

34 Palabra de Médico: 'Sinonimia y polisemia en la jerga popular', '¿Existe el verbo 'incindir'? y 'Orquídea y criptorquidia' **36** Academias de Medicina en Salamanca previas a la RAMSA **43** Ciudad y Medicina: El hospital de San Sebastián **53** Instantes de Vida **58** Salud, Humor y Risa: Sin hogar

SALAMANCA MÉDICA89

Revista Oficial del Colegio de Médicos de Salamanca
Octubre - Diciembre 2025



6 Entrevista a Francisco Blanco Antona, jefe de Cirugía General y del Aparato Digestivo



Demografía médica 2025

Planificar o perder

Un estudio de la OMC desmonta el mito del déficit global de profesionales y señala un problema mucho más complejo: envejecimiento, desigualdad territorial y falta de fidelización



Una carrera de récord

La séptima edición de la carrera 'Corre con tu médico. Juntos por la salud y el deporte' logró completar los 500 dorsales disponibles en una convocatoria

Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Hasta un

45% DTO.

Confianza

S PORQUE
somos
sanitarios



**Seguro
de Automóvil**

Nuevas coberturas y exclusivas ventajas para ti y tu familia:

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

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



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



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

A.M.A.
GRUPO

A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

AmaVida
Seguros de vida para
profesionales sanitarios

A.M.A.
Fundación A.M.A.

A.M.A.
ECUADOR

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

El análisis

Feliz año 2026

Junta Directiva

COMISIÓN PERMANENTE

Presidente

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

Vicepresidenta 1

Dra. D^a. Sara Cascón Pérez-Teijón

Vicepresidente 2

Dr. D. Valentín Alberca Herrero

Secretario

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

Vicesecretaria

Dra. D^a. Sara González Fernández

Tesorera

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

VOCALÍAS

Médicos de At. Primaria Rural

Dr. D. Pablo Baz Rodríguez

Médicos de At. Primaria Urbana

Dra. D^a M^a Auxiliadora Velasco
Marcos

Médicos de At. Especializada y Hospitales

Dra. D^a Gemma Vázquez Casares

Médicos de Medicina Privada

Dr. D. Gumersindo Rodríguez
Vicente

Médicos de Adm. Públicas

Dr.. D. José Antonio Mirón Canelo

Médicos en Formación y/o en Promoción de Empleo

Dr. D. Jesús Martín González

Médicos Jubilados

Dr. D. Victoriano Guinaldo Sanz

Médicos Tutores y Docentes

Dr. D. M. Ángel Delgado Vicente

Un nuevo año comienza y son muchos los motivos de alegría e ilusión que, como médicos, tenemos por delante. También hay problemas, esto es inherente a la propia vida, pero contamos con la capacidad y la exigencia necesarias que nos hicieron llegar a ser médicos, teniendo un “músculo” suficiente para superar cualquier dificultad, por grande que sea. Pero como en todo, es imprescindible estar unidos. Y el Colegio es un punto imprescindible de esta unión, nos aporta mucha fuerza si sabemos emplearlo bien. Y también contamos con los sindicatos médicos, las sociedades científicas y las asociaciones médicas.

Por delante tenemos un año en el que debemos avanzar en el justo equilibrio entre el ejercicio de la profesión y la vida personal/familiar. Cada uno debe cuidar ambos aspectos, pues nuestro bienestar físico, mental y espiritual depende de ello.

Hay que lograr un estatuto laboral justo y bueno, y para ello es imprescindible que sea exclusivo del médico. Este objetivo se logrará con la participación en la “lucha” de todos, cada uno desde su ámbito de influencia y responsabilidad, pero con un objetivo común.

Sabemos que numerosas instituciones y personas están en contra por motivos diversos: políticos, ideológicos, complejos de inferioridad o de superioridad irresponsable... Pero si dentro de la profesión médica nos mantenemos unidos, formaremos una fuerza imparable, nos tendrán que escuchar y podremos negociar con el Ministerio de Sanidad y el Gobierno de la Nación.

Otra de las cuestiones en las que debemos trabajar pasa por evitar caer en la tentación de la tecnología y la IA en la atención clínica de nuestros pacientes. Es muy notoria la creciente queja de usuarios, y de muchos médicos jubilados, por la poca calidad y atención en la relación médico-paciente que algunos profesionales prestan. De siempre, y más en concreto desde la tradición hipocrática, un valor esencial para el que ejerce la medicina asistencial es el interés por la persona enferma y la compasión. Ello supone actitud de escucha, mirando al paciente, tocándolo con un gesto de cercanía y solidaridad, y prestando interés y preocupación por sus problemas. La gran tentación que tenemos, por diversos motivos, de prestar más atención al ordenador o a los múltiples aparatos tecnológicos que tenemos en nuestras consultas y hospitales, pueden secuestrar toda nuestra atención y dejar en segundo plano al paciente. En este asunto, hemos de estar continuamente alerta y escuchando las quejas razonables que nos remitan.

Otro foco de interés requiere avanzar en disminuir la burocracia en nuestro trabajo. Parece mentira que la informatización y la tecnología sean, en muchas ocasiones, una carga más de trabajo en lugar de una ayuda. Nuestros directores y responsables sanitarios deben ponerse las pilas y trabajar más para facilitar el trabajo y no complicarlo. La historia clínica electrónica que tenemos y sus decenas de aplicaciones añadidas, forman un galimatías difícil de entender y muy laborioso a la hora de trabajar.

Finalmente, animaros a todos a formaros y actualizaros en las llamadas herramientas digitales. Actualmente, hay un estupendo curso en la OMC. Pero también el SACYL y las sociedades científicas tienen una oferta importante. Desde el Colegio reclamamos que esta formación sea parte de la jornada laboral y no, como suele ser habitual, a costa de nuestra vida personal y familiar.

Seguro que durante este nuevo año podremos mejorar alguno de estos aspectos. Un abrazo cordial a todos los médicos.



SUMARIO89



6 “El trabajo manual y la inmediatez de la cirugía aún me resultan especialmente estimulantes”

El Dr. Francisco Blanco Antona, jefe de Cirugía General y del Aparato Digestivo del hospital, defiende el sistema sanitario español como el mejor del mundo, y recuerda que la medicina “no deja de ser un arte”



14 Hay médicos, pero falta planificación: Castilla y León ante su mayor reto sanitario

31 Club Deportivo | Récord en la VII Carrera ‘Corre con tu médico’

34 Palabra de Médico | ‘Sinonimia y polisemia en la jerga popular’, ‘¿Existe el verbo ‘incindir?’ y ‘Orquídea y criptorquidia’

36 Desde la RAMSA | Academias de Medicina en Salamanca previas a la RAMSA (I)

38 Medicina para Todos | El suicidio entre los jóvenes. Prevención

40 Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

43 Ciudad y Medicina | El Hospital de San Sebastián

45 Maestros con Historia | Don Víctor Villoria Sánchez

55 Pensamiento poético | ‘La sombra de la duda’ y ‘Día de Difuntos’

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

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

1 / 6

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



NRI: 21453-2022-0555

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

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

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

» Entrevista

“La cirugía es mucho más que operar; la imagen del cirujano frío y altivo no es real”

El Dr. Francisco Blanco Antona, jefe de Cirugía General y del Aparato Digestivo, defiende el sistema sanitario español como el mejor del mundo, pero lamenta la hostilidad que sufren los médicos y aboga por recuperar la atención primaria



Trabajar con las manos y ver la inmediatez del resultado es lo que le atrajo de la cirugía desde el principio y le sigue resultando estimulante. Pero, como defiende Francisco Blanco Antona, jefe de Cirugía General y del Aparato Digestivo del CAUSA, “la cirugía es mucho más que operar”, porque, ante todo, los cirujanos son médicos centrados en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, y también investigadores, volcados en avanzar hacia intervenciones quirúrgicas más precisas, eficaces y seguras. Especialista en cirugía colorrectal, su trayectoria acaba de ser reconocida internacionalmente con la incorporación al Colegio Americano de Cirujanos, un “orgullo” que comparte también con la “gran ilusión” que le ha supuesto recibir el V Reconocimiento Profesional por parte de sus compañeros del Hospital. Considera que la medicina española está en la *Champions League* en todas las especialidades y que nuestro sistema sanitario es el mejor del mundo, pero lamenta profundamente —y no entiende— la creciente hostilidad social hacia los médicos, que se enfrentan, además, a una gran carga asistencial y recursos limitados en algunas áreas. Las nuevas generaciones de médicos y cirujanos son, según defiende, las más preparadas de la historia, pero están perdiendo “un cierto grado de humanización”. Porque más allá de pruebas y tecnología, la “medina no deja de ser un arte”.

Ha recibido el V Reconocimiento Profesional del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ¿Qué se siente cuando una distinción llega directamente de sus propios compañeros?

De los múltiples reconocimientos que puedo haber tenido, es el más gratificante de todos, precisamente por eso, porque se valora el trabajo diario por parte de los compañeros de todas las categorías profesionales. Que se te reconozca no sólo la labor profesional, que es lo que se valora sobre un currículum objetivo, sino también la faceta humana, me hace gran ilusión.

¿Y cambia algo cuando el aval viene justamente de los que trabajan con usted cada día?

Sí, porque son los que realmente te conocen, los que están codo con codo contigo cada día. En la carrera profesional, optas a un examen o a una plaza, envías unos méritos o capacitaciones, pero la parte humana habitualmente es muy desconocida y no se valora. Sin embargo, en este premio tiene más peso, porque deriva del trato diario.

Supongo que habría que preguntarle a ellos, pero ¿qué cree que han visto sus compañeros para elegirle?

Sí, lo tendrían que decir ellos, pero yo creo que el carácter

» Entrevista

humano y la voluntad de conciliar y de respetar a todo el mundo. Habitualmente, los cirujanos tenemos mala fama, porque somos muy vehementes y estamos habituados a mandar. En el quirófano funcionas con órdenes directas y firmes, y eso a veces lo trasladas a otros aspectos de la vida. Pero yo me he ido adaptando. El cambio que supone ser jefe de servicio, y haber pasado previamente por una jefatura de sección, hace que te moderes, que veas las cosas desde varias perspectivas y pongas en valor la necesidad de respetar e integrar a todo el mundo. Este trabajo es similar al engranaje de un reloj suizo y tienen que funcionar todas las piezas. Puedes ser un cirujano muy virtuoso, pero sin la enfermería, los celadores o los auxiliares, tu trabajo no sería posible.

El 4 de octubre se produce su nombramiento como miembro del Colegio Americano de Cirujanos. ¿Qué supone entrar en el que se considera el club mundial más prestigioso de su especialidad?

Es un reconocimiento muy especial, tanto a nivel personal como profesional, un aval internacional que pone en valor toda una trayectoria. Existen distintas vías de acceso al Colegio Americano de Cirujanos: una de ellas es a través de cartas de recomendación, que es muy habitual, y otra mediante la valoración de los méritos curriculares. En mi caso, presenté el currículum para su evaluación y fue aceptado. Este año han sido reconocidos alrededor de 900 cirujanos, la mayoría norteamericanos —ya que para ellos es un requisito obligatorio cumplir estos estándares—, pero solo cinco éramos españoles. Compartir este reconocimiento con profesionales de la talla del catedrático y jefe de servicio del Hospital Virgen del Rocío y con otros tres jefes de servicio supone, sin duda, un motivo de orgullo y prestigio. Además, este nombramiento abre importantes puertas a nivel internacional y actúa como un aval científico para la participación en estudios y publicaciones.

¿Supone una responsabilidad añadida?

Por supuesto. El Colegio Americano de Cirujanos es especialmente riguroso en este sentido: no solo es necesario cumplir unos requisitos mínimos para acceder, sino también mantener los estándares de calidad que han permitido el ingreso. Existe un seguimiento y una cierta monitorización de la



Curriculum vitae

Francisco Blanco Antona

La “inquietud” de su padre, el catedrático Francisco Blanco, experto mundial en Miguel de Unamuno y su referente personal y profesional, hizo que Francisco Blanco Antona (Salamanca, 1977) estudiara la carrera de Medicina en Bruselas, una experiencia vital enriquecedora donde forjó una vocación que había sido muy temprana: desde siempre quiso ser médico y cirujano. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca en 2010, en su ciudad hizo también la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo vía MIR (2003-2008), y tras aprobar la oposición a la primera, pasó cuatro años en el Hospital de Medina del Campo antes de ocupar la jefatura de la Unidad de Cirugía Colorrectal en el Clínico Universitario de Valladolid (años 2017-2018). De vuelta a Salamanca, desde mayo de 2024 es jefe del Servicio en el CAUSA, desde donde compagina su actividad con la docencia en la Universidad y la investigación desde el grupo CANC-31 del IBSAL.

Su pasión temprana y su entrega por la cirugía le han llevado a entrar este año en el club mundial más selecto de cirujanos como *Fellow of the American College of Surgeons (FACS)*. No en vano fue también el primer español con la doble acreditación europea en cirugía colorrectal, el único hasta hace 6 años, tras obtener *The European Coloproctology Fellowship* de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y de la Asociación Española de Coloproctología (AECp) en 2009, y el *European Board Surgical Qualification on Coloproctology (EBSQ-c)* de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) en 2010. Participa activamente en las sociedades científicas de su especialidad y cuenta con una prolífica actividad científica.



» Entrevista

actividad, y se exige una implicación activa, colaborando con el Colegio y participando en actividades científicas y formativas.

Con el orgullo que suponen estos dos reconocimientos, echemos la vista atrás. ¿Recuerda cuándo tomó la decisión de ser médico?

Fue una sorpresa en mi casa, pero es verdad que tengo dos tíos médicos y siempre me gustó la medicina. Con uno de ellos, Guillermo Antona, jefe de la UCI en Salamanca y artífice de poner en marcha este servicio en el Virgen de la Vega, el Clínico y después en la Santísima Trinidad, y estando todavía en el instituto, pasé los veranos en su trabajo, conociendo lo que hacía y cuál era el funcionamiento del hospital. Y ya entonces me di cuenta de que me gustaba lo manual.

¿Tenía claro desde el principio no solo que se iba a dedicar a la medicina, sino también a la cirugía?

Recuerdo querer ser médico siempre. Y luego entré en medicina para ser cirujano, lo vi claro desde el principio. Es verdad que tuve la suerte de poder tener un acercamiento a la profesión incluso antes de entrar en la carrera. Además, estudié en Bruselas, y en el sistema belga todos los alumnos son internos y están muy integrados en el hospital. No está remunerado, forma parte de tu formación, lo que sería aquí el rotatorio de prácticas, y, realmente, cada día era más evidente que quería ser cirujano.

¿Qué le aportó esa experiencia internacional tan temprana?

Es una experiencia que recomiendo a todo el mundo. De hecho, siempre se lo digo a mis residentes: hay que salir fuera, aunque solo sea para contrastar, para ver otras formas de trabajar, aprender idiomas, y hasta lo que no hay que reproducir en nuestra práctica diaria. Viajar y formarte en otros países te

ayuda a relativizar: ni lo haces tan bien como a veces crees, ni tan mal como solemos pensar. En España tendemos a ser bastante pesimistas y a infravalorar lo que tenemos, y esa percepción no siempre es justa. Conocer otros sistemas sanitarios y otras maneras de entender la medicina, pero también otros modos de vida y otras escalas de valores —porque cada sociedad se organiza de forma distinta— te da una visión mucho más global. Esa mezcla de experiencias aporta una gran riqueza personal y profesional, y te da una mayor apertura de miras a la hora de tomar decisiones y afrontar los retos de la práctica clínica.

¿Qué le atrajo de su especialidad frente a otras áreas médicas?

Fundamentalmente, el componente manual de la especialidad: la posibilidad de trabajar con las manos y sentirte útil de una forma muy directa. Todos los médicos aportamos un beneficio al paciente con nuestros tratamientos, pero la cirugía tiene algo diferencial: la inmediatez del resultado, tanto en lo positivo como en lo negativo. Las complicaciones, si ocurren, las sufres de manera inmediata, y eso también forma parte de la responsabilidad del cirujano. Un compañero que trata, por ejemplo, una hipertensión arterial, sabe que está haciendo un gran bien al paciente, pero difícilmente puede “palpar” ese resultado a corto plazo. En cambio, en cirugía el impacto es tangible: llega un paciente con una apendicitis, lo operas y el problema queda resuelto. Esa combinación entre el trabajo manual y la rapidez con la que se materializa el resultado fue lo que me atrajo desde el principio y, a día de hoy, sigue resultándome especialmente estimulante.

¿Quiénes han sido sus grandes maestros o referentes a lo largo de la formación, tanto a nivel personal como profesional?



» Entrevista

Sin duda, mi primer gran referente ha sido mi padre. Por todo: por su capacidad de trabajo, su generosidad, sus valores humanos y por todo lo que me ha inculcado a lo largo de la vida. Mi madre también ha sido fundamental, aunque en el ámbito académico mi padre siempre ha tenido un peso especial, y a día de hoy sigue siendo mi mayor referente personal y profesional. Desde el punto de vista estrictamente profesional, ha habido tres personas que han marcado de manera decisiva mi formación. La primera fue el profesor Santiago Azagra, actualmente en Luxemburgo, y uno de los pioneros de la cirugía laparoscópica. Durante mi etapa como alumno interno, en 1995, tuve la oportunidad de presenciar intervenciones laparoscópicas cuando en España apenas comenzaban a realizarse. Para alguien que ya tenía inquietud por la cirugía, aquello resultaba casi ciencia ficción, y fue absolutamente determinante. Posteriormente, durante mi formación como residente, mi jefe de servicio fue el profesor Alberto Gómez Alonso, una figura clave en mi desarrollo.

“El trabajo manual y la inmediatez de la cirugía me siguen resultando especialmente estimulantes”

De él aprendí la importancia de la disciplina, la organización y el compromiso, no solo con los pacientes, sino también con la investigación y la universidad. Finalmente, ya en una etapa más especializada, el profesor Eduardo García-Granero Ximénez, catedrático recientemente jubilado en Valencia, ha sido el gran maestro que ha marcado mi carrera. Gracias a él me orienté definitivamente hacia la cirugía colorrectal, realicé el *fellowship* bajo su tutela y, una vez asentadas las bases de la cirugía general, fue quien terminó de definir mi manera de ejercer la profesión.

Fue a Valencia justo después de acabar el MIR en Salamanca, y aquella experiencia realmente marcó su camino profesional.

Así es. El Prof. García Granero fue, en realidad, el germen de todo lo que vino después. Tanto en Estados Unidos como en Europa está muy implantado el sistema de *fellowship*, que permite una superespecialización dentro de tu propia especialidad. En España, en aquel momento, no existía nada parecido. La primera experiencia de este tipo surgió gracias a su empeño personal, y se puso en marcha en el Hospital Clínico de Valencia, donde entonces era jefe de sección, con el respaldo de la Asociación Española de Cirujanos y de la Asociación Española de Coloproctología. Yo fui el primer *fellow* de ese programa en 2008 y también el primero en obtener la titulación europea en cirugía colorrectal, el único en España hasta hace 5 ó 6 años con las dos titulaciones en esta subespecialidad.

