórico-práctica.
Fechas: Del 17 de abril al 24 de julio de 2026.
Horario: De 16:30 a 20:30 horas.

Acreditación: Curso válido para la inscripción en el registro de mediadores del Ministerio de Justicia. ICOMEM es Centro inscrito en el Registro de Entidades de Formación del Ministerio de Justicia. Información de interés: El importe de la matrícula es deducible fiscalmente en la declaración del IRPF.



CURSO DE MEDIACIÓN
Acreditación oficial como mediador sanitario

Inscripción



CURSO IA PRÁCTICA
El Médico Aumentado: Cómo utilizar la Inteligencia Artificial para potenciar las capacidades de un médico y llegar donde antes no llegaba

Inscripción

Este curso está pensado para médicos que quieren. Este curso está dirigido a médicos que quieren entender qué herramientas de inteligencia artificial merecen realmente la pena y cómo utilizarlas con seguridad, sentido clínico y utilidad práctica. A través de clases online breves, tutoriales paso a paso y dos webinars de actualización, plantea una formación pensada para aplicar desde el primer día en consulta, docencia, investigación y comunicación, sin necesidad de conocimientos técnicos previos.

LO QUE TE LLEVAS

- Criterio para incorporar la IA a la práctica médica con utilidad real, sin perder rigor ni seguridad.
- Recursos para ahorrar tiempo, mejorar procesos y apoyarte en tareas clínicas, académicas, investigadoras y de comunicación.
- Una formación práctica, flexible y revisable a tu ritmo, con actualización en directo en un campo que evoluciona muy rápido.

CLAVES DEL CURSO

Para quién: Médicos/as de cualquier especialidad que quieran iniciarse en el uso práctico de la inteligencia artificial o dar un paso más en su aplicación profesional.

Dónde se celebra: Online.

Cómo vas a aprender: Clases grabadas breves, tutoriales aplicados y dos webinars de actualización en directo.

Cómo se imparte: Teórico-práctica (online).

Duración: 30 horas.

Disponible hasta: Marzo de 2027.

Acreditación: Acreditado por el Consejo Profesional Médico Español para el DPC/FMC (SEAFORMEC – EACCME) con 30 créditos ECMECs a distancia.

Incluye:
Webinar 1: Actualización 1
Webinar 2: Actualización 2

Acceso: Una vez confirmada la inscripción, el acceso al campus se realiza desde el área privada en "Mis inscripciones".



Mis pacientes del Prado

San Antonio Abad

Joan Reixach (doc. 1431- 1460)

h. 1450-1460

Óleo y temple sobre tabla,

91 x 64 cm

P- 8122

Donación de la familia Várez Fisa

La Sala Várez Fisa (Edificio Villanueva, Sala 52A, planta baja) en la única del Museo del Prado con nombre propio.

José Luis Várez Fisa (Barcelona, 1928- Madrid, 2014) fue además de ingeniero, empresario y financiero , un relevante coleccionista. En el año 2013 , junto a su familia, donó al Prado un conjunto formado por doce pinturas y esculturas españolas datadas en el período que va desde el Románico a los inicios del Renacimiento.

La tabla San Antonio Abad , aunque de procedencia desconocida, se tuvo noticia de su existencia en 1996, formando ya parte de la colección de Várez Fisa.

Joan Reixach, es un artista figura clave de la pintura hispanoflamenca valenciana entre 1437 y 1486. En sus inicios se inscribe dentro del estilo gótico internacional, pero enseguida incorpora en su obra las novedades flamencas introducidas en Valencia por Luis Dalmau y Louis Alincbrot a finales de la década de 1430. San Antonio Abad nació en el Alto Egipto (Heracleópolis 251- Tebaida, 356) Ermitaño y abad, venerado por la iglesia como patriarca de los cenobitas . Su figura ha sido representada con estereotipos : anciano en la entrada de una cueva, hábito oscuro, con báculo o bastón en forma de tau (T) . rodeado de animales, con un libro y una campanilla en las manos. Los antonianos eran una orden médica fundada en Francia en el siglo XI para el cuidado de los enfermos de ergotismo (Olga Marqués Serrano, 2022) .

Reixach nos muestra a San Antonio proveyo, de pie y cuerpo entero, delante de un tapiz de brocado en el interior de una habitación de suelo con baldosas geométricas, con largos cabellos y barba grisáceos con largos tirabuzones que caen en diagonal. Está cubierto por un manto con capucha de los antonianos y cerca del hombro derecho una tau que le identifica. Otros objetos son : el libro cerrado de la regla de la orden sujeto con la mano derecha y con la campanilla ahuyentadora de los demonios. Su mano izquierda sostiene un gran bordón, casi un báculo de mayor altura que el santo. A la derecha de éste , un avispado cerdo con mirada incisiva más propia de un jabalí, alude al demonio y las tentaciones de la carne.

¿Qué vemos a pie de tabla desde el punto de vista médico? Pues una señal de una parte de la historia de la medicina, una enfermedad característica medieval, el ergotismo. Abajo y a la derecha, brotan del suelo las llamas conocidas como <fuego de San Antonio> , que aluden a la enfermedad que los antonianos se dedicaban a cuidar.