Desde mayo de 2024 es jefe de Cirugía General del Hospital de Salamanca. ¿Qué ha significado asumir este liderazgo?

Asumir la jefatura ha supuesto entrar de lleno en un ámbito muy distinto, el de la gestión, para el que, sinceramente, no se nos forma como médicos. Aunque siempre he tenido inquietud por este aspecto y previamente realicé cursos de gestión, lo cierto es que existe un déficit importante en este terreno y, en general, somos bastante ignorantes en materia de organización



y dirección. Muchas veces te enfrentas a estas responsabilidades sin haber tenido la previsión —o la oportunidad— de prepararte adecuadamente. Para mí ha sido un reto personal y profesional extraordinario, y lo estoy viviendo con mucha ilusión. Este hospital es mi casa. De hecho, cuando me presenté al proceso selectivo y la directora gerente nos preguntó por nuestra motivación, lo tuve muy claro. Le dije que la mía era sencilla: nací aquí, me formé aquí, aquí se van a operar mis vecinos y quiero que este hospital funcione bien. Eso es lo que me mueve cada día. Además, es un reto especialmente estimulante y motivador, porque el servicio es excepcional. Contamos con un equipo humano y profesional magnífico: 31 adjuntos y 14 residentes de Cirugía General, con un nivel altísimo, tanto en lo profesional como en lo personal. Evidentemente, en el día a día surgen problemas; es una actividad muy intensa y exigente, y era necesario introducir un mayor grado de organización. Ha sido un proceso costoso, sin duda, pero enormemente gratificante.

¿Cuántos pacientes se operan cada año?

Estamos realizando una media de 120-150 intervenciones quirúrgicas a la semana, que serían unas 6500-7000 cirugías al año, lo que da una idea del enorme volumen de actividad que manejamos, y somos el hospital que más cirugías robóticas realiza al año en Castilla y León. Nuestro hospital es el único de cuarto nivel de la comunidad, y eso se refleja tanto en la carga asistencial como en el tipo de prestaciones que ofrecemos. Además, disponemos de un CSUR de trasplante de páncreas, integrado en la Unidad de Cirugía Hepática y Trasplante, que es centro de referencia nacional. También somos referencia para

» Entrevista



las provincias limítrofes, como Ávila y Zamora, en ámbitos de alta complejidad, como la cirugía pélvica compleja, la cirugía de la carcinomatosis peritoneal, la coloproctología y el tratamiento del cáncer de esófago y estómago. Todo ello nos convierte en un centro de excelencia, con la particularidad de que asumimos no solo la carga asistencial propia de un hospital provincial, sino también la atención de referencia y la cirugía de alta complejidad para una parte muy significativa de la comunidad autónoma.

¿Y qué necesitan para seguir en ese camino de excelencia?

En gran medida, los recursos nos están llegando. A corto plazo vamos a contar con una segunda plataforma de cirugía robótica, que ya no es una apuesta de futuro, sino una realidad plenamente integrada en la práctica clínica actual. Evidentemente, siempre es necesario seguir solicitando mejoras para no quedarse atrás, pero lo cierto es que la dotación material de este hospital es extraordinaria. En los últimos años se ha realizado una inversión muy importante, tanto en cantidad como en calidad de recursos. Disponemos del mejor equipamiento en prácticamente todas las áreas y seguimos incorporando nuevas tecnologías. Un ejemplo de ello es la próxima implantación de programas como la anoscopia de alta resolución para la detección precoz del cáncer anal, una prestación que actualmente no se ofrece en ningún otro centro de la comunidad. Casi en tono de broma diría que negaré haber dicho esto, pero no puedo quejarme, porque la dotación es excepcional y el hospital ofrece unas condiciones magníficas para seguir avanzando en este camino de excelencia.

A día de hoy es un referente nacional e internacional en cirugía, ¿cómo ha sido el camino? ¿Lo tenía planificado o ha sido fruto del trabajo del día a día?

Ha sido un camino construido día a día, con muchos altibajos

y bastante más duro de lo que uno imagina al empezar. Nada ha sido lineal ni estaba planificado. En todo ese recorrido, mi principal referente y apoyo ha sido siempre mi padre. Partía además de una situación particular: venía del sistema belga, mucho más práctico y sin MIR, y adaptarme al modelo español, muy centrado en lo teórico y en el examen, no fue sencillo, más aún habiendo estudiado la carrera en otro idioma. Superar el MIR fue el primer gran reto. Tras la residencia, finalicé el fellowship, realicé el board europeo y obtuve plaza en la primera oposición a la que me presenté, fruto del trabajo y el sacrificio. Eso me llevó a Medina del Campo durante cuatro años, una etapa muy enriquecedora en un hospital comarcal que considero vital para cualquier médico, y especialmente para un cirujano. Además, Medina del Campo ha sido un centro puntero en cirugía laparoscópica, lo que hizo que la experiencia fuera todavía más valiosa. Posteriormente fui jefe de sección en el Hospital Clínico de Valladolid, donde tuve mi primer contacto con la gestión y logramos la acreditación ISO de la unidad de coloproctología, la primera y única en España. Más tarde regresé a Salamanca, y aquí estoy ahora. Mirando atrás, nada estuvo planificado: ha sido el trabajo constante y la capacidad de asumir oportunidades lo que ha marcado el camino.

¿Cómo definiría el momento actual de la cirugía general?

Si tuviera que definir el momento actual de la cirugía general con una palabra, sería innovación. Hemos pasado de una cirugía muy generalista, con pocos recursos y técnicas limitadas, a una cirugía altamente especializada. Hoy no solo hablamos de cirujanos generales, sino de especialistas en áreas muy concretas, incluso dentro de un mismo servicio. Esta evolución va ligada a un enorme desarrollo tecnológico. La cirugía robótica, la inteligencia artificial y la consolidación de la laparoscopia han transformado

» Entrevista

nuestra forma de trabajar. La tecnología avanza a un ritmo vertiginoso y es imprescindible adaptarse. Por eso vivimos una etapa de innovación constante y superespecialización, sobre todo en centros de alta complejidad como el nuestro.

¿Y que nos espera? Porque ya estamos viendo que se puede operar a miles de kilómetros de distancia...

Estamos viendo que la cirugía a distancia es técnicamente posible, pero todavía existen limitaciones importantes. Sigue habiendo un pequeño desfase entre el gesto que realiza el cirujano y lo que la máquina ejecuta, y ante una iatrogenia en quirófano, los segundos pueden ser determinantes para la vida del paciente. Más allá de esta posibilidad, lo verdaderamente relevante de la innovación es lo que aporta en términos de seguridad y calidad de vida del paciente. Antes el objetivo principal era salvar la vida: extirpar el tumor, resolver la patología. Pero actualmente no solo buscamos curar o tratar la enfermedad, sino que el paciente salga del proceso quirúrgico con la mejor calidad de vida posible, con menos secuelas y con una recuperación más rápida. Y todo ello mediante procedimientos cada vez más seguros y con la tecnología como aliada fundamental. La cirugía robótica es un buen ejemplo: permite realizar técnicas similares a las de la laparoscopia, pero con un mayor grado de precisión y seguridad, mayor comodidad tanto para el paciente como para el cirujano y, en consecuencia, una menor tasa de complicaciones. Ese es el verdadero futuro de la cirugía.

¿Cuáles son los principales retos que afronta la especialidad?

Uno de los principales retos es precisamente la superespecialización. Aunque la Cirugía General tiene una particularidad: es muy amplia, y su ejercicio depende mucho del entorno en el que trabajes. En un hospital comarcal, el cirujano general lo es en el sentido pleno del término: atiende desde patología abdominal hasta traumatismos torácicos o vasculares, y para eso nos formamos, con una base troncal muy sólida, durante los cinco años de residencia. En hospitales grandes ocurre casi lo contrario. Yo ya no ejerzo como cirujano general, sino como superespecialista, pero si estoy de guardia, tengo que hacer de todo. Como decía un gran cirujano, “vamos camino de ser especialistas por la mañana y cirujanos generales por la tarde y la noche”. Esa es la realidad en centros como el nuestro.

Los cirujanos siempre aparecen en series y películas como los héroes infalibles que te salvan la vida al límite. No sé si esa imagen se corresponde con la realidad.

Los cirujanos somos médicos y cirujanos, y esto no hay que

perderlo de vista. Debemos conocer muy bien la patología y a esto se suma la parte técnica, que hay que dominar: en un quirófano no hay tiempo para consultar libros, hay que saber qué hacer y tomar decisiones en el momento. La imagen cinematográfica de las películas no deja de ser eso, pero es verdad que en muchos casos somos la última línea de defensa. Si hay complicaciones de orden médico, el último recurso es el cirujano, y así debe de ser.

En el caso del cáncer, si es operable, parece que hay más esperanza.

En el cáncer también estamos viendo un cambio de paradigma. Un buen ejemplo es el cáncer de pulmón: la excelente respuesta que se está obteniendo con la inmunoterapia hace que hoy lleguen muchos menos casos a la cirugía. A medida que los tratamientos médicos avanzan, las intervenciones quirúrgicas tienden a ser menos frecuentes y menos agresivas. Ya ocurrió en su momento con las úlceras: en la época del profesor Alberto Gómez Alonso se operaban de forma habitual, pero con la

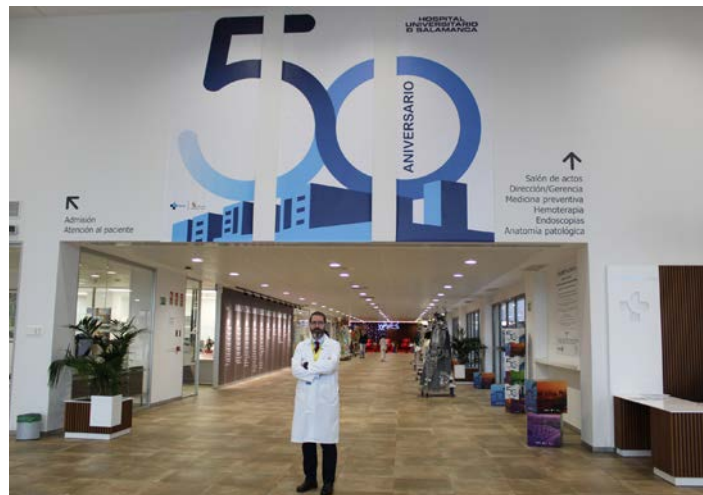
llegada de fármacos como la ranitidina y, posteriormente, los inhibidores de la bomba de protones, prácticamente han desaparecido de los quirófanos. Por eso la cirugía sigue siendo, en muchos casos, el último recurso. En ese sentido, esa imagen del cirujano como “salvador final” tiene parte de realidad y explica por qué la cirugía nunca va a desaparecer, ni en las complicaciones graves ni en el tratamiento de muchos tumores.

¿Qué le gustaría que la sociedad supiera del trabajo real de un cirujano?

Para empezar, que la cirugía es mucho más que operar. La imagen que existe del cirujano frío, altivo o superior no es real. Los cirujanos operamos, es una gran parte de nuestro trabajo, pero también tenemos actividad en hospitalización, como cualquier otro médico, pasamos consulta y, además, en un centro de alto nivel como el nuestro, hacemos muchísima investigación. En definitiva, somos médicos, docentes, investigadores y, además, operamos.

¿Qué le llevó a especializarse en la cirugía colorrectal?

De inicio es una especialidad que me atrajo porque tiene muchísima patología asociada. Pero también muchas decisiones profesionales vienen marcadas por las personas con las que te cruzas en el camino, y en mi caso fue clave Eduardo García-Granero, entonces jefe de sección de Cirugía Colorrectal y posteriormente jefe de servicio en La Fe de Valencia. Él me transmitió la pasión por la coloproctología. Es cierto que la proctología está bastante denostada: al principio, cuando eres residente, patologías como las hemorroides no resultan especialmente atractivas. Sin embargo, es una patología muy frecuente. Siempre se lo digo a los residentes: basta con ver



» Entrevista

los anuncios de televisión de pomadas antihemorroidales o productos para el estreñimiento. Es algo que la población sufre mucho, literalmente en silencio, y necesita soluciones eficaces. Cuando entiendes eso y dominas la técnica, es una cirugía muy agradecida. Los pacientes lo valoran enormemente, y contar con un buen proctólogo es fundamental. Más allá del cáncer de recto, que es el paradigma de la cirugía colorrectal, incluso la patología más básica tiene un impacto enorme en la calidad de vida.

¿Cómo ha evolucionado esta cirugía de colon y recto?

Ha cambiado por completo. El primer gran cambio ha sido el enfoque: antes el cirujano trabajaba de forma más aislada, y hoy las decisiones son multidisciplinarias. En cáncer colorrectal, el tratamiento se decide de forma colegiada junto a oncólogos, radioterapeutas, radiólogos y anatomopatólogos, siempre con criterios científicos bien establecidos. El segundo gran salto ha sido el abordaje quirúrgico. La cirugía mínimamente invasiva, primero con la laparoscopia y ahora con la robótica, ha transformado radicalmente los resultados, sobre todo en términos de morbilidad. Antes las cirugías eran mucho más agresivas, con más dolor, más complicaciones y recuperaciones muy largas.

“Además de mejorar hábitos, el gran reto frente al cáncer de colon está en participar en los cribados”

Gracias a la mínima invasión se han podido implantar protocolos como el Fast-Track, que optimizan todo el proceso perioperatorio: una mejor preparación preoperatoria, una cirugía menos agresiva y un postoperatorio activo, en el que el paciente se levanta y come el mismo día. A todo esto se suman los avances en oncología. En cáncer de recto, hoy muchos pacientes reciben quimioterapia y radioterapia antes de la cirugía, lo que nos permite un mejor control de la enfermedad y mejores resultados a largo plazo. No tiene nada que ver con lo que hacíamos cuando empecé la residencia y, afortunadamente, los grandes beneficiados son los pacientes.

El cáncer de colon es el más diagnosticado en España, con casi 45.000 casos estimados en 2025. ¿Por qué está aumentando tanto su incidencia, incluso en gente joven?

Es un fenómeno claramente multifactorial. No hay una única causa. Por un lado, diagnosticamos más y antes, porque se realizan muchas más endoscopias y disponemos de mejores pruebas diagnósticas, lo que permite detectar tumores en fases más precoces. En ese sentido, los programas de cribado son fundamentales, aunque aun así la incidencia sigue aumentando. Influyen también factores relacionados con el estilo de vida: la alimentación, los hábitos y el ritmo de vida actual son muy distintos a los de hace años y tienen un papel muy importante. Además, cada vez conocemos mejor el componente genético de los tumores, un campo en el que se está investigando intensamente y que probablemente nos ayudará a entender mejor este aumento de los casos, especialmente en pacientes jóvenes.

¿Y qué podemos hacer como sociedad para prevenirlo? ¿Menos estrés y menos ultraprocesados?

Eso, sin duda, pero más allá de la prevención, lo fundamental es el diagnóstico precoz. Hoy disponemos de herramientas muy eficaces para tratar el cáncer de colon, y detectarlo a tiempo marca la diferencia. Todo el mundo tiene muy interiorizado el cribado del cáncer de mama, pero no ocurre lo mismo con la prueba de sangre oculta en heces, que es sencilla, se hace en casa y no es cruenta. A pesar de ser el cáncer más frecuente, existe poca concienciación social al respecto. Poner en valor estos programas de cribado es clave, porque permiten detectar la enfermedad en fases iniciales, cuando el tratamiento es mucho más eficaz y, en muchos casos, curativo. De hecho, con detección precoz muchos pacientes se curan solo con cirugía, y otros ni siquiera llegan a operarse, porque el pólipo se reseca por endoscopia. Por eso, además de mejorar hábitos de vida, el gran reto como sociedad es tomar conciencia y participar activamente en los programas de cribado.

Es el investigador principal del grupo CANC-31 del IBSAL y, precisamente, entre otros proyectos, están involucrados en una red de hospitales a nivel internacional para identificar por qué está aumentando el cáncer colorrectal en menores de 50 años.

Nuestro objetivo principal es identificar alteraciones genéticas que puedan predisponer a desarrollar el tumor, para poder diagnosticarlo de manera precoz. Tomamos muestras de sangre y del tumor para analizarlas, y también estudiamos factores ambientales o nutricionales que puedan influir. Se trata de un enfoque similar al que ya existe en trastornos genéticos como la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) o mutaciones BRCA en cáncer de mama: se busca predecir quién tiene riesgo de



» Entrevista

desarrollar la enfermedad. La fase siguiente del proyecto apunta a determinar, además, si un tumor será más o menos agresivo y cómo responderá a tratamientos médicos, o si será necesaria cirugía desde el inicio.

¿Qué otras investigaciones destacaría en el servicio?

Con mucho orgullo estamos desarrollando un proyecto liderado por uno de nuestros adjuntos jóvenes, el doctor Jaime López, que es una de las grandes promesas de la cirugía salmantina. Se trata de un ensayo clínico sobre el uso del verde de indocianina, un colorante fluorescente seguro, que ahora entra en su segunda fase. Este colorante se administra por vía intravenosa y nos permite visualizar estructuras y tejidos en tiempo real mediante luz infrarroja, lo que hace posible una cirugía de precisión: seccionamos exactamente lo que necesitamos sin dañar tejidos adyacentes, aumentando la seguridad del paciente y reduciendo complicaciones. Tiene varias aplicaciones prácticas. Permite valorar la perfusión de los órganos y detectar problemas de riego o sangrados ocultos de manera inmediata. También se puede usar para detectar lesiones hepáticas, ya que al inyectarlo el día anterior, el colorante se excreta por vía biliar y resalta posibles metástasis o lesiones. Además, es muy útil en la cirugía de la vía biliar, por ejemplo, en colecistectomías, ya que nos ayuda a visualizar claramente la anatomía y evitar lesiones. Nos sentimos muy orgullosos, porque nuestro servicio fue el promotor del primer ensayo en España y hemos elaborado unas pautas sobre dosis y momento de administración, que se están aplicando a nivel nacional y parcialmente en Europa.

Profesor en la Universidad de Salamanca y tutor de los MIR en el hospital. ¿Cómo ve a los futuros médicos y cirujanos?

Por un lado, es la generación probablemente más preparada de la historia, y muy adaptada a las nuevas tecnologías, pero, por otro, creo que ha perdido un cierto grado de humanización. La medicina clásica que a mí me enseñaron se está perdiendo, y ahora la práctica clínica se basa mucho en pruebas y en tecnología. Pero la medicina es algo más, no deja de ser una ciencia y un arte, porque integra técnica y humanidad, con vocación, conocimientos y empatía. En ese sentido creo que hay reorientar a las nuevas generaciones, pero reconociendo su alto nivel de preparación.

Quizá está cambiando la motivación por la que los jóvenes llegan a la medicina...

Sin duda, este aspecto ha tenido una gran influencia. Es verdad que en nuestro hospital tenemos un sesgo muy importante, porque muchos de nuestros compañeros que tienen hijos en edad universitaria están estudiando medicina, lo han visto en casa y esa situación no deja de ser un reflejo para ellos. Pero, en general, sí estamos viendo médicos jóvenes que a lo mejor se han equivocado. Y la medicina tiene muchísimo de vocacional.

¿Cómo valora el nivel de los estudios de medicina en España?

El nivel de los médicos españoles es extraordinario y, cuando uno sale fuera, se da cuenta de que no tenemos nada que envidiar a otros países. Por ejemplo, en técnicas quirúrgicas, en congresos internacionales como el del American College of Surgeons, ves lo que hacen en Estados Unidos y, muchas veces, es igual o incluso inferior a lo que hacemos aquí. El principal déficit histórico era



la parte práctica, pero poco a poco se va solucionando, y nuestra Facultad de Medicina ofrece una formación de gran calidad.

Buena formación, vocación, entrega, pero los médicos cada vez se sienten más maltratados, ¿qué está pasando?

Es una gran pregunta y, sinceramente, no tengo una explicación clara. Me da mucha pena la forma en que a veces se nos trata. Creo que la sociedad nos juzga injustamente. Cuando ocurre una complicación, obviamente hay que dar explicaciones, pero siempre les digo a los familiares: ¿creen que esto es intencionado? El cirujano ha salido de su casa con la intención de curar a su ser querido. La técnica puede fallar, pero nunca hay mala intención. La hostilidad social hacia los médicos me resulta difícil de entender. No pretendemos ser héroes, ni es nuestro objetivo, pero sí creo que merecemos un cierto reconocimiento. En otros países donde he trabajado, he vivido un respeto profundo hacia los médicos, y creo que en España se ha ido perdiendo.

Han pasado de héroes a villanos en poco tiempo...

Sí, parece que ha sido prácticamente instantáneo y, sinceramente, lo veo difícilmente recuperable. No entiendo la hostilidad social ni a qué obedece. No es cierto, por ejemplo, lo que se dice sobre lo que puede ganar un médico en España. Y aunque lo fuera, ¿cómo podemos aplaudir a un futbolista que gana millones por dar patadas a un balón y, sin embargo, juzgar negativamente a alguien que ha dedicado seis años de estudio en la carrera, un año para preparar el MIR y al menos cuatro años más de formación especializada, solo para poder ayudar a los demás? Nos levantamos cada día con el objetivo de cuidar a los pacientes, ya sea mediante tratamientos médicos o quirúrgicos, y esa es la base de nuestro trabajo. No entiendo ni me resulta fácil de asimilar que alguien que hace eso pueda ser tratado con tanta hostilidad.

¿Cree que pesa más esa hostilidad social que sus condiciones laborales, la carga asistencial o la falta de recursos detrás de los

» Entrevista

problemas de salud mental cada vez más frecuentes entre nuestros médicos?

Todo cuenta, y muchos de los problemas de salud mental que menciona vienen de ahí. La presión asistencial es excesiva, y tenemos problemas de recursos en algunas áreas del sistema sanitario. Cuando yo era residente teníamos dos quirófanos al día, a veces tres, y uno o dos pacientes por quirófano. Ahora funcionamos con siete u ocho quirófanos diarios, con tres o cuatro pacientes de media, y eso se nota. La carga de guardias es muy intensa, y ni hablar del trabajo de los compañeros de urgencias: con una media de 350 pacientes diarios. Tenemos problemas de recursos y de remuneración, pero lo más importante es tener claro cuál es nuestro trabajo: estar aquí para los pacientes. Cualquier reivindicación que hagamos tiene una parte legítima propia, pero sobre todo beneficia a los pacientes. Lo hacemos por ellos.

¿En qué punto se encuentra la medicina en España?

La medicina en España está en la *Champions League* de la medicina en el mundo. Somos punteros y tenemos referentes internacionales a todos los niveles y en todas las especialidades. Por suerte, yo he conocido otros sistemas sanitarios, y el nuestro es, sin duda alguna, el mejor de todos ellos: por la dedicación de los facultativos, por su formación, por los medios que tenemos y por la accesibilidad de la población a la sanidad. Se pone siempre de paradigma a EEUU, y este país tiene una calidad extraordinaria, pero solo si cuentas con un seguro médico privado muy potente. Aquí el que tiene más dinero también puede elegir operarse en una clínica privada, pero en la pública damos atención de calidad a todo el mundo. Es verdad que hay listas de espera, no tenemos respuesta inmediata para todos y debemos priorizar, porque los recursos han mejorado, pero no son infinitos.

¿Qué cambios urgentes cree que debería asumir el sistema sanitario para que no se resquebraje?

Creo que cualquier cambio urgente debe empezar por los cimientos, y en la sanidad esos cimientos son la atención primaria. Hay que ponerla en valor, porque ha estado muy denostada. Los médicos de primaria son profesionales especialistas altamente formados, mucho más que “el médico de cabecera” que muchos piensan; son quienes filtran, derivan correctamente, tratan, hacen cribado y detección precoz. Si la primaria funciona bien, todo el sistema funciona mejor: urgencias, hospitales y especialidades. Es la base, y merece refuerzo, reconocimiento social e institucional, sobre todo en el medio rural, donde trabajan con pocos recursos y gran dedicación. Además, necesitamos campañas de concienciación social. Muchos pacientes esperan soluciones inmediatas sin implicarse y cambiar hábitos dañinos que son cruciales en su recuperación, como fumar, beber, perder peso, cambiar rutinas. La sanidad puede ofrecer herramientas y apoyo, pero el paciente tiene que poner de su parte. Por ejemplo, en cirugía de la obesidad implementamos programas de prehabilitación, nutrición y ejercicio, pero la persona tiene que querer y saber “circular por la autopista” que le ponemos. La cultura de “que me lo den hecho” es un problema; concienciar a la población sobre su papel activo en la salud nos ayudaría mucho a mantener un sistema sanitario fuerte y sostenible.



El decálogo

Un libro. *El arte de la guerra*, de Sun Tzu. Destaca valores humanos como la sinceridad, el autoconocimiento o la valentía, y ofrece enseñanzas sobre estrategia, organización, liderazgo y toma de decisiones que mantienen plena vigencia después de 25 siglos.

Un disco o canción. Soy muy rockero. *Sultans of swing*, de Dire Straits, o alguna de Bruce Springsteen.

Una película. *El Padrino*, de Francis Ford Coppola. Amirable por su construcción del liderazgo, la lealtad y el sentido de la responsabilidad.

Un plato. El cocido castellano casero hecho por mi madre con calma y compartido en familia es imbatible.

Un defecto. Exigirme en algunos casos más de lo que puedo hacer, con la impaciencia añadida de pretender hacer siempre las cosas pronto y bien.

Una virtud. La constancia en el trabajo bien hecho, día a día, incluso cuando nadie lo ve.

Una cualidad que valora en los demás. La lealtad sincera y la confianza mutua como pilar esencial en la vida, teniendo especial relevancia en el trabajo profesional, donde la cohesión, confianza y entrega de todo el Servicio de Cirugía es fundamental para garantizar la calidad asistencial.

Un sueño. A nivel general, que la cirugía y la medicina sigan avanzando sin dejar atrás la esencia humana del cuidado. Y, a nivel personal, consolidar un servicio que combine excelencia técnica, capacidad docente e innovación y progresar en la docencia universitaria.

Una religión. Más que una religión concreta, creo en los valores del respeto, la responsabilidad y la vocación de servicio hacia la sociedad.

Un chiste.

—Doctor, he venido porque me duele cuando hago esto.

—Entonces procure no hacerlo.

Demografía médica - Análisis



Hay médicos, pero falta planificación: Castilla y León ante su mayor reto sanitario

El Estudio de Demografía Médica 2025 desmonta el mito del déficit global de profesionales y señala un problema mucho más complejo: envejecimiento, desigualdad territorial y falta de fidelización. Ninguna comunidad encarna mejor este desafío que Castilla y León

España no sufre, en términos globales, una escasez de médicos. Con 275.963 profesionales colegiados en activo y una densidad de 439 médicos por cada 100.000 habitantes, el país se sitúa por encima de la media europea y ocupa el undécimo puesto de la Unión Europea. Sin embargo, el Estudio de [Demografía Médica 2025](#) de la Organización Médica Colegial (OMC) subraya que esta fotografía general oculta profundas desigualdades internas.

El verdadero problema no es cuántos médicos hay, sino dónde están, cuántos años tienen y cuánto tiempo permanecerán en el sistema. La distribución territorial, el envejecimiento acelerado de la profesión y la dificultad para atraer y retener talento configuran un escenario especialmente preocupante en comunidades extensas, rurales y envejecidas. Entre todas ellas, Castilla y León destaca como el caso más paradigmático.

Castilla y León: por encima de la media con matices

El riesgo de interpretar de forma aislada los datos por habitante es especialmente alto en comunidades extensas. En Castilla y León, una ratio aparentemente favorable es compatible con consultorios con cobertura mínima, profesionales itinerantes y dificultades crecientes para garantizar continuidad asistencial. El informe subraya que la planificación sanitaria no puede desligarse de variables como la extensión territorial, la dispersión poblacional y el envejecimiento, factores que aquí actúan de forma simultánea.

Castilla y León figura entre las ocho comunidades autónomas que superan la media nacional de médicos por habitante. A primera vista, el dato podría interpretarse como positivo. Sin embargo, cuando se introduce la variable territorial, el diagnóstico cambia radicalmente.

Demografía médica - Análisis

Con una de las mayores extensiones geográficas del país y una población muy dispersa, Castilla y León presenta una de las densidades de médicos por kilómetro cuadrado más bajas de España (0,15), solo por delante de Aragón y Extremadura. Este desequilibrio tiene consecuencias directas sobre la accesibilidad, la continuidad asistencial y la sobrecarga profesional, especialmente en el medio rural. Las provincias más extensas y despobladas concentran los mayores déficits. Zamora, Soria o Ávila figuran entre las que menos médicos tienen en relación con su superficie, mientras que Salamanca comparte este patrón de baja densidad, a pesar de su peso histórico como provincia formadora.

Salamanca: formar médicos... para perderlos

Salamanca es uno de los ejemplos más claros de la paradoja del sistema. Con más de 3.000 médicos colegiados en activo y una de las facultades de Medicina más antiguas y prestigiosas del país, la provincia desempeña un papel clave en la formación médica. Sin embargo, el estudio revela que Salamanca es también una de las provincias con peor saldo migratorio médico, con una pérdida neta de 330 profesionales.

Este dato sitúa a Salamanca entre las principales provincias "exportadoras" de médicos, solo por detrás de grandes polos urbanos como Barcelona. La conclusión es clara: el sistema forma médicos, pero no consigue retenerlos, ni siquiera en territorios con tradición académica y sanitaria consolidada.

Este fenómeno plantea una cuestión incómoda: ¿quién se beneficia realmente del esfuerzo formativo de territorios como Salamanca? La provincia invierte recursos, capacidad docente y estructura sanitaria en formar médicos que, en muchos casos, desarrollan su carrera profesional fuera. El estudio sugiere que sin políticas de fidelización específicas, las provincias formadoras corren el riesgo de convertirse en eslabones débiles de una cadena que favorece la concentración del talento en otros territorios.

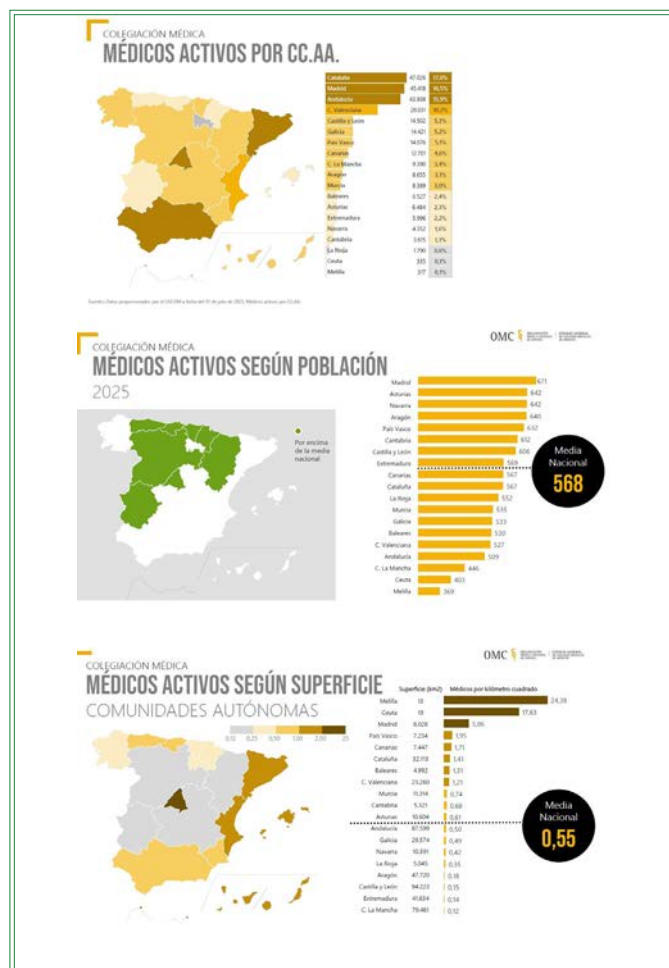
El envejecimiento: la gran amenaza silenciosa

Si hay un factor que convierte el reto de Castilla y León en crítico es el envejecimiento de su plantilla médica. Mientras que en España el 36,1% de los médicos tiene más de 55 años, en Castilla y León esta proporción supera el 41%, situándola, junto a Asturias y Aragón, como la comunidad más envejecida desde el punto de vista profesional.

La media de edad de los médicos en activo en la Comunidad es sensiblemente superior a la nacional (47,5 años), y varias de sus provincias se sitúan entre las más envejecidas del país. Salamanca vuelve a aparecer en este grupo, anticipando un impacto severo de las jubilaciones en los próximos diez años.

El informe estima que uno de cada cuatro médicos en activo se jubilará antes de 2035. En comunidades como Castilla y León, esta transición generacional se producirá de forma más intensa y rápida, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema si no se actúa con urgencia.

Más allá del volumen de jubilaciones previstas, el envejecimiento plantea un problema organizativo inmediato: la pérdida de experiencia clínica y de capacidad docente. En comunidades como Castilla y León, donde el relevo generacional es más lento, este fenómeno amenaza también la transmisión de conocimiento y la sostenibilidad de los equipos sanitarios. El



COMUNIDADES AUTÓNOMAS. Los gráficos muestran los médicos activos por CCAA, según la población y según la superficie, con importantes diferencias territoriales.

informe alerta de que retrasar la respuesta a este desafío puede provocar vacíos difíciles de cubrir incluso con un aumento de plazas formativas.

Feminización y nuevas dinámicas profesionales

El relevo generacional llegará, además, en un contexto de profunda transformación del perfil profesional. Las mujeres ya representan el 59,3% de los médicos en activo y el 71% del alumnado de Medicina. Castilla y León se sitúa ligeramente por encima de la media nacional en feminización, y Salamanca refleja esta tendencia con una distribución prácticamente paritaria.

Este cambio estructural exige adaptar el sistema sanitario a nuevas demandas de conciliación, estabilidad y desarrollo profesional. En territorios rurales o con alta dispersión geográfica, la falta de estas condiciones puede convertirse en un factor adicional de fuga de talento. El informe insiste en que la feminización no debe abordarse como un problema, sino como una oportunidad para modernizar el sistema sanitario. Sin

Demografía médica - Análisis

embargo, advierte de que sin estabilidad contractual, desarrollo profesional y medidas reales de conciliación, el sistema corre el riesgo de expulsar talento femenino de los territorios más exigentes. En comunidades rurales y envejecidas, esta adaptación resulta especialmente urgente.

Movilidad: una sangría constante

Desde 1997, casi uno de cada cinco médicos ha cambiado de provincia para ejercer. La movilidad se concentra especialmente entre los 35 y los 54 años, es decir, en las etapas de mayor productividad profesional.

Castilla y León presenta un saldo neto negativo de movilidad, perdiendo médicos hacia otras comunidades más atractivas desde el punto de vista laboral y vital. Salamanca, Valladolid y León figuran entre las provincias con mayores pérdidas relativas.

La movilidad no es un fenómeno negativo en sí mismo, pero cuando se produce de forma sistemática desde territorios rurales hacia grandes áreas urbanas o costeras, se convierte en un factor de desequilibrio estructural. La movilidad se ha convertido, en muchos casos, en una estrategia individual de supervivencia profesional. Jornadas más asumibles, contratos más estables o mejores expectativas de carrera explican por qué los médicos más jóvenes tienden a abandonar determinados territorios. El estudio señala que, sin corregir estas asimetrías, la movilidad dejará de ser una opción y pasará a ser una obligación para quienes quieran desarrollar una carrera profesional completa.

España es el país del mundo con más facultades de Medicina por habitante. Sin embargo, el incremento de plazas —especialmente en universidades privadas— no se traduce automáticamente en una mejor cobertura asistencial. Castilla y León dispone de capacidad docente y hospitalaria, pero tiene dificultades

para atraer y retener residentes, sobre todo fuera de los grandes núcleos urbanos. Muchos médicos que se forman en la Comunidad acaban desarrollando su carrera en otros territorios. El Estudio insiste en la necesidad de ajustar dinámicamente la oferta MIR a las jubilaciones previstas y a las necesidades reales de cada territorio, con especial atención a la llamada “España vaciada”.

Las proyecciones demográficas del INE dibujan un futuro especialmente complejo para Castilla y León. La Comunidad perderá población en términos absolutos y relativos hasta 2039, y será una de las regiones más envejecidas de Europa.

Esta evolución implica una paradoja sanitaria: menos habitantes, pero más demanda asistencial, más cronicidad y mayor necesidad de cuidados continuados, todo ello con menos médicos disponibles si no se actúa con anticipación.

Las propuestas: una hoja de ruta imprescindible

Consciente de este escenario, la OMC plantea una serie de propuestas que resultan muy relevantes para Castilla y León:

- Pacto de reposición en el Consejo Interterritorial, que coordine la planificación entre comunidades y evite competir por los mismos profesionales.
- Ajuste flexible de la oferta MIR, vinculado a jubilaciones reales, necesidades territoriales y capacidad docente.
- Incentivos económicos, fiscales y profesionales para zonas rurales y de difícil cobertura.
- Estabilidad laboral y carrera profesional homogénea, como herramientas clave de fidelización.
- Impulso decidido de la telemedicina, la inteligencia artificial y las nuevas tecnologías, para compensar la dispersión geográfica sin perder calidad asistencial.