Reixach pinta a San Antonio con una expresión de serenidad y bondad, con una frente ancha fruncida, nariz recta, y una mirada a la lejanía. En la mano izquierda que sujeta el báculo tiene en el segundo y tercer dedo nódulos de Heberden.

El ergotismo tiene una curiosa sinonimia : ignis sacer (fuego sagrado) , ignis infernales (fuego infernal) , mal de los ardientes, mal de San Antonio. Su etiología es la proliferación del cornezuelo, el hongo claviceps purpurea, en el centeno del que se hacía casi todo el pan consumido por las clases pobres.

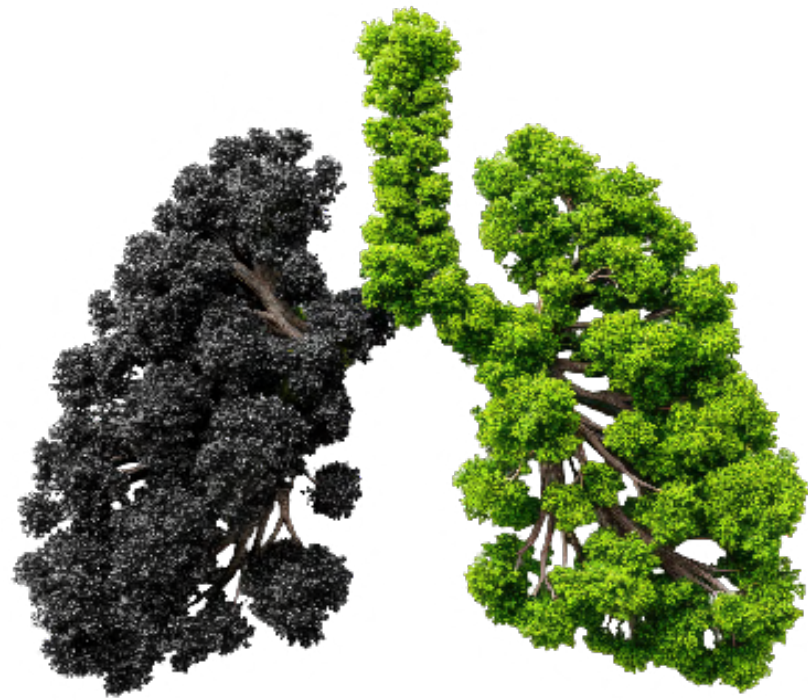
F. H. Garrison (1921) recoge la primera alusión a este mal en los Anales del convento de Xanten, cerca del Rin, hacia el año 857, con referencia al carácter gangrenoso y pérdida del miembro por mortificación. En este texto podemos leer una descripción de la enfermedad tal como era en el medioevo : " Comienza , de ordinario, por una sensación de exagerado frío en la parte afectada, seguida de un intenso ardor doloroso ; o también por la aparición de una erupción vesiculosa, el miembro afectado adquiría un aspecto lívido, sucio y putrilaginoso, y en ocasiones se mortificaba por completo y se desprendía. La forma convulsiva no ha debido aparecer hasta una época posterior". El fuego de San Antonio Abad en el suelo de la tabla es un indicador de una intoxicación alimentaria aguda o crónica, causada por la ingestión de harina de centeno contaminada por los alcaloides del cornezuelo (ergotamina, la ergometrina, ergocriptina, ácido lisérgico, etc.) .Hay un ergotismo gangrenoso por la acción vasoconstrictora de los alcaloides y un ergotismo convulsivo, el morbus pestentiales convulsivus.

Las mutilaciones secundarias al ergotismo están representadas en pinturas como Las tentaciones de San Antonio Abad de El Bosco, El vino de la fiesta de San Martín y Los mendigos de Pieter Bruegel el Viejo.



María Neira: *“La salud era la pieza que faltaba para entender la crisis climática”*

Durante mucho tiempo, la crisis climática se explicó en toneladas de CO2 y en aumentos de temperatura. Pero para María Neira, médica y directora de Salud Pública y Medio Ambiente de la OMS, esa mirada deja fuera una parte esencial del problema: su impacto directo en la salud de las personas. En esta entrevista, plantea que poner la salud en el centro no solo permite dimensionar mejor la urgencia de la crisis, sino también impulsar respuestas más rápidas, justas y efectivas.



Durante años, la crisis climática se ha abordado principalmente como un reto ambiental. ¿Qué ha faltado para que se entienda plenamente como una cuestión de salud pública?

Durante años, el cambio climático se ha explicado como un problema ambiental. Sin embargo, cada vez resulta más evidente que estamos ante una de las mayores amenazas para la salud pública del siglo XXI. La diferencia no es menor: cuando hablamos de salud, hablamos de vidas, de bienestar y de decisiones urgentes. El gran error ha sido hablar de CO₂ y no de infartos. Ese ha sido, probablemente, uno de los principales déficits en la comunicación de la crisis climática. Hemos utilizado indicadores técnicos —emisiones, grados de temperatura— sin traducirlos en su impacto real: más enfermedades cardiovasculares, más crisis respiratorias, más infecciones, más muertes prematuras. Cuando ponemos la salud en el centro, la urgencia se vuelve evidente.