AVISO DESDE LOS COLEGIOS. Santiago Santa Cruz, junto a José María Rodríguez, en la toma de posesión de la junta directiva del COMSAL en septiembre, ya alertaba en su discurso de la necesidad de una mejor planificación en el sistema sanitario.

Demografía médica - Análisis y valoración

• Políticas activas de igualdad y liderazgo femenino, adaptando el sistema a la nueva realidad profesional.

El Estudio de Demografía Médica 2025 lanza un mensaje claro: el futuro del sistema sanitario no se juega en el número total de médicos, sino en su distribución, edad y condiciones de ejercicio. Castilla y León concentra todos los factores de riesgo y, al mismo tiempo, todas las razones para convertirse en un laboratorio de soluciones.

Lo que está en juego no es solo la cobertura sanitaria de una comunidad, sino el principio de equidad territorial del Sistema Nacional de Salud. Resolver el reto de Castilla y León es, en realidad, resolver uno de los grandes desafíos estructurales de la sanidad española.

Valoración desde el Colegio de Médicos de Salamanca

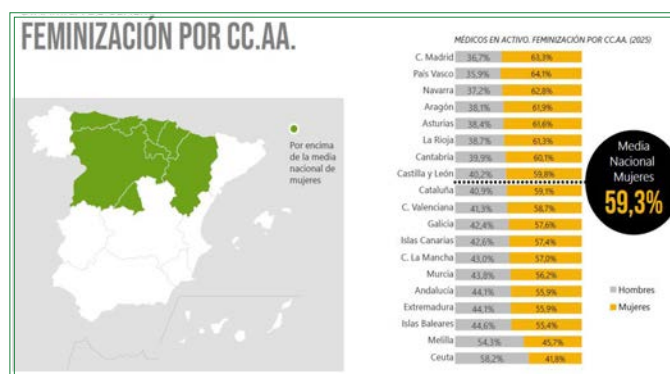
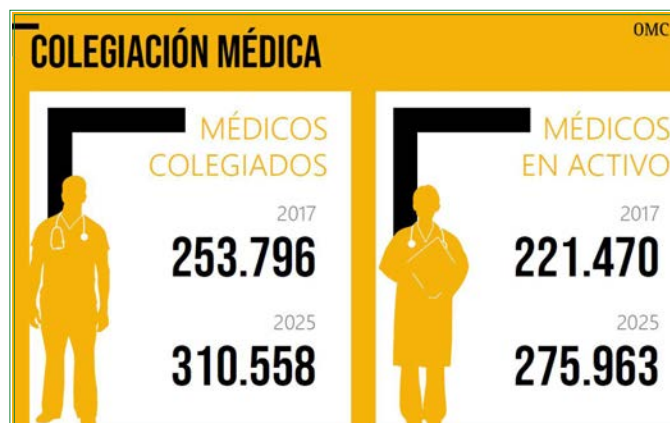
Ante esta realidad, el presidente del Colegio de Médicos de Salamanca, el Dr. Santiago Santa Cruz, añade incluso un dato todavía más esclarecedor: “El incremento de población en España desde 2017 ha sido del 5% (actualmente 49.100.000, según el último dato el INE), y sin embargo, el número de médicos activos en este periodo se ha incrementado un 24,6% (actualmente, casi 276.000)”. Y este gran aumento de profesionales, añade, “choca con las manifestaciones de todos los consejeros de sanidad que llevan años hablando de falta de médicos”, cuando, en realidad, el “factor más distorsionador es el modelo de asistencia sanitaria en Atención Primaria, que se diseñó hace más de tres décadas y no se ha actualizado respecto al avance de la medicina ni a la distribución de la población, con una importante merma en el mundo rural, sobre todo en algunas comunidades autónomas como Castilla y León”.

“Si nuestros gobernantes no hacen un gran pacto sanitario, que reordene y actualice el sistema público de salud con una medicina actualizada, eficiente en personal y medios, y que pueda ser atractiva, seguiremos crónicamente con tensiones, problemas e ineficiencia, por más que se incremente la contratación de médicos extracomunitarios o comunitarios sin especialidad y por más que se amplíe el presupuesto”, enfatiza.

Y para ello hay que salvar varios obstáculos, ya que, como recuerda del Dr. Santa Cruz, ni el propio Ministerio de Sanidad conoce de forma fiable el número de médicos que están trabajando en España: “Nuestro sistema sanitario está transferido a 17 comunidades autónomas, que no están interconectadas en datos claves como es el tema de personal. Son los Colegios Oficiales de Médicos los que disponen de los mejores registros, y algunas administraciones no cuentan con ellos. Esto debe cambiar para evitar improvisaciones que solo parchean los problemas inmediatos”.

El presidente de la institución colegial también critica la creación incontrolada de facultades de Medicina, tanto públicas como privadas, cuya consecuencia será que “en pocos años saldrán muchos graduados sin tener plaza para especializarse (MIR) y sin posibilidades de trabajar de médicos”.

Igualmente preocupante le resulta la movilidad que conlleva pérdida de profesionales en determinados territorios: “Que un médico del sistema público tenga distinta retribución por hora de guardia, carrera profesional o incentivos genera tensiones. Si tenemos en cuenta que es de los peor retribuidos de la UE, con importantes variaciones según la comunidad autónoma de trabajo, es fácil de entender que, si no hay un



FEMINIZACIÓN Y ENVEJECIMIENTO.

De los médicos en activo (gráfico superior), destaca la progresiva feminización y el envejecimiento de la plantilla, especialmente en territorios como Castilla y León.

pacto que corrija esto, muchos médicos optarán por trabajar donde mejor se les pague, y habrá falta de equidad y calidad en la atención sanitaria”.

En relación a la situación concreta de Castilla y León, el Dr. Santa Cruz señala la dificultad añadida que se plantea para ofrecer una atención médica de calidad, “y, por ello, debería recibir mas fondos del Gobierno de España”.

Para terminar, considera que Salamanca, dentro de la comunidad, está en buena situación, tanto por el número de médicos activos como por la calidad del hospital. Pero “tiene déficits en algunos ámbitos rurales y en la atención de emergencias, con ambulancias nivel 3 sin dotación de médico”.

Demografía médica - Los datos

Lo más destacado del estudio

✓ El registro del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) contabiliza 275 963 médicos colegiados en activo. España tiene 439 médicos por cada 100 000 habitantes, frente al promedio europeo de 420.

✓ Existe una desigual distribución territorial. Ocho comunidades autónomas superan la media nacional de 568 médicos en activo por cada 100 000 habitantes (Madrid, Asturias, Navarra, Aragón, País Vasco, Cantabria, Castilla y León y Extremadura), mientras que Andalucía, Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla se sitúan por debajo.

✓ Cataluña, Madrid, Andalucía y Comunidad Valenciana reúnen el 59,7% de los médicos colegiados. Las provincias con mayor densidad son Madrid, Barcelona, Bizkaia y Gipuzkoa, y las que presentan menor número de médicos por superficie son Zamora, Huesca, Soria, Cuenca y Teruel.

✓ Las mujeres representan el 59,3% de los colegiados en activo, tendencia que seguirá aumentando en los próximos años. En las facultades, siete de cada diez estudiantes de Medicina (71%) son mujeres.

✓ La edad media de los médicos colegiados es de 47,5 años. Aragón, Asturias y Castilla y León presentan el mayor envejecimiento (más del 41% de su colegiación). Por el contrario, Comunidad Valenciana, Canarias, Murcia y Madrid cuentan con las cohortes más jóvenes.

✓ El número de facultades ha pasado de 44 a 53 (38 públicas y 15 privadas), lo que convierte a España en el país con más facultades de Medicina por habitante del mundo. Se incrementan un 258% las plazas universitarias en Medicina en universidades privadas frente al 51% de la pública. A pesar del crecimiento, España sigue por debajo de la media de la OCDE en graduados: 13,6 por cada 100 000 habitantes frente a 14,5.



✓ La oferta de formación especializada sigue al alza: 12 366 plazas previstas para 2026, de las cuales 9276 son de Medicina (3% más que en 2025). Medicina Familiar y Comunitaria concentra el mayor número, con 2508 plazas.

✓ Desde 1997, uno de cada cinco médicos (17,9%) ha cambiado de provincia para ejercer. La mayor movilidad se concentra entre los 35 y 54 años. Baleares es la comunidad que más facultativos acoge, mientras que Lleida y Tarragona son las que más profesionales han visto emigrar.

✓ Se estima que 69 000 médicos se jubilarán entre 2025 y 2035, lo que equivale al 24,9% de la colegiación actual. Las especialidades más afectadas serán Medicina Legal y Forense, Medicina del Trabajo, Bioquímica Clínica y Análisis Clínicos. Solo Asturias no alcanzará una tasa de reposición de 1, mientras que Aragón registrará la más alta (2,32).

✓ La media nacional es de 2,15 especialistas por 1000 habitantes, con Asturias (2,76), Navarra (2,65) y País Vasco (2,53) a la cabeza. En Medicina de Familia y Comunitaria, España ocupa el cuarto lugar de la UE con 94,8 especialistas por 100 000 habitantes, muy por encima de la media europea (72,9).

Demografía médica - Entrevista



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO. Vicente Matas, de la Fundación Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada y coautor del estudio; Tomás Cobo, presidente de la OMC; José M.ª Rodríguez, secretario de la OMC y coordinador del estudio; y Virginia Izura, vicesecretaria.

José María Rodríguez Vicente • Secretario de la OMC y coordinador del estudio

“El problema no es la cantidad de médicos, sino la falta de una estrategia eficiente para asignarlos donde se necesitan”

El estudio concluye que en España no faltan médicos en términos globales. Sin embargo, la percepción social y política sigue siendo la contraria. ¿Por qué cuesta tanto asumir que el problema no es de número, sino de planificación y organización? No existe un déficit global de médicos respecto al número total por 100.000 habitantes, superando con creces las medias de los países de la OCDE, pero la distribución de los profesionales en las distintas comunidades autónomas provoca diferencias notables. Si a ello le añadimos una mala planificación de los recursos humanos y el aumento de la demanda por parte de la ciudadanía, nos hace sentir que faltan profesionales por no poder satisfacer de forma inmediata dicha demanda.

España está por encima de la media europea en médicos por habitante y, aun así, el sistema muestra tensiones. ¿Qué nos dice esta paradoja sobre el modelo actual de planificación sanitaria?

Efectivamente, esto es una paradoja, pues evidencia que disponer de muchos médicos no garantiza un sistema de salud equilibrado. Necesitamos una adecuada planificación territorial que garantice una buena atención a todos los ciudadanos, tanto en la Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria.

El informe insiste en que el verdadero riesgo es el envejecimiento y la mala distribución territorial. ¿Estamos todavía a tiempo de anticiparnos o ya estamos gestionando una crisis que se veía venir? El envejecimiento profesional, con unas jubilaciones previstas

de unos 70.000 profesionales en los próximos 10 años, y sabiendo que ya existen desequilibrios territoriales evidentes, hará que si no se toman medidas urgentes, como la adaptación de la asistencia en los diversos territorios, así como la reposición en diversas especialidades que ya son deficitarias, estos problemas se agudicen en los próximos años.

¿Qué error sería más grave ahora: no formar suficientes médicos o no saber dónde y cómo incorporarlos al sistema?

Un error sería no tener una planificación de médicos necesarios en cada especialidad, y otro error sería no saber incorporar adecuadamente a dichos médicos formados. El problema no es la cantidad, sino la falta de una estrategia eficiente para asignarlos donde realmente se necesitan.

El estudio propone un ajuste dinámico de la oferta MIR ligado a jubilaciones y necesidades territoriales. ¿Qué tendría que cambiar?

Efectivamente, el MIR debe ajustarse al número de jubilaciones previstas, necesidades territoriales y especialidades deficitarias. Es imprescindible una coordinación estatal que planifique el número real de médicos necesarios para cubrir la oferta y la demanda del sistema de salud, y esas decisiones deben ser tomadas basándose en datos reales.

¿Existe el riesgo de confundir cantidad de graduados con solución al problema si no se corrigen los desequilibrios territoriales?

Demografía médica - Entrevista

Sí, existe ese riesgo. Incrementar graduados no soluciona los desequilibrios si no se acompaña de planificación y capacidad real de integración en las zonas más necesitadas.

La OMC plantea un pacto de reposición en el Consejo Interterritorial. ¿Qué tendría que tener ese pacto para que sea realmente eficaz?

El pacto debe incluir criterios comunes para todas las comunidades autónomas, con una redistribución equitativa de plazas, incentivos reales para todos los profesionales y mecanismos de evaluación conjunta. Solo así puede ser vinculante y eficaz en todo el territorio.

El sistema parece asumir como "normal" la movilidad constante de médicos. ¿Dónde está la línea entre movilidad saludable y pérdida estructural de profesionales en algunos territorios?

La movilidad es positiva cuando responde a mejorar el desarrollo profesional continuo, pero puede convertirse en un problema grave cuando los territorios vulnerables pierden médicos y no hay reposición en los mismos, ampliando las desigualdades estructurales ya existentes.

Castilla y León aparece en el estudio como una de las comunidades con mayor envejecimiento médico y mayor dispersión territorial. ¿Es el ejemplo más claro de que el problema ya no es solo sanitario, sino de modelo de país?

Castilla y León ejemplifica un problema que trasciende lo sanitario: la despoblación, la dispersión y el envejecimiento conforman un reto de país que, por supuesto, impacta de lleno en el funcionamiento de nuestro sistema sanitario.

Provincias como Salamanca forman médicos, pero pierden profesionales de forma sostenida. ¿Qué está fallando para que territorios con tradición universitaria y sanitaria no consigan retener talento médico?

Salamanca forma médicos, pero pierde profesionales porque las condiciones laborales de nuestra comunidad son menos competitivas que las ofrecidas por otras. Si a ello añadimos la falta de estabilidad en el empleo, así como la realidad descrita anteriormente sobre nuestra comunidad, en cuanto a dispersión, población envejecida... probablemente no haga atractiva la oferta.

El medio rural es el más afectado por la falta de continuidad asistencial. ¿Qué incentivos cree que funcionarían hoy para que un médico joven apueste por desarrollar su carrera en Castilla y León?

Resultan efectivos los contratos estables, incentivos económi-

cos, apoyo a la conciliación, vivienda y transporte. También el desarrollo de programas de formación profesional específicos para el médico rural y los concursos abiertos permanentes para posibilitar los cambios y facilitar la conciliación familiar.

Más allá de los incentivos económicos, ¿qué cambios organizativos cree que serían clave para mejorar la fidelización de los médicos en territorios como Castilla y León?

Son claves las plantillas estables con un número de tarjetas sanitarias bien dimensionadas, así como el número de consultas asignadas a cada profesional para permitir cubrir las posibles ausencias por enfermedad, vacaciones, etc. La integración de la teleconsulta y la consulta con atención presencial mejoraría la continuidad y fidelización, así como la disminución de los desplazamientos, tanto a profesionales como a los pacientes.



El estudio menciona el papel de la tecnología, la telemedicina y la inteligencia artificial. ¿Pueden estas herramientas compensar la dispersión territorial sin deshumanizar la atención sanitaria?

Efectivamente, la tecnología puede mejorar accesibilidad y reducir desigualdades si se usa como complemento. La telemedicina y la implantación progresiva de la inteligencia artificial serán herramientas positivas que agilizarán la atención, pero no podrán sustituir al profesional, pues el ejercicio de la medicina debe basarse en una buena relación médico-paciente

La feminización de la profesión es imparable. ¿Está preparado el sistema para ofrecer estabilidad, conciliación y carrera profesional en comunidades rurales y envejecidas?

El sistema aún no está plenamente adaptado a la feminización. La creciente feminización de la profesión, así como las mejoras laborales conseguidas en los periodos de maternidad/paternidad, requieren un aumento de las plantillas que permitan cubrir permisos, estabilidad laboral y medidas de conciliación para garantizar carreras profesionales sostenibles. Y ello se acentúa más en territorios como el de nuestra comunidad, con múltiples núcleos de población.

Si tuviera que señalar una sola medida urgente para Castilla y León, ¿cuál sería la más prioritaria para evitar un deterioro progresivo del sistema en los próximos diez años?

La medida más urgente, como ya ha señalado el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León en su estudio sobre la demografía médica, es un plan integral de reposición y fidelización adaptado al envejecimiento médico de la región, con incentivos estables y reorganización asistencial para asegurar continuidad en la próxima década.

» Noticias Colegiales



Éxito de las huelgas, sin avance en la negociación

Los médicos españoles continuaron en el mes de diciembre con sus medidas de protesta con cuatro jornadas de huelga nacional para intentar que el Ministerio retire el Estatuto Marco y tenga en cuenta a la profesión médica

La Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) ha valorado las cuatro jornadas consecutivas de huelga nacional de médicos y facultativos contra el borrador de Estatuto Marco, que tuvieron lugar los días 9, 10, 11 y 12 de diciembre, señalando que el elevado seguimiento obtenido, con cifras entre el 80 y el 90% en todo el territorio, demuestra el éxito de la convocatoria y al mismo tiempo el rechazo unánime de la profesión al proyecto de norma ministerial.

Fueron cuatro jornadas en las que, pese a la implantación de unos servicios mínimos abusivos y a los intentos de la Administración por desactivar el conflicto, miles de profesionales salieron a la calle en las concentraciones convocadas y a las puertas de los centros asistenciales para reclamar unas mejoras en sus condiciones laborales que les permitan ejercer de manera digna en el sistema sanitario.

Ante esta respuesta unánime mostrada por todas las organizaciones del colectivo, desde los estudiantes de Medicina hasta las sociedades científicas, pasando por los Colegios de Médicos, sindicatos y decanos de las

facultades de Medicina, CESM considera que debería mover al ministerio a una reflexión sincera y a asumir que el colectivo no está dispuesto a que se mantenga un Estatuto Marco que trata al médico de manera diferente al resto de profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Ser interlocutores

Por tanto, y con los datos de seguimiento sobre la mesa, la Confederación se reafirma en que la única manera de poder terminar con este conflicto es abandonar las conversaciones dilatorias vacías para alcanzar acuerdos reales que aborden la capacidad de los médicos para ser interlocutores directos con la Administración; la disposición para contar con una clasificación profesional acorde a la formación y responsabilidad; la imposibilidad de ser utilizados para cubrir huecos con normativa de movilidad forzosa; y la prohibición de sufrir discriminación en su jornada, por el régimen de incompatibilidades o en su jubilación, además de la reivindicación de que la Medicina se reconozca como profesión de riesgo.



El último borrador recibido de Sanidad es, directamene, “un estatuto contra los médicos”

La Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) y el Sindicato Médico Andalúz (SMA) muestran su postura radicalmente en contra del borrador de Estatuto Marco que el Ministerio de Sanidad envió el 20 de diciembre por tratarse de una norma que empeora cuestiones fundamentales y que impondrá directamente un estatuto contra el médico. “Es el peor de los recibidos hasta la fecha”, aseguran.

» Noticias Colegiales

La mitad de los médicos jóvenes en España sufre 'burnout' y dos de cada tres padecen insomnio

El 'Estudio IKERBURN: de la vocación al agotamiento' denuncia un modelo de formación médica que enferma a sus profesionales, lo que pone en riesgo también la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad del sistema sanitario



Más de la mitad de los médicos jóvenes de nuestro país presenta un cuadro completo de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Los datos, presentados el pasado 12 de noviembre por la Organización Médica Colegial (OMC) en el Senado, alertan de un problema estructural que pone en riesgo la salud de los profesionales, la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad del sistema sanitario.

En concreto, los resultados del Estudio IKERBURN: de la vocación al agotamiento revelan que el 93,9% presenta síntomas compatibles con desgaste profesional, y más del 50% cumple criterios de burnout completo, según el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey). El estudio, que incluye datos de más de 1.400 médicos jóvenes de todo el país, alerta de que el agotamiento emocional y la falta de descanso se están convirtiendo en la norma en una generación llamada a sostener el sistema sanitario.

Otros datos que muestran una radiografía preocupante de la profesión son: el 79% de los médicos jóvenes sufre agotamiento emocional, el 84% presenta despersonalización y el 63% experimenta baja realización personal.

Guardias de 24 horas

El estudio concluye que la realización de guardias de 24 horas durante la residencia es uno de los factores que más aumenta el riesgo de burnout. Otros de los datos que se desprenden del análisis subrayan que el 43,6% no libra tras las guardias en sábado y el 85% reconoce una disminución de la libido como consecuencia del desgaste profesional. Además, dos de cada tres padecen insomnio, el 38% recurre a ansiolíticos o alcohol y uno de cada cuatro ha necesitado una baja laboral por causas relacionadas con el burnout.

El problema afecta a todas las especialidades y comunidades autónomas, aunque se acentúa en las áreas quirúrgicas y

hospitalarias, y es un 24% más frecuente en mujeres.

La OMC advierte de que estos datos no reflejan solo un problema individual, sino una crisis estructural que se inicia en el sistema de formación sanitaria especializada (FSE). La falta de descansos, la sobrecarga asistencial y la precariedad contractual vulneran la normativa europea sobre tiempos de trabajo y repercuten directamente en la seguridad de los pacientes.

El informe también ofrece una serie de recomendaciones concretas para revertir la situación, entre las que se destacan: cumplir la normativa laboral y garantizar los descansos tras guardias; reforzar la tutorización y la equidad en la carga asistencial; potenciar el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), que solo conoce el 40% de los residentes; o implementar programas de bienestar psicológico y conciliación, con especial atención a la brecha de género. |

[Acceso al informe](#)

» Noticias Colegiales | 50 años del Hospital Clínico

Medio siglo latiendo junto a Salamanca

Un programa de actividades culturales, científicas y humanizadoras recorre la historia del hospital, rinde homenaje a sus profesionales y acerca el arte, la música y la memoria a los pacientes y la ciudadanía

El Hospital Clínico Universitario de Salamanca conmemora su 50 aniversario con un amplio programa de actos que comenzó el pasado 28 de octubre y que continuará durante el mes de enero. Medio siglo después de su inauguración, el hospital celebra no solo su trayectoria asistencial, docente e investigadora, sino también su profunda vinculación con la ciudad y con las personas a las que atiende cada día.

Desde el inicio de la programación, los actos han puesto el acento en la humanización, la cultura, la memoria y el encuentro. La intervención artística inaugural, *Latidos de barro*, marcó el tono de una celebración abierta a profesionales, pacientes y ciudadanía. A partir de ahí, el hospital se ha convertido en escenario de exposiciones artísticas, homenajes, iniciativas solidarias y propuestas musicales de estilos muy diversos, acercando el arte y la cultura a un espacio habitualmente asociado únicamente a la asistencia sanitaria.

La gastronomía, la arquitectura, la moda, la música y las artes plásticas han tenido un papel destacado, con activida-

des pensadas tanto para pacientes como para profesionales y visitantes. Junto a ellas, se han celebrado jornadas conmemorativas de gran carga simbólica, como los 50 años de la Cirugía en Salamanca o los 25 años de los Puntos de Información, un servicio pionero que refleja la apuesta temprana del hospital por una atención más cercana y accesible.

Música

La música ha sido uno de los grandes hilos conductores del aniversario, con conciertos en el vestíbulo principal del hospital, protagonizados tanto por músicos profesionales como por alumnos del Conservatorio y por el grupo HAKUNA CAUSA, formado por profesionales sanitarios del propio centro.

Este 50 aniversario es, en definitiva, una mirada agradecida al pasado, un reconocimiento al presente y una invitación a seguir construyendo futuro. Un futuro que seguirá celebrándose en las próximas semanas, con nuevos actos que prolongarán esta conmemoración más allá del final del año.



En la imagen de la izquierda, concierto navideño realizado por alumnos del Conservatorio Profesional de Música de Salamanca en el hall principal del hospital, el pasado 15 de diciembre, para poder acercar la música a todos en una fechas tan señaladas. Un amplio repertorio en el que se combinaron la música clásica con piezas navideñas. A la derecha, celebración de la jornada '50 años de cirugía en Salamanca', que tuvo lugar en el salón de actos del hospital con dos mesas redondas en las que se recordaron los comienzos de los servicios de Cirugía de Salamanca. Una jornada, la del 16 de diciembre, con destacados testimonios de la historia de esta especialidad.

» Noticias Colegiales | 50 años del Hospital Clínico



1. Foto de familia tomada el 17 de diciembre para conmemorar que también se cumplen 25 años desde que en Salamanca comenzasen a funcionar los Puntos de Información, un servicio pionero entre los hospitales de la Comunidad por aquel entonces: un homenaje a una forma de entender la atención sanitaria centrada en las personas. **2.** Actuación del grupo HAKUNA CAUSA el 18 de diciembre en el hall principal del Hospital Universitario de Salamanca, enfocada a público infantil, pero disfrutable por públicos de todas las edades. Presentaron varias escenas de películas clásicas de animación, con instrumentos musicales y canciones.



3. La gerente, Carmen Rodríguez Pajares, y el diseñador Manuel Fernández, impulsor de la muestra 'Fashion Art', compuesta por 17 trajes-obra de arte. **4.** Actuación del dúo Delgado & Chloé Bird en el vestíbulo principal del Hospital Universitario de Salamanca.



5 y 6. En la primera imagen, algunos de los participantes de la acción humanizadora en la cocina con la colaboración de los chefs de varios restaurantes salmantinos. A la derecha, homenaje al querido y recordado Sisinio de Castro, con la asistencia de su viuda.

» Noticias Colegiales



Dignidad y esperanza 'En vuestra piel'

El Colegio de Médicos de Salamanca acoge una exposición solidaria en la que la fotógrafa Marta González de la Peña documenta las campañas médico-quirúrgicas que desarrolla en Malawi la ONG Dermalawi

El Colegio de Médicos de Salamanca albergó entre el 16 de diciembre y el 3 de enero la exposición *En vuestra piel*, una cuidada selección de imágenes captadas por la fotógrafa Marta González de la Peña Royo durante una de las campañas sanitarias desarrolladas por el [proyecto de cooperación Dermalawi](#) en Malawi, uno de los países más empobrecidos del mundo.

La muestra fue inaugurada en un acto en el que, además de la autora de las imágenes, participaron el presidente del COMSAL junto a otros miembros de la junta directiva y representantes de la ONG, entre cuyos cooperantes figuran activamente las dermatólogas salmantinas Concepción Román y Mónica Roncero. Tal y como destacaron, el objetivo es doble: acercar a la ciudadanía la realidad de las

campañas médicas en Malawi y recaudar fondos que permitan dar continuidad a esta labor solidaria.

A través de retratos y escenas cotidianas, *En vuestra piel* invita a mirar de cerca el impacto humano y sanitario de un proyecto centrado en la atención dermatológica, una necesidad básica en un contexto donde la salud sigue siendo un lujo inalcanzable para muchas personas. Enfermedades prevenibles o tratables pueden convertirse en una condena silenciosa en el país africano.

En este contexto, Dermalawi nació en 2015 como una ONG formada por profesionales sanitarios españoles y malauiés con el propósito de empoderar al personal local y ofrecer una atención accesible, sostenible y digna. En sus 18 campañas, ha atendido a más de 75.000 pacientes,

logrando reducir enfermedades infecciosas como la sarna o la lepra y mejorar la calidad de vida de personas con albinismo, especialmente vulnerables a tumores cutáneos precoces. Como explicó Marta González de la Peña, que ha trabajado para ONG y medios como *The Times*, *En vuestra piel* propone un acercamiento a las campañas de dermatología clínica y quirúrgica, el seguimiento de los pacientes con albinismo o los programas contra la sarna, la lepra y la pobreza menstrual que desarrolla la entidad en Malawi.

Durante el paso de la exposición por el Colegio de Médicos de Salamanca, también se desarrolló un mercadillo solidario con artículos elaborados con telas tradicionales de Malawi, cuya recaudación se destinará íntegramente a [apoyar las actividades de Dermalawi](#).

» Noticias Colegiales

El Colegio aprueba el proyecto de presupuestos y la actualización de la cuota para 2026

El cambio en la aportación trimestral de los colegiados se produce después de siete años, y no recoge el incremento del IPC en este periodo

La Asamblea General del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca aprobó el pasado 25 de noviembre el proyecto de presupuestos generales para el año 2026, en cuyo apartado de ingresos se prevé una actualización de la cuota trimestral colegial (55€) vigente desde el 1 de enero de 2019, que pasará a ser de 60 euros al trimestre a partir del 1 de enero de 2026.

Tal y como explicó el presidente del Colegio durante la asamblea, el cambio en la cuota ordinaria se produce después de siete años con el mismo importe, y se actualiza por debajo del incremento del 20% registrado por el IPC en este periodo.

Cabe recordar, asimismo, que el importe de la cuota colegial es desgravable a través de la declaración del IRPF hasta en un 45%, siendo la media de desgravación de un 30% aproximadamente, dependiendo del total de ingresos de cada colegiado.

Esta desgravación es más significativa aún en el caso de la donación a la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial por parte de aquellos colegiados que son socios protectores de la misma, que se pueden desgravar hasta el 80% de los 25 euros trimestrales que aportan a la Fundación.

Reforma de las instalaciones

En conjunto, los presupuestos para 2026 del Colegio de Médicos recogen un resultado positivo de 170.312 euros, que se destinarán a cubrir la inversión prevista para la reforma de las instalaciones colegiales (actuaciones en las oficinas de la planta baja y en los despachos de la primera planta).

Los ingresos previstos (un total de 991.250 euros) suben el 5,64% respecto a los de 2025. En el apartado de gastos, la cantidad prevista asciende a 820.937 euros, una cifra que varía un 0,98% respecto al año anterior.



Jesús Pérez Sánchez-Toledo, nuevo catedrático de Psiquiatría de la la USAL

El BocyL del 13 de noviembre de 2025 publicó la Resolución conjunta de la Universidad de Salamanca y de la Consejería de Sanidad por la que se nombra catedrático de Universidad al Dr. Jesús Pérez Sánchez-Toledo. Ejercerá en el área de conocimiento de Psiquiatría en la Facultad de Medicina con plaza vinculada como especialista en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Cuatro médicos de Salamanca, para la intensificación de la labor investigadora

Una [Resolución](#) de 13 de noviembre de 2025 de la Gerencia Regional de Salud resolvió el procedimiento de selección de personal para la intensificación de su actividad investigadora para el año 2025, así como la concesión de ayudas económicas a los centros de la Gerencia donde desarrollen su trabajo. Entre los once facultativos seleccionados en la región, cuatro pertenecen al Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, centro que recibirá 72.000 euros en ayudas para este fin. Por otro lado, el único profesional de enfermería seleccionado corresponde a la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, que recibirá 11.000 euros.



Salamanca lidera el ránking de Sacyl con 37 proyectos de investigación seleccionados

El [BocyL del 25 de noviembre](#) publicó la relación definitiva de proyectos de investigación biosanitaria, gestión sanitaria y atención sociosanitaria que han sido seleccionados para desarrollar en los centros de la Gerencia Regional de Salud en 2025. Destaca la actividad investigadora en Salamanca, con un total de 37 proyectos de los 85 seleccionados a nivel regional y una dotación de 693.129 euros, de los 1,6 millones concedidos en Castilla y León.

» Noticias Colegiales



Gobernanza y condiciones laborales, en la asamblea de médicos de hospitales

El encuentro reunió a los representantes hospitalarios de los Colegios de Médicos bajo la presidencia de la Dra. Pilar Sánchez Conde

La Asamblea de Médicos de Hospitales de la Organización Médica Colegial (OMC), celebrada el pasado 21 de noviembre, abordó algunos de los desafíos más relevantes para la profesión en el actual contexto sanitario.

Bajo la presidencia de la Dra. Pilar Sánchez Conde, el encuentro reunió a los representantes provinciales de médicos de hospitales de los Colegios de Médicos para analizar cuestiones de gobernanza, profesionalismo, planificación sanitaria y condiciones laborales. Se presentó el documento *El Buen Gobierno de los Centros*

Sanitarios desde la perspectiva de la Profesión Médica, que plantea una visión integral de la gobernanza basada en siete requisitos esenciales: reglamentos visibles y actualizados; publicación de cuadros médicos y carteras de servicios; activación real de las juntas técnico-asistenciales; fortalecimiento de las comisiones clínicas y de seguridad del paciente; creación de comisiones de credenciales; establecimiento de sistemas garantistas de denuncia anónima; y órganos autonómicos dedicados a la inspección, evaluación de la calidad y seguridad clínica. | [Más información](#)



El Dr. Vara preside la Comisión de Garantía y Evaluación de la ley de eutanasia

El BoCyL de 14 de octubre de 2025 publicó la [Orden SAN/1118/2025](#), de 3 de octubre, por la que se nombra a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Entre los cambios, destaca el nombramiento del doctor Francisco Vara, jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital de Salamanca, como presidente de la Comisión, cargo que ya ocupaba desde su creación en 2021. Miguel Ángel Tola Arribas, jefe de Unidad de Neurología del Hospital Río Hortega de Valladolid, sustituye a Calabria Gallego, neuróloga del Complejo salmantino.

Abordaje de los retos de la Atención Primaria Urbana

La asamblea de la sección nacional analiza las jubilaciones y la investigación en el primer nivel asistencial



La sección nacional de Atención Primaria Urbana celebró el 14 de noviembre de 2025 su asamblea, una sesión en la que la vocal nacional, la Dra. María del Mar Martínez Lao, repasó la situación actual de este ámbito asistencial, las novedades más recientes, la evolución de la longitudinalidad en la atención médica y los proyectos que desarrollará la vocalía en los próximos meses.

La reunión contó también con dos intervenciones invitadas centradas en la jubilación médica y en la investigación desarrollada desde Atención Primaria. En su introducción, la Dra. Martínez Lao subrayó la importancia de continuar analizando la realidad de la Atención Primaria para identificar retos, consolidar mejoras y orientar las líneas de trabajo futuras. | [Más información](#)

» Noticias Colegiales



Foto de familia tras el ingreso en la RAMSA de Emiliano Hernández Galilea.

Tres nuevos ingresos en la Real Academia de Medicina de Salamanca

Sonsoles Castro, José Alberto Orfao y Emiliano Hernández Galilea pronunciaron sus discursos de ingreso en el Paraninfo de las Escuelas Mayores de la USAL

La doctora Sonsoles Castro Herranz, especialista en Medicina Legal y Forense y representante nacional de Médicos de Administraciones Públicas de la Organización Médica Colegial de España, ingresó el 11 de diciembre en la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA) como nueva académica de Número con el discurso titulado *Medicina Legal y Forense una especialidad con contenido clínico y social*. Fue contestado por el doctor Ignacio Jesús Dávila González.

El 26 de noviembre hacía lo propio José Alberto Orfao, catedrático de Medicina de la Universidad de Salamanca, quien pronunció el discurso de ingreso *De la anafilaxia a la urticaria pigmentosa o la leucemia de mastocitos: múltiples caras de una misma mutación genética*, y fue contestado por la Dra. María Consuelo del Cañizo Roldan.

El profesor del Área de Oftalmología de la Universidad de Salamanca Emiliano Hernández Galilea ingresó el 9 de octubre en la Real Academia de Medicina de Salamanca como nuevo académico de número. *El trasplante de córnea: un itinerario desde la utopía al pragmatismo en la cirugía ocular* fue su discurso de ingreso, contestado por el Dr. Francisco Santiago Lozano Sánchez.



Entrada de José Alberto Orfao, en el centro de la imagen, al Paraninfo de la USAL.



Sonsoles Castro Herranz se dirige al atril para ofrecer su discurso.

Reconocimiento de la profesión médica como actividad de gran dureza

La Organización Médica Colegial ha liderado una declaración de las organizaciones médicas europeas sobre la necesidad de reconocer la profesión médica como una actividad profesional de gran dureza. Las entidades firmantes (AEMH, CEOM, EJD, FEMS, UEMO, UEMS) destacan la carga que esta actividad profesional supone para la salud y el bienestar de quienes ejercen la Medicina. Los médicos son esenciales para el funcionamiento y la resiliencia de todos los sistemas sanitarios europeos. Sin embargo, las condiciones en las que trabajan se caracterizan cada vez más por el esfuerzo físico, la presión psicológica, el estrés organizativo y la responsabilidad moral y jurídica.

La OMC crea el grupo de trabajo de Salud y Deporte

La Organización Médica Colegial (OMC) ha presentado el nuevo Grupo de Trabajo de Salud y Deporte, una iniciativa estratégica cuyo objetivo es integrar de forma efectiva la actividad física y el deporte en el corpus científico y en la praxis clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS) como herramienta clave para la prevención, el tratamiento y la mejora de la salud de la población. Este nuevo grupo de trabajo nace con la vocación de situar el ejercicio físico como un agente terapéutico de primer orden, basado en la evidencia científica y prescrito por médicos, contribuyendo así a un modelo sanitario más preventivo, personalizado y sostenible.

» Noticias Colegiales

V Reconocimiento Profesional en el CAUSA

Los doctores Francisco Blanco Antona, Felipe Gómez-Caminero López y Pedro Luis Sánchez Fernández, así como los equipos de Geriátría y Trasplante Pulmonar, han sido premiados por sus propios compañeros del hospital salmantino



El pasado 10 de noviembre se celebró en el salón de actos del Hospital Universitario de Salamanca la entrega del V Reconocimiento Profesional que se realiza en el Complejo Asistencial, el segundo dirigido a los profesionales médicos. Estos premios son especiales porque parten de nominaciones que realicen todos los profesionales del CAUSA, es decir, es un premio planteado desde los compañeros.