Desde la OMS, ¿cuál es hoy el principal mensaje que deberían asumir gobiernos, profesionales sanitarios y ciudadanía cuando hablamos de clima y salud?

Desde la Organización Mundial de la Salud, el mensaje es hoy inequívoco. No se trata de una inversión a largo plazo, sino de beneficios inmediatos. Reducir la contaminación del aire, transformar el transporte o apostar por energías limpias no solo reduce emisiones: salva vidas hoy.

¿Qué impactos sobre la salud están ocurriendo ya, en el presente, como consecuencia del cambio climático y del deterioro ambiental?

La crisis climática ya está en nuestras consultas. Se manifiesta en el aumento de la mortalidad durante las olas

de calor, en el agravamiento de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, en la expansión de enfermedades transmitidas por vectores o en los impactos sobre la salud mental tras eventos extremos. El cambio climático actúa como un multiplicador de riesgos que los sistemas sanitarios ya están enfrentando. España es un laboratorio del cambio climático. En Europa, y especialmente en el sur, esta realidad es aún más tangible. Las olas de calor serán más frecuentes e intensas, la contaminación urbana seguirá afectando a millones de personas, la escasez de agua se convertirá en un factor crítico y los incendios forestales tendrán consecuencias cada vez más graves sobre la salud. Son riesgos presentes que se intensificarán en los próximos años.

En Europa, y en particular en un país como España, ¿qué riesgos sanitarios le preocupan más en los próximos años?

No todos los impactos se distribuyen por igual. Las personas mayores, los niños, quienes padecen enfermedades crónicas o trabajan al aire libre son especialmente vulnerables. Y la desigualdad social amplifica estos riesgos: peores condiciones de vivienda, mayor exposición, menor capacidad de protección. Por eso, la crisis climática es también una cuestión de equidad.

¿Cuáles son los grupos de población más vulnerables ante esta situación y qué papel juega aquí la desigualdad social?

Aunque se han logrado avances, la integración del riesgo climático en la planificación sanitaria sigue siendo insuficiente. Además, el propio sector salud tiene una huella ambiental significativa, lo que añade una responsabilidad adicional.

¿Están realmente preparados los sistemas sanitarios para responder a fenómenos como las olas de calor, la contaminación, los eventos extremos o los cambios epidemiológicos asociados al clima?

La resiliencia sanitaria debe entenderse como un proceso de transformación: anticipar riesgos, adaptar infraestructuras y reducir las emisiones del propio sistema sanitario son pilares fundamentales para proteger la salud en un contexto de cambio climático.

¿Qué debería hacer un sistema de salud para ser verdaderamente resiliente frente al cambio climático?

Todavía existe una brecha entre el conocimiento científico y su aplicación en la práctica clínica. Los profesionales sanitarios tienen un papel clave no solo en el tratamiento, sino también en la prevención y en la comunicación del riesgo.

¿Cree que los profesionales sanitarios están suficientemente formados para relacionar medio ambiente y enfermedad en la práctica clínica diaria?

Integrar estos contenidos en la formación médica no es opcional: es una necesidad estratégica. Formar profesionales capaces de entender la relación entre medio ambiente y salud es clave para sistemas sanitarios más eficaces y sostenibles.

Se habla mucho del enfoque One Health. ¿Estamos avanzando de verdad hacia su aplicación práctica o sigue siendo, en parte, un marco más teórico que operativo?

Aunque se han dado pasos importantes, aún queda camino por recorrer. Es necesario avanzar hacia una in-

”

La crisis climática ya está en nuestras consultas. Se manifiesta en el aumento de la mortalidad durante las olas de calor, en el agravamiento de enfermedades respiratorias y cardiovasculares

tegración real entre salud humana, animal y ambiental, superando barreras institucionales y sectoriales.

A menudo se presenta la agenda climática como una carga económica. ¿Cómo respondería a quienes siguen viendo la inversión en salud ambiental como un gasto y no como una política preventiva inteligente?

La acción climática sigue percibiéndose a veces como un coste, pero la evidencia demuestra lo contrario. La contaminación del aire genera enormes costes sanitarios y pérdidas de productividad. Invertir en salud ambiental previene enfermedades, reduce gasto y fortalece la economía.

Si tuviera que lanzar un mensaje directo a los médicos y profesionales sanitarios de Madrid, ¿cuál sería hoy su llamada a la acción?

Los profesionales sanitarios son actores clave en esta transformación. Por su credibilidad y cercanía, pueden traducir la crisis climática en términos comprensibles y movilizadores. Hoy, su papel va más allá del tratamiento: implica también prevenir, informar y liderar. Porque, en definitiva, la crisis climática ya no puede entenderse sin la salud. Y quizá sea precisamente la salud —la experiencia más cercana y universal— la que nos permita actuar con la urgencia y la ambición que este momento exige.



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