En esta convocatoria, fueron premiados tres profesionales individuales:

- Francisco Blanco Antona, jefe de servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Felipe Gómez-Caminero López, adjunto de Medicina Nuclear.
- Pedro Luis Sánchez Fernández, adjunto de Cardiología.

Además, recibieron el reconocimiento dos equipos:

• Geriátría, con M^a Carmen Pablos, Alfonso González...

• Trasplante Pulmonar, con Marcelo Jiménez López, de Cirugía Torácica, Gemma Siesto, Virginia Pérez, de Neumología, y compañeros de UCI, Rehabilitación, etc., que también los acompañan y con quienes comparten el premio.

En el acto, que concluyó con una foto de grupo, participaron la gerente y los subdirectores médicos del hospital.

También fue noticia...

✓ En recuerdo de los últimos compañeros fallecidos

✓ Resuelto el concurso de traslados de Sacyl

✓ Convocadas las OPEs de Medicina de Familia (430 plazas) y Pediatría (40 plazas) de Sacyl

✓ Convocados los Premios Fundación Lilly de Investigación Biomédica Preclínica y Clínica 2026

✓ Resuelto el reconocimiento de los grados ordinarios de carrera profesional de Sacyl de 2023

✓ Aprobada la estrategia de investigación e innovación en terapias avanzadas de Castilla y León 2025-2030

✓ Listado de médicos admitidos para el acceso al Cuerpo Facultativo Superior de Castilla y León

✓ La OMC insiste en que la objeción de conciencia es un derecho constitucional y deontológico

✓ XXVII Premios de Investigación en Medicina del Deporte

ACCEDE AQUÍ A TODAS LAS NOTICIAS

» Noticias colegiales | Pasó en el Colegio...



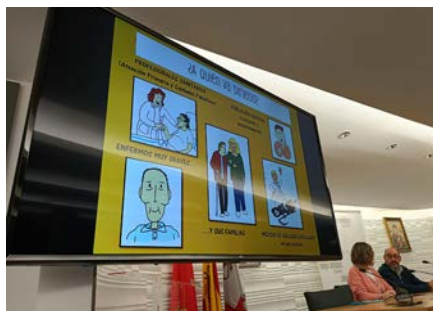
Cómo cuidar hasta el último instante

El COMSAL acogió la presentación de 'Vivir hasta el final. Guía ilustrada de cuidados paliativos', un libro que responde con rigor y claridad a las grandes preguntas que surgen ante una enfermedad avanzada o al final de la vida

Los desafíos que plantea la atención al final de la vida y la profunda dimensión humana de este proceso centraron la presentación en el Colegio de Médicos de Salamanca del libro *Vivir hasta el final. Guía ilustrada de cuidados paliativos*, que invita a mirar la muerte con menos miedo y más conocimiento, humanidad y compromiso. El acto contó con la intervención del Dr. Daniel Ramos, autor de la obra junto a la Dra. Mónica Lalanda y editor académico de la guía.

Durante su intervención, Ramos recordó que la atención al final de la vida exige una mirada mucho más amplia que la puramente clínica. "Para cuidar a una persona que sufre, no basta con el conocimiento científico; debemos conocer la verdad de su sufrimiento y todas sus necesidades: las físico-emocionales, las sociales y las espirituales", subrayó. En este sentido, defendió que las personas en el tramo final de su vida "deben recibir unos cuidados que, como mínimo, tengan la misma excelencia que los que recibieron al nacer".

En este escenario, destacó la utilidad práctica del libro tanto para profesionales como para pacientes y familias. "La guía es un instrumento, una herramienta de ayuda para utilizarla en nuestras consultas", explicó, insistiendo en que es precisamente en el final de la vida



"donde se nos exige responder a preguntas complejas y, para ello, no solo basta el conocimiento científico".

La obra pretende dar respuestas claras y comprensibles a esas preguntas que surgen cuando la curación ya no es posible, pero el cuidado sigue

siendo imprescindible. Publicado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en colaboración con la Fundación Dignia, *Vivir hasta el final* aborda a través de sus 112 páginas, con rigor y cercanía, los mitos en torno a los cuidados paliativos, el manejo de síntomas, el acompañamiento emocional, el papel de la familia, las decisiones anticipadas, la espiritualidad, la sedación paliativa y el duelo. Todo ello explicado a través de textos sencillos y cientos de ilustraciones que aportan calidez y claridad a una realidad que sigue siendo tabú en nuestra sociedad.

Definido por sus autores como un libro cargado de "ciencia, conciencia, corazón y mucho color", está pensado para profesionales sanitarios, pacientes que transitan el final de la vida, cuidadores y cualquier persona interesada en comprender mejor el proceso de morir. Con sello de ConCiencia Editorial, la guía transmite un mensaje central: aunque no siempre se pueda curar, siempre se puede cuidar, aliviar el sufrimiento y proporcionar bienestar.

Disponible en librerías y en Amazon, los beneficios de su venta se destinan íntegramente a proyectos de SECPAL y la Fundación Dignia para el fortalecimiento de los cuidados paliativos, una disciplina tan compleja como necesaria.

» Club Deportivo

Récord en la VII Carrera ‘Corre con tu médico’

Medio millar de aficionados al ‘running’ volvieron a poner de manifiesto el vínculo entre deporte y salud en esta prueba organizada por el Colegio de Médicos de Salamanca y que este año ha destinado su recaudación al Centro Padre Damián de Cáritas para personas sin hogar y al Centro Materno Infantil Ave María

Salamanca vivió el 6 de diciembre una de las ediciones más multitudinarias de la carrera *Corre con tu médico*. Juntos por la salud y el deporte. La séptima convocatoria de esta cita de carácter solidario, organizada por el Colegio de Médicos de Salamanca e integrada en el circuito provincial de carreras populares, logró completar los 500 dorsales disponibles, un

nuevo récord de inscripciones que confirma el enorme interés que despierta esta iniciativa. En esta edición, el importe íntegro de las inscripciones se destinó al Centro Padre Damián de Cáritas Salamanca y al Centro Materno Infantil Ave María, dos entidades que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad. | CONSULTAR [CLASIFICACIÓN](#) Y [GALERÍA DE IMÁGENES](#)



1 y 2. Dos imágenes en las que se puede ver el arranque de los corredores tras el pistoletazo de salida. 3 y 4. La prueba, que transcurre por un itinerario de 9,5 kilómetros, condujo a los corredores por algunos de los rincones más emblemáticos del centro histórico de Salamanca, y reunió a deportistas de diferentes puntos del país en una mañana marcada por una temperatura agradable y sin lluvia.

» Club Deportivo



1 y 2. Momento en el que atraviesan la meta Javier Alves Vas, primero en la categoría general masculina (31:19 min.), y Verónica Sánchez Romero, primera en la categoría femenina (36:41 min.).



3 y 4. Javier Alves, Juan Bueno y Roberto Bueno ocuparon el podio masculino en la categoría general; Verónica Sánchez, Ester Rodríguez y Paula García fueron las tres primeras corredoras en llegar a la meta. **5 y 6.** Dos imágenes de la jornada deportiva celebrada el 6 de diciembre.

» Club Deportivo



1. El éxito de la VII Carrera 'Corre con tu médico' ha puesto de manifiesto que se trata de un encuentro que trasciende lo deportivo, convirtiéndose en una cita en la que los propios profesionales de la medicina se calzan las zapatillas para recordar que el cuidado de la salud comienza con hábitos sencillos, como practicar ejercicio en compañía. La prueba está organizada en colaboración con la Diputación Provincial, el Ayuntamiento de Salamanca y la Policía Local, además de varias entidades y casas comerciales.



2. En la categoría femenina de médicos, las runners más rápidas fueron María Cano Dorronsoro (41:11), Soraya Merchán Gómez (44:24) y Elena García Barrios (46:05). 3. En la masculina, José Vicente García (35:00), Alberto Herrera Cruz (35:12) y Damián Gajate Herrero (35:59). 4. En la categoría no médicos, al podio masculino subieron Javier Alves Vas (31:19), Juan Bueno Losada (31:29) y Roberto Bueno Losada (31:41). 5. Al femenino, Verónica Sánchez Romero (36:41), Ester Rodríguez Sánchez (36:50) y Paula García Sánchez (36:57).

» Palabra de médico

Por Fernando A. Navarro

Traductor médico, Cabrerizos (Salamanca)



Textos seleccionados por el autor a partir de su [Laboratorio del lenguaje](#); reproducidos con autorización de 'Diario Médico'

LA JERGA DE LOS PACIENTES

Sinonimia y polisemia en la jerga popular

Uno de los grandes problemas del lenguaje médico es la sinonimia; porque no siempre resulta fácil saber, por ejemplo, que la fibrosis quística es lo mismo que la mucoviscidosis, también llamada enfermedad fibroquística del páncreas, síndrome de Clarke-Hadfield y enfermedad del beso salado. La multiplicidad de sinónimos puede darse tanto en el registro especializado como en el registro general, pero en el campo de la jerga popular es donde probablemente alcanza mayor intensidad. Por ejemplo, en las tres situaciones siguientes:

Primera: anglicismos como 'escáner', que en boca de pacientes poco habituados a la lengua de Shakespeare puede verse deformado a escaño, escarnio, escay, escrámor e incluso escaléstric. «Fue a Urgencias y le hicieron un escarnio de la cabeza» (o un escaño cerebral, que para el caso viene a ser lo mismo).

Segunda: nombres de fármacos, que resultan a menudo difícilmente pronunciables. Si a veces hasta los propios médicos tienen problemas para recordar o reproducir nombres como ustekinumab, escitalopram, exemestano, glembatumumab, pemetrexed o zafirlukast, no es de extrañar que uno de los analgésicos más vendidos en todo el mundo, el ibuprofeno, podamos encontrarlo en la jerga de los pacientes con mil y una variantes: biofreno, bolufreno, bupofreno, buroprofeno, eduprofeno, higoprofeno, hipobrufeno, hipogluceno, iboprofeno, ibufremeno, ibufropeno, ibuprafeno, ibuprofina, ipobrufeno, iprufeno, irbuprofeno, perofreno, pupofreno, uboprofeno, uoprofeno...

Y tercera, algo parecido pasa con las marcas de productos farmacéuticos y parafarmacéuticos, también a menudo nada

fáciles de recordar. En cierta ocasión oí decir a una adolescente: «Una amiga mía me ha dejado una caja de paté de foca, a ver si me ayuda a adelgazar». Lo cual me resultaba un tanto extraño, porque nunca he probado, la verdad, el paté de foca, pero por su solo nombre yo diría que no debe de ayudar demasiado a adelgazar, sino que más bien tiene pinta de engordar... y mucho.

La extrañeza me duró hasta que una farmacéutica me apuntó que posiblemente la muchacha se estaba refiriendo a un laxante vegetal llamado Fave de Fuca, que ella había oído pedir muchas veces en su farmacia por los nombres más variopintos, desde ave de fuca hasta vaca de fava, pasando por fabe de foca, fava de fuco, fe de fuca, fuco de fava, fuve de fava, vaca de fuca y unas cuantas variantes más.

La inventiva popular no parece tener límite cuando se enfrenta a un nombre estrambótico. Y el lenguaje médico, en su tremenda complejidad, es bien pródigo en tecnicismos estrambóticos. Se explica así la multiplicidad de términos distintos que, con un mismo significado, podemos encontrar en la jerga popular de los pacientes. Para el tecnicismo 'marcapasos', por ejemplo, 'cantapasos', 'cartapasos', 'cortapasos', 'cuentapasos',

'mancapasos', 'matapasos' y 'pasapasos', entre otros. Pero puede darse también el caso contrario: el uso de un mismo barbarismo popular con dos o más significados, situación esta relativamente frecuente en la jergonza vulgar. En este caso no hablamos ya de sinonimia, sino de polisemia, que puede constituir asimismo un serio problema para la comunicación entre médico y paciente.

En ocasiones, la polisemia obedece a un acortamiento que viene ya del registro formal; por ejemplo, en un frase como «me



» Palabra de médico

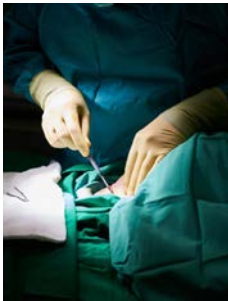
hicieron el letro la última vez que vine a Urgencias», donde el paciente se limita a reproducir la apócope jergal ‘electro’ que usó en su momento el personal sanitario del Servicio de Urgencias, y que ahora obligará al médico de guardia a tratar de desambiguar preguntando al paciente si lo que le hicieron entonces fue un «letro del corazón» (es decir, un electrocardiograma) o un «letro de la cabeza» (esto es, un electroencefalograma).

Otras veces, la polisemia responde en realidad a una cuestión de homonimia, por confluencia de términos que se escriben igual, pero tienen distinta etimología. Pienso, por ejemplo, en un barbarismo como *culista*, que tanto puede designar al oftalmólogo (por deformación del tecnicismo latino ‘oculista’) como al proctólogo (por acuñación neológica a partir del culo o ano, zona anatómica de la que se ocupa la proctología). Obsérvese, por cierto, que este último especialista, el proctólogo, da también lugar por deformación a *prostólogo*, que es a su vez voz homónima, por acuñación neológica, del especialista que se ocupa de las enfermedades de la próstata (esto es, el urólogo).



DUDAS RAZONABLES

¿Existe el verbo ‘incindir’?



Me consulta un cirujano: «Estoy escribiendo el texto de un caso clínico que tengo que presentar en un congreso regional, y dudo ante la frase “Se incinde y se disecciona el borde distal del colgajo”. Acudo al diccionario on-line de la Real Academia de la Lengua y no encuentro el verbo ‘incindir’. De hecho, al teclearlo en la ventanilla de búsqueda me sale el siguiente mensaje de error: “La palabra ‘incindir’ no está en el Diccionario”. Busco sin embargo en Internet y

veo que sí se utiliza corrientemente entre cirujanos. ¿Existe o no existe el verbo ‘incindir’ en español?».

Existir, lo que se dice existir, existe, desde luego, y lo encontramos con relativa frecuencia en los informes, artículos y textos escritos por muchos cirujanos españoles. Lo que se quiere preguntar, entiendo, no es si el verbo «existe», sino si es correcto. Y en ese caso, la respuesta es clara: el verbo *incindir* se considera incorrecto en español, contrario a la norma culta.

Con el sentido de ‘cortar’ o ‘practicar una incisión’, la forma correcta en español es *incidir* (del latín *incidere*). El error se explica fácilmente, en mi opinión, por confusión con el verbo afín *escindir* (del latín *scindere*), que tiene el sentido de ‘cortar’, ‘dividir’ o ‘separar’.

EXTRAÑAS PAREJAS

Orquídea y criptorquidia



¿Sabía usted que las orquídeas, consideradas de forma general como unas de las plantas más hermosas del mundo, toman su nombre de la palabra griega para los testículos?

Estoy seguro de que algo así sospechaban ya muchos médicos, acostumbrados como estamos a utilizar en nuestro lenguaje especializado tecnicismos derivados del griego *orchis* (testículo), como *criptorquidia* (anomalía del desarrollo por falta de descenso de los testículos al escroto), *orquitis* (inflamación testicular), *orquidectomía* (extirpación quirúrgica de uno o ambos testículos) o

monorquidia (presencia de un solo testículo). Y el caso es que esa etimología cuadra bien en urología, desde luego, pero resulta cuando menos chocante para unas flores tan bellas y delicadas como las *orquídeas*. Resulta chocante, sí, hasta que uno desentierra una orquídea del género *Orchis* y echa un vistazo a su raíz tuberosa, con dos tubérculos simétricos de asombroso parecido con los testículos humanos o de otros mamíferos. El nombre común de la orquídea *Orchis morio*, de hecho, es en español «compañón de perro»; natural, a la vista de la imagen adjunta.

» Desde la RAMSA

Por Francisco S. Lozano Sánchez

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



Academias de Medicina en Salamanca previas a la RAMSA

• PRIMERA PARTE •

Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca (1884-1988)

Las Academias Médicas en España surgen en el siglo XVIII. Salamanca no podía estar al margen de estas instituciones hasta 1971, año de constitución de la actual Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA), que cumplió su 50º aniversario en 2021 (1). De hecho, entre 1749 y 1971 existen referencias sobre siete Academias Médicas, de distinta índole, con sede en Salamanca: cinco escolares (de estudiantes) y dos formadas íntegramente por profesionales (Tabla 1). Estas últimas, la Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca (AMCSA) y la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca (AMFSA), son el motivo del presente artículo (dividido en dos partes); son los precedentes de la RAMSA (2).

La Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca (AMCSA) se constituyó el 22 de mayo de 1884 a iniciativa del Dr. Ramón Carranza Ibáñez, que ostentaba la átedra de Obstetricia de la Facultad Libre de Medicina de Salamanca.

La primera Junta de Gobierno de la AMCSA estuvo compuesta por Ramón Carranza Ibáñez (presidente); Ángel Villar y Macías (vicepresidente); José Esteban Lorenzo, Ángel Núñez Sampelayo y José Luis Muñoz (censores); José López Alonso (secretario general); Enrique Madrazo Villa (vicesecretario); y Juan Alvarado Gómez (tesorero-bibliotecario). Fue nombrado presidente de honor D. Pedro Sánchez Llevot (decano de la Facultad de Medicina), y órgano de expresión de la Academia, el *Correo Médico Castellano* (director-propietario: Dr. López Alonso).

Un mes después, el Dr. Carranza presentó la renuncia de su cargo como presidente. Le sustituyó su vicepresidente electo, Dr. Villar y Macías (doctor en Farmacia, doctor en Medicina y Cirugía y licenciado en Ciencias Físico-Químicas; profesor de la Facultad Libre de Medicina de Salamanca de Medicina Legal y Toxicología y, posteriormente, de Higiene Privada).

El 19 de octubre de 1884 tuvo lugar el solemne acto de inauguración y apertura del primer curso de la AMCSA, en el Paraninfo de la Universidad de Salamanca. Estuvieron presentes los señores académicos, miembros de las corporaciones locales, de las comisiones del claustro universitario, de la Academia de Legislación, del Colegio de Abogados, de la Escuela de San Eloy, del Colegio de Nobles Irlandeses, etc., y la prensa. Presidió el acto el Excmo. Sr. D. Ángel Villar y Macías, teniendo a su derecha al gobernador civil y al alcalde constitucional, y a su izquierda, al senador por la Universidad, al decano de la Facultad de Medicina y al secretario general de la Academia.

Durante el bienio 1884-85, la AMCSA realizó una activa labor.

Tabla 1. Academias Médicas en Salamanca (1749-2015)

Fecha	Denominación	Primer presidente
1749	Academia Universitaria de Medicina	No disponible
1877	Academia Tológica (Obstétrica) Escolar	Sr. Hernández
1884	Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca	Ramón Carranza
1886	Academia Escolar de Medicina	Sr. López Campello
1903	Academia Médico Escolar de Salamanca	José Carlos Herrera
1904	Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca	Ángel Núñez Sampelayo
1927	Academia Médico Escolar de Salamanca	Darío Carrasco
1971	Real Academia de Medicina de Salamanca	Fernando Cuadrado
1972	Academia de Cirugía de Salamanca	Santiago Tamames
2015	Academia de Alumnos Internos de Medicina	Raúl Antúnez-Conde

Tabla 1. Academias Médicas en Salamanca entre 1949 y 2015.

La epidemiología del cólera llenó gran parte de la actividad académica. La importancia del tema llenó hojas enteras de las primeras páginas de los periódicos. La profilaxis del cólera ocupó a la Academia seis sesiones. Los académicos que tomaron parte en esos debates fueron: Villar y Macías (presidente), Núñez, Muñoz, López Alonso, Elena, Urribarri, García Martín, Hernández, Cuesta, Baz y Requejo.

Pero esa intensa participación de los académicos cambió en poco tiempo. Así, en febrero de 1885, la junta directiva se quejaba de la escasa asistencia de académicos a los actos científicos: en la última, ¡ochos académicos!

El 27 de febrero de 1885, la Academia suspendió sus actividades científicas; el motivo fue el fallecimiento del Dr. Ángel Villar y Macías, su presidente. La Academia le rindió un merecido *in memoriam*, en el que participaron diferentes académicos (Casimiro Baz, José López Alonso, etc.), pero quizá la más elocuente y emotiva fue la intervención de su amigo, el Dr. Lucas García Martín. Un artículo sobre su figura (incluyendo un grabado), vida y obra fue publicado por López Alonso en el *Correo Médico Castellano*.

Días después, la junta general de académicos procedió al nombramiento del nuevo presidente y vicepresidente de la institución, resultando elegidos D. Marciano de Nô Alonso



Figura 1. Galería de presidentes de la Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca (1884-1888). De izquierda a derecha: Ramón Carranza Ibáñez (1884), Ángel Villar y Macías (1884-1885) y Marciano de Nô y Alonso (1885-1888).

(responsable de la Cátedra de Clínica Médica de la Facultad Libre de Medicina de Salamanca) y D. José Esteban Lorenzo (profesor de Clínica Quirúrgica y sucesor de Sánchez Llevot en el decanato a partir de 1894). Era la tercera presidencia de la institución en apenas un año (Figura 1).

Después de la pausa por el fallecimiento del presidente, se reiniciaron las sesiones científicas. Es importante reseñar que la secretaría de la AMCSA recibió un escrito —fechado en Valencia el 25 de septiembre de 1885— de contestación por parte del Dr. Ferrán, aceptando y agradeciendo el nombramiento de académico honorario por parte de la Academia.

En noviembre se celebró la sesión inaugural del curso 1885 a 1886, en cuyo acto el académico de número Dr. D. Antonio Díez González leyó el discurso titulado *Concepto del hombre en el estado actual de la ciencia*. Si bien el acto revistió cierta solemnidad, se notó escaso entusiasmo de los pocos académicos que asistieron; en opinión de Solano (uno de los seudónimos que utilizaba con frecuencia el editor de la revista y secretario de la Academia, José López Alonso): “Fue un acto un tanto glacial y de funestos resultados para la vida futura de la Academia”.

En febrero de 1886, el *Correo Médico Castellano* vuelve a insistir sobre la “pasividad imperdonable de la Academia de Medicina de la ciudad, ... y a cumplir su reglamento que previene en uno de sus artículos la celebración de dos sesiones mensuales por lo menos”.

En diciembre de 1886, la prensa local *El Progreso* informa sobre la última actividad científica de la Academia del año. En ella se dice que la Academia de Medicina de la ciudad no tardará en celebrar una sesión sobre *La septicemia en cirugía*, a cargo del académico de número D. José Luis Muñoz.

En abril de 1888 se puede leer una de las últimas noticias

— si no la última— sobre una actividad científico-pública de la Academia. En ella se dice que la Academia de Medicina de la ciudad impartió, bajo la presidencia del Dr. de Nô, una sesión sobre *Placenta previa*, a cargo del Sr. Petit.

Lamentablemente, las cosas no transcurrían bien, y así, el 10 de octubre de 1888, podemos leer textualmente: “Malos vientos corren por ahí para la vida de nuestra Academia”. “¿Qué otra cosa, más que lástima, merece quien pretende derribar un templo del cual es sacerdote?”. Resulta que, según el Reglamento de la Academia, la inauguración del curso debería celebrarse dentro de la primera quincena del mes de octubre y, a la fecha, no se sabía nada al respecto. En este ambiente se reunió la junta general de académicos para acordar todo lo concerniente al estado actual y al porvenir de la institución.

A partir de ahí, nada más se ha podido encontrar. La búsqueda de información en prensa general (*El Progreso*, *El Fomento*) y/o especializada (*El Correo Médico Castellano*, *La Regeneración Médica*) editada en Salamanca en los meses y años posteriores no ha permitido encontrar nada al respecto, con lo que suponemos que la Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca tocó a su fin después de algo más de cuatro años de andadura (mayo de 1884-octubre de 1888).

Referencias:

1. Gutiérrez Rodilla BM (coord.). *Real Academia de Medicina de Salamanca. Historia de la RAMSA. 50º Aniversario (1971-2001)*. Ed. Universidad de Salamanca. Salamanca, 2023.
2. Lozano Sánchez FS. *Academias Médicas en Salamanca y otras Academias*. Ed. Diputación de Salamanca. Salamanca, 2025.

» Medicina para todos

Por Iluminado Oliva



El suicidio entre los jóvenes. Prevención

En este artículo, el autor recuerda que hay “signos de alarma” ante la sospecha de suicidio, como “el aislamiento social y personal, romper con los amigos, los cambios de humor o el desinterés por las cosas”



La historia de los suicidios (quitarse voluntariamente la vida) es tan antigua como la humanidad. Hay múltiples facetas sobre estos actos descritas en todas las culturas. Algunos ejemplos

- El suicidio como herramienta política o religiosa: autoinmolaciones con explosivos, los kamikazes japoneses (con los aviones), el satí en la India (sacrificio voluntario en la pira funeraria —fuego— de la viuda ante la muerte del esposo)...
- Debido a enfermedades incurables o invalidantes, cánceres, el paro, desastres económicos y sociales, divorcios, desahucios, sinhogarismo, acoso en sus diferentes formas, depresión, esquizofrenia, traumatismos cerebrales, alteraciones genéticas, antecedentes familiares, trastornos de la conducta alimentaria, excesivo culto a la imagen, pensamientos negativos, drogas, alcohol y el síndrome de abstinencia, guerras, cárceles, etc.

En la segunda mitad del siglo XX, el suicidio infantojuvenil en Japón era llamativo, y se atribuyó a la competitividad que existía en el ámbito educativo, dado que los “mejores” tendrían mayor facilidad de acceso a puestos destacados en la industria.

El clima también influye. En este sentido, en los países que tienen menos horas de sol aumenta su frecuencia.

El suicidio ha sido considerado un acto altruista en algún caso: una forma de evitar que otros sufran. En otras ocasiones, sin embargo, una acción cobarde, despreciable, ilegal; incluso se ha prohibido el enterramiento del suicida en los cementerios por considerarlo contrario al destino de la naturaleza.

La eutanasia es una práctica que no trataremos aquí.

Hace 60-70 años, el suicidio entre los jóvenes en nuestro país era casi anecdótico. Sin embargo, en este momento, lamentablemente, es frecuente noticia en los medios de información.

En edad escolar y juvenil, según los últimos datos de 2024 del Instituto Nacional de Estadística de España, se registraron 76 suicidios, 13 más que en 2023. La cifra es mayor en los varones en la franja de edad entre 15-19 años, pero en la de 20-24 aumenta en la población femenina.

En 2023 se cita una cifra media en toda la población española de unos 11 suicidios al día, y en el mundo, de 800.000 al año, aunque probablemente las verdaderas sean mayores que las que se recogen oficialmente, ya que ese acto se considera vergonzoso y las familias procuran ocultarlo.

Las cifras de muertes por esta causa superan a las debidas a los accidentes de tráfico.

Los intentos de suicidio entre los jóvenes también han aumentado, siendo estos más frecuentes en las chicas.

¿Por qué será esa “epidemia” y este aumento de la frecuencia entre los jóvenes?

Hay múltiples aspectos en nuestra sociedad que pueden explicarlo:

- Han disminuido los valores espirituales en muchos grupos sociales.
- El libre acceso a algunas páginas web es, sin duda, un factor. Esta, entre otras, es una razón por la que algunos países

» Medicina para todos

prohíben el uso del teléfono móvil en los centros escolares a menores de 16 años: Suecia, Países Bajos, Francia, Australia... La UNESCO también recomienda aplicar esta normativa.

- El consumo de drogas y alcohol es otro factor.
- El aumento de enfermedades mentales como la depresión, la esquizofrenia o la disminución de relaciones personales de convivencia (aislamiento) también influye. Es frecuente ver a jóvenes solos, reclusos, con su móvil durante largos periodos de tiempo.
- El acoso en las aulas (*bullying*) y el sexual son motivos frecuentes a destacar en este momento.
- Igualmente, la facilidad para adquirir armas en algunos países (no en España, por suerte) es otro factor.
- Las ludopatías o adicciones a los juegos con fines lucrativos son un hecho frecuente; pueden predisponer al suicidio del jugador y, a veces, también de su pareja.
- El uso abusivo de medicaciones como opiáceos o benzodiazepinas, sin control médico ni farmacéutico, es otra causa.
- Etc.

Medidas para la prevención del suicidio

Para evitarlos se intentan varios medios; quizás el mejor sea la concienciación del problema por parte de toda la sociedad y poner medidas: padres, amigos, educadores e instituciones relacionadas con los jóvenes.

El Teléfono de la Esperanza, las consultas a especialistas (psiquiatras, psicólogos) o las prácticas religiosas, todas pueden ayudar.

Conviene hacer seguimiento médico de las personas que han intentado suicidarse.

Las campañas educativas en los centros escolares sobre este problema son esenciales.

Igualmente, evitar las situaciones descritas en el apartado anterior: el acoso escolar o *bullying*, el sexual, el ciberacoso, el acceso a las armas, alcohol, drogas, ludopatías, etc.

Son útiles los obstáculos para impedir el suicidio, por ejemplo: las barandillas en los balcones peligrosos, las vallas en las vías del tren, el metro o en los puentes con grandes alturas. También evitar el acceso a venenos como pesticidas, a fármacos peligrosos como el fentanilo u otros.

Comunicar el deseo de suicidarse es un medio utilísimo para evitarlo. El “tragarse todo para uno mismo” es una forma de agrandar el conflicto. “Una pena compartida es media pena”.

Tener una razón para vivir, sentirse motivado —útil—, los pensamientos positivos, actividades tanto físicas como mentales, ayudar a la comunidad, etc., son aspectos bien conocidos.

Hay signos de alarma que se deben observar ante la sospecha de suicidio: el aislamiento social y personal, el romper con los amigos, los cambios de humor, el desinterés por las cosas...

En España hay una línea telefónica al servicio público: el número 024 y otros medios, como los ya citados. También puede ser de interés llamar al 112 ante situaciones límite.

Las medidas educativas y de prevención en toda la población española han dado su fruto. Así, en el año 2024 se han registrado 3.953 suicidios, 165 menos que el año anterior. Pero en la población infantojuvenil las cosas van a peor, y el problema es grave y preocupante.

Con la colaboración del Dr. Francisco Rey Sánchez, psiquiatra del Hospital Universitario de Salamanca



» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Escritas y relatadas por Juan Manuel Igea

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



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

José de Letamendi y Manjarrés (1828-1897)

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

Nuevos compuestos orgánicos en los chorros de Encelado: un avance clave para la astrobiología

Un trabajo publicado en *Nature Astronomy* presenta el análisis más detallado hasta la fecha del material orgánico presente en los chorros de hielo expulsados desde el océano subsuperficial de Encelado, la luna de Saturno. El estudio, basado en los espectros obtenidos por el instrumento Cosmic Dust Analyzer (CDA) durante el sobrevuelo E5 de la misión Cassini, revela la presencia de un conjunto mucho más diverso de compuestos orgánicos que los identificados en análisis previos.

A diferencia de los granos analizados en el anillo E, que eran más antiguos y se habían expuesto a procesos de meteorización espacial, las partículas examinadas ahora proceden de un muestreo directo del penacho, a apenas minutos de su emisión desde fracturas cercanas al polo sur. Esta circunstancia permite una aproximación más fidedigna al inventario químico real del océano interno.

Este análisis ha encontrado compuestos aromáticos (grupos arilo), ya identificados en los estudios anteriores; aldehídos y otros compuestos O-portadores, entre ellos patrones compatibles con acetaldehído, potencial precursor en rutas prebiológicas hacia ácidos carboxílicos y aminoácidos; ésteres, alquenos y éteres/etilos, detectados gracias a la mayor energía de impacto (17,7 km/s), que permite observar patrones de fragmentación invisibles a velocidades menores; y especies que contienen simultáneamente grupos nitrogenados y oxigenados, compatibles con fragmentos derivados de heterociclos como la pirimidina o la piridina.

La combinación de estos fragmentos orgánicos sugiere un entorno rico desde un punto de vista químico, compatible con procesos hidrotermales en el fondo oceánico de Encelado. Entre las rutas propuestas se encuentran reacciones de oxidación-reducción entre volátiles ya conocidos (p. ej., H_2 , CO, NH_3), capaces de originar aromáticos, aldehídos o nitrilos en condiciones

plausiblemente habitables. Los autores subrayan que esta detección no implica actividad biológica, pero sí delimita un conjunto de rutas geoquímicas plausibles para la síntesis prebiótica de moléculas más complejas. La presencia simultánea de fosfatos, que se han detectado en estudios recientes, añade un elemento adicional en favor del interés astrobiológico del satélite.

En conjunto, estos resultados consolidan a Encelado como uno de los principales objetivos para futuras misiones dedicadas a la búsqueda de vida en el Sistema Solar. El análisis directo de estos granos, preservados en estado «fresco», constituye una de las pruebas más sólidas de la complejidad química de su océano interno

y abre nuevas vías para comprender los procesos que podrían sostener química orgánica avanzada en mundos oceánicos.

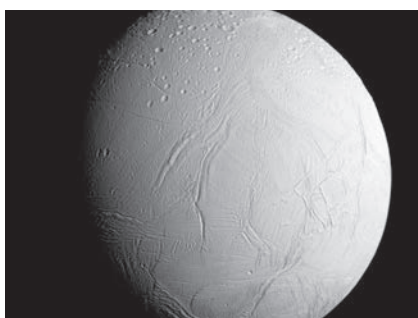


Imagen capturada por la nave espacial Cassini de la NASA que muestra la cara de Encelado que mira hacia Saturno. / FOTO: NASA-JPL Photojournal

Referencia bibliográfica:

Khawaja N, Postberg F, O'Sullivan TR, Napoleoni M, Kempf S, Klenner F, et al. Detection of organic compounds in freshly ejected ice grains from Enceladus's ocean. *Nat Astron.* 2025. <https://doi.org/10.1038/s41550-025-02655-y>.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Posible firma biológica en Marte: Perseverance identifica asociaciones minerales guiadas por reacciones redox en uno de sus cráteres

Un estudio publicado recientemente en *Nature* describe un hallazgo de notable relevancia para la astrobiología: el vehículo Perseverance ha identificado en el cráter Jezero, en Marte, un conjunto de texturas, minerales y trazas de carbono orgánico en rocas sedimentarias de la denominada formación Bright Angel. Estas observaciones apuntan a que el subsuelo marciano pudo haber albergado condiciones químicas compatibles con procesos biológicos, aunque su origen sigue siendo incierto.

Las rocas estudiadas —principalmente lutitas finas con capas de yeso y otros sulfatos cálcicos— presentan nódulos de fosfatos de hierro (probablemente vivianita) y zonas milimétricas denominadas frentes de reacción, enriquecidas en minerales de sulfuro de hierro, como greigita. La distribución de estos minerales, no alineada con la estratificación, sugiere una formación *in situ*, posterior a la sedimentación.

El instrumento SHERLOC detectó además una señal Raman compatible con carbono orgánico, cuya presencia parece correlacionarse con la abundancia de vivianita y greigita. Este patrón apoya la hipótesis de que reacciones redox de bajo grado (que posiblemente implican la oxidación de materia orgánica y la reducción de hierro y sulfatos) impulsaron la mineralogénesis observada. El estudio plantea dos escenarios. El primero es un origen abiótico del hallazgo. Procesos pura-

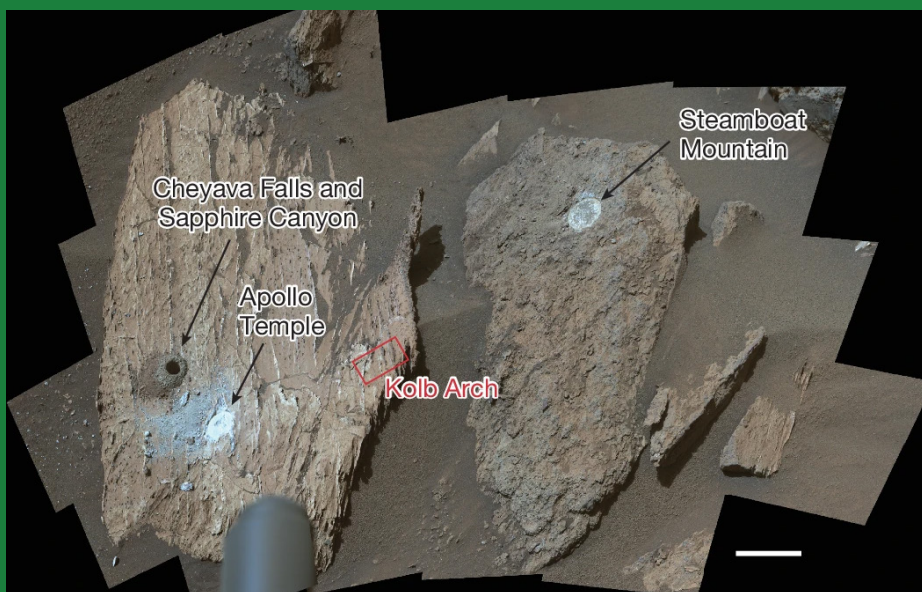
mente geoquímicos redujeron el hierro y los sulfatos a bajas temperaturas. Aunque es una explicación viable, hay varios pasos que requieren condiciones poco probables en el entorno descrito. El segundo escenario es su origen biológico, según el cual algunas rutas metabólicas microbianas, análogas a las observadas en ambientes ferruginosos terrestres, produjeron vivianita, greigita y patrones texturales análogos. Los autores no afirman la existencia de vida pasada, pero consideran estos rasgos como «potenciales firmas biológicas» que requieren una investigación adicional.

La comunidad científica deposita ahora grandes expectativas en el análisis detallado del núcleo extraído, cuya futura recuperación en futuras misiones de retorno de muestras permitirá determinar con mayor precisión si estos minerales y asociaciones químicas representan un proceso puramente geoquímico o la huella de un metabolismo antiguo.

Este hallazgo, aunque preliminar, refuerza el valor del cráter Jezero como uno de los lugares más prometedores para comprender la habitabilidad de Marte en su pasado remoto.

Referencia bibliográfica:

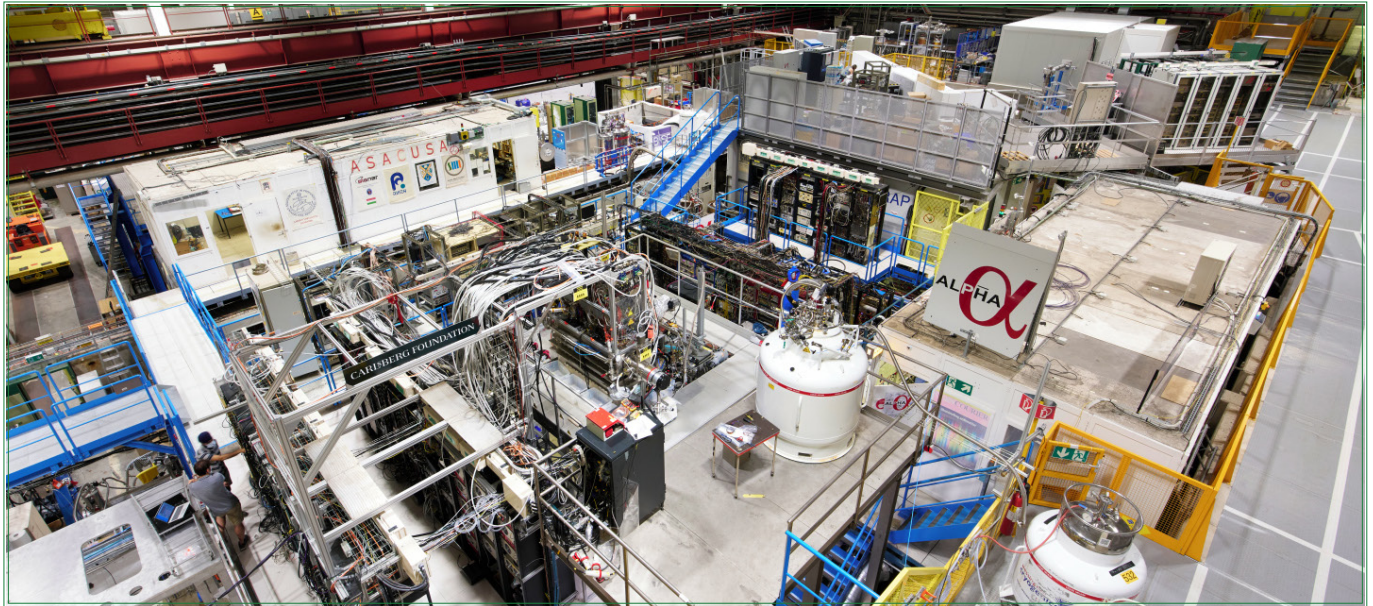
Hurowitz JA, Tice MM, Allwood AC, Cable ML, Hand KP, Murphy AE, et al. Redox-driven mineral and organic associations in Jezero Crater, Mars. *Nature*. 2025;645:332-340



Mosaico de imágenes Mastcam-Z del área de trabajo de Beaver Falls en el sol 1217. El bloque estratificado de tonos claros contiene el objetivo de superficie natural Cheyava Falls, la abrasión Apollo Temple y la ubicación de la muestra del núcleo Sapphire Canyon / Foto: [NASA/JPL-Caltech/ASU/MSSS](#)

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Avance significativo en la producción de antihidrógeno: un salto tecnológico con implicaciones para la ciencia médica futura



El experimento ALPHA en la sala del Desacelerador de Antiprotones del CERN. / Foto: CERN

El experimento ALPHA del CERN ha anunciado un progreso notable en la producción de átomos de antihidrógeno, gracias a una nueva técnica de enfriamiento que mejora sustancialmente la eficiencia del proceso. El resultado —la obtención de más de 15 000 átomos en menos de siete horas— supone un incremento de alrededor de ocho veces respecto a métodos anteriores y abre la posibilidad de realizar estudios de antimateria con una precisión que hasta ahora era inalcanzable.

La antimateria, de la que forma parte el antihidrógeno, puede entenderse como un «reflejo» de la materia ordinaria. Para cada partícula elemental que compone el mundo físico existe una partícula equivalente con la misma masa, pero con cargas o propiedades opuestas: los positrones son los «electrones positivos», y los antiprotones son la versión con carga negativa del protón. Cuando materia y antimateria se encuentran, ambas se destruyen y liberan energía. Aunque la antimateria es sumamente escasa en el universo actual, estudiarla permite comprender mejor la estructura fundamental de la materia y fenómenos energéticos de gran precisión.

El avance que presentamos se sustenta en un método de refrigeración simpática: los investigadores emplean iones de berilio sometidos a enfriamiento láser, que transfieren su energía térmica baja a un conjunto de positrones (como se llama a los antielectrones). Estos positrones, enfriados hasta temperaturas cercanas a -266°C , pueden combinarse de forma más controlada con antiprotones para generar átomos de antihidrógeno de

forma estable y en mayor cantidad. Este logro representa una mejora tecnológica destacable en la manipulación de partículas sumamente difíciles de producir y conservar.

Aunque la producción de antimateria pueda parecer distante de la práctica médica, su impacto futuro no es trivial. La física de partículas y la ingeniería asociada a experimentos como ALPHA han sido históricamente motores de innovación médica: desde la tomografía por emisión de positrones (PET), basada precisamente en la interacción entre la materia y la antimateria, hasta los aceleradores utilizados en radioterapia de protones. El aumento de la disponibilidad de antihidrógeno permitirá estudiar sus propiedades con mayor detalle, lo que podría impulsar desarrollos en imagen médica, sistemas cuánticos de medida o tecnologías de radiación altamente controlada.

La investigación en antimateria, por tanto, no solo representa un avance fundamental en física básica, sino una ventana hacia tecnologías biomédicas aún por imaginar. La frontera entre física e ingeniería, aplicada a sistemas extremos, continúa mostrando una fertilidad inesperada para aplicaciones médicas futuras.

Referencia bibliográfica:

Hangst J, Madsen N, ALPHA Collaboration. Breakthrough in antimatter production: new cooling technique enables eight-fold increase in antihydrogen atom production at CERN. *Nature Commun.* 2025; DOI:10.1038/s41467-025-65085-4.

» Ciudad y Medicina

Por Jesús Málaga



El Hospital de San Sebastián

“La dificultad para seguir la actividad de este hospital y de sus cofrades se debe a que es citada en la documentación del Hospital General de la Santísima Trinidad y en la generada por el Cabildo con distintos nombres, diferentes al primitivo: San Sebastián, Santa María, San Juan, Santo Domingo y Santa Lucía de los Mozos. Villar y Macías aporta una explicación a tanto cambio de nombre: fue asumiendo el de las hermandades que se iban añadiendo a la primitiva de los Escribanos”



Vista general de la cabecera de la iglesia de Sancti Spiritus. / FOTO: [Wikimedia Commons - JI FilpoC](#)

Poco conocemos de las actividades y de la fundación del Hospital de San Sebastián. Según nos informa Manuel Villar y Macías, abrió sus puertas en unas casas legadas por Pedro Vidal que lindaban con las de la Alberguería de los Escribanos. Según este historiador salmantino, fue también este gremio el fundador de la cofradía; sus miembros se encargaban de atender a los acogidos. Este lugar debía de estar en los entornos del convento e iglesia de las freiras de Sancti Spiritus; por este motivo, cuando la Corporación del hospital fue suprimida en 1581, fue acogida en la iglesia parroquial y capilla del convento de la Orden de Santiago. La dificultad para seguir la actividad de este hospital y de sus cofrades se debe a que es citada en la documentación del Hospital General de la Santísima Trinidad y en la generada por el Cabildo con distintos nombres, diferentes al primitivo: San Sebastián, Santa María, San Juan, Santo Domingo y Santa Lucía de los Mozos. Villar y Macías aporta una explicación a tanto cambio de nombre: fue asumiendo el de las hermandades que se iban añadiendo a la primitiva de los Escribanos. Esta agrupación de fieles estuvo activa durante muchos años; este estudioso de la historia salmantina la encuentra citada todavía en 1699.

Al lado de la parroquia de Santi Spiritus, años después de su fundación por los toreses, se estableció una casa dedicada a recabar limosnas destinadas a redimir cristianos del poder sarraceno. El rey Alfonso IX de León donó la casa a la Orden de Caballería de Santiago y ordenó que siguiera realizando su benefactor trabajo, desde entonces bajo la tutela de la Orden. Para beneficio de la misma, le concedió el territorio de la ciudad de Salamanca comprendido entre las puertas de San Mateo, hoy Toro, y la de San Cristóbal-Santi Spiritus, despoblado que encargó repoblar a la Orden. Años después, el obispo don Gonzalo, de acuerdo con el Cabildo, hizo donación expresa a la Orden de Santiago de la parroquia de Sancti Spiritus con dos condiciones: se reservaba para la mitra el cobro de la tercera parte de los diezmos y el templo no dejaría nunca de ser parroquia.

Las beatas de santa Ana

Coincidiendo en el tiempo, algunas mujeres piadosas, esposas de caballeros que estaban en la guerra, se retiraban para seguir una vida religiosa a una ermita dedicada a santa Ana. Estas, denominadas beatas de santa Ana, fueron las primeras mujeres que ocuparon el monasterio de Sancti Spiritus, siendo la mayoría de ellas de origen aristocrático.

Villar y Macías confirmó con datos quiénes fueron sus fundadores, Martín Alonso y su esposa María Méndez, y afirmó con rotundidad que carecía de fundamento el privilegio concedido por el rey Fernando el 15 de noviembre de 1030, basado en una visión que tuvo el monarca en la batalla

» Ciudad y Medicina

de Compostela, según la cual el primer caballero que muriese en ella dejaría sus rentas y propiedades al monasterio de Santo Spíritus de Salamanca, ya que fueron las plegarias de sus monjas las que hicieron posible que el rey saliera vencedor en aquella contienda. El monarca cumplió su compromiso y, al ser el primero en morir Albar Sánchez al alcanzarle una saeta, el rey concedió la encomienda que poseía el fallecido en Castiel de la Atalaya y Palomera al cenobio salmantino y, asimismo, ordenó que desde entonces la abadesa fuera llamada comendadora. Historiadores como el padre Mariana, que profundizaron en el asunto, confirmaron también la falsedad del privilegio.

Felipe II fue informado de la dudosa veracidad de la prerrogativa, pero no se atrevió a revocarla, confirmándola en 1561. Villar y Macías aportó multitud de datos falsos en los que está basado el documento. Pero las freiras no se contentaron con guardar el documento en su archivo para ocultarlo; lo hicieron escribir en piedra, en la portada de entrada desde la calle al templo, para general conocimiento.

Para ser admitida religiosa en las comendadoras de Sancti Spíritus se pedían los mismos requisitos que para ingresar en la Orden de Santiago. Las mujeres que tuvieran antecedentes en sus familias de moros, judíos o conversos, las que no tuvieran acreditada su nobleza o linaje, eran rechazadas. Ser hijas de hombres principales, no haber vivido con otras mujeres o no haber servido a nadie eran avals para entrar en el beaterio. Sus padres no podían haber ejercido oficios viles o bajos, como los de platero, pintor, bordador, cantero, mesonero, tabernero o escribano; se les impedía el acceso a las mujeres cuyos padres hubieran sido o fueran secretarios del rey, de personas reales o de procuradores públicos.

Demolición del convento

La comendadora era elegida por las freiras. Felipe II ordenó que para ser electa debía tener cuarenta años de edad y diez de profesa. El número de freiras en Santi Spíritus no debía superar las cuarenta y cinco sergentas. No estaban obligadas a guardar clausura; para recordar a las autoridades eclesiásticas este privilegio, el día 26 de julio, festividad de santa Ana, y en la Pascua de Pentecostés, la comunidad salía del convento por la portería de la iglesia a la calle. Recibían en sus habitaciones a familiares, amigos y conocidos, a diferencia de las monjas de otros conventos, que lo hacían a través de una celosía en una habitación habilitada en la portería, junto al torno.

El 26 de julio de 1786, tres capellanes de honor procedentes de Madrid distribuyeron en cinco coches a las señoras de Sancti Spíritus por diversos conventos del reino, quedando solamente en el de Salamanca dos legas y una religiosa de avanzada edad, según informa en su *Historia* Manuel Villar y Macías. Abandonado a su suerte, hubo un intento de volverlo a ocupar, pero las autoridades del momento se encontraron con un edificio muy deteriorado; por ese motivo fue demolido, dejando en pie la iglesia.

Posteriormente, comenzó la construcción de un nuevo monasterio bajo la dirección del arquitecto madrileño Ramón Durán, colocando la primera piedra Gaspar de Jovellanos. Pero no hubo suerte: la obra padeció frecuentes interrupciones. Se pensó continuarlas después de la Guerra de la Independencia, ateniéndose a los planos del arquitecto Blas de Vega García; se

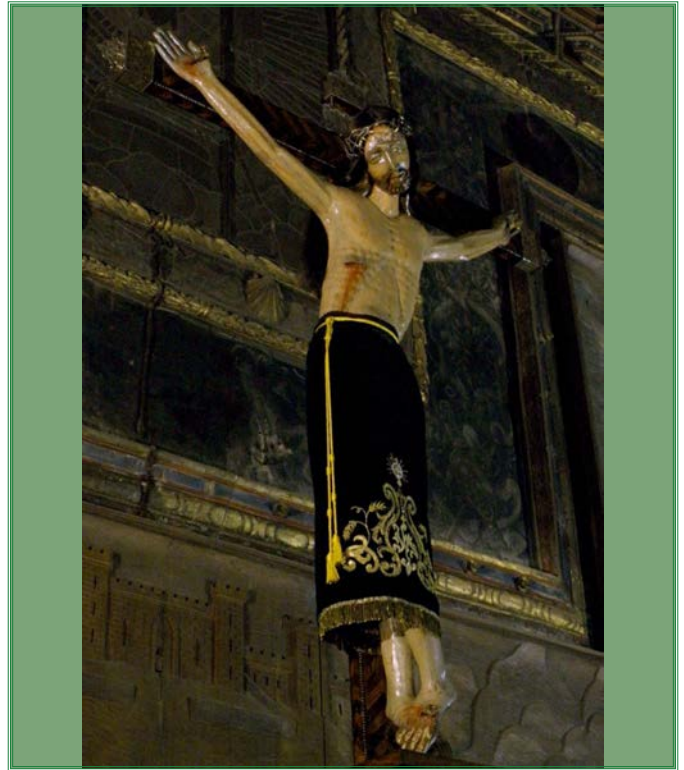


Imagen del Cristo de los Milagros, situada en el coro bajo de la iglesia de Sancti Spíritus. / FOTO: [Wikimedia Commons - Zarateman](#)

quiso utilizar el nuevo monasterio para acoger el colegio militar del Rey, de la Orden masculina de Santiago, pero no se llegaron a realizar las obras. En 1843 se realizaron las consideradas intervenciones necesarias para establecer la cárcel pública del distrito judicial. Otras nuevas obras fueron iniciadas en 1876 para instalar en el monasterio el cuartel de infantería.

En el presbiterio de la iglesia se encuentran los sepulcros de los fundadores y, en el coro bajo de la comunidad, un artesonado morisco de gran valor artístico, donde se venera la imagen del Cristo de los Milagros o de Santa Ana, al que se le pueden rezar desde la calle los credos. La piadosa costumbre consiste en comenzar recitando un credo e ir incrementando cada día uno más hasta llegar a los treinta la última jornada del mes. Después, ir bajando uno a uno hasta llegar a cero; es entonces cuando se da por terminada la oración, obteniéndose las indulgencias consabidas. Se trata de una oración de sesenta días de duración, con un mes subiendo y otro bajando. Esta tradición piadosa ha ido disminuyendo hasta prácticamente desaparecer.

El Hospital de San Sebastián y la cofradía de escribanos que lo atendía vivieron una vida en paralelo con la parroquia y el monasterio de Sancti Spíritus, acabando sus días fusionados con la feligresía que los acogió. Esta es la diferencia con otros conventos: la iglesia de Sancti Spíritus funcionó como capilla del cenobio, pero siempre mantuvo la independencia como parroquia, distinguiendo y separando una función de la otra.

» Maestros con Historia

Por Ramón Martín Rodrigo

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

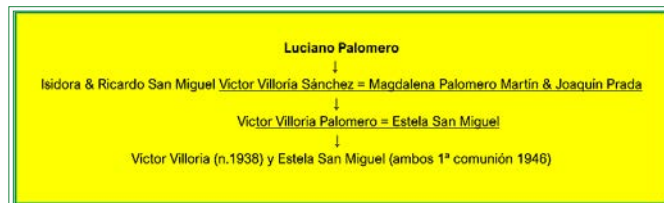


Don Víctor Villoria Sánchez

Durante cerca de treinta años desplegó una labor constante y un trabajo agotador desde su clínica prestigiosa... Por toda la región corría la fama de su nombre y de su labor científica¹

LUGAR DE NACIMIENTO Y FAMILIA

Víctor Villoria Sánchez nació en 1882 en el pequeño pueblo de Pelilla, distante unos diez km de Ledesma, pero con frecuencia consta como nacido en Ledesma; y una vez él mismo escribió que era natural de Samasa, una alquería próxima a Ledesma. Así pues, se deduce que su familia pudo trasladarse de un domicilio a otro cuando él era pequeño. Se entiende que realizaría los estudios de instrucción primaria en Ledesma, pero de esto no hay datos, aunque se deduce, por algunas notas que sacó en la enseñanza secundaria, que para prepararse el ingreso en el bachillerato probablemente recibió clases particulares². El esquema familiar se refleja en el siguiente cuadro:



ESTUDIOS DE BACHILLERATO

D. Víctor Villoria realizó los estudios de segunda enseñanza en el Instituto General y Técnico de Salamanca. Solicitó su examen de ingreso el 24 de mayo de 1894 y, como su padre probablemente no estaba en Salamanca, lo avalaron dos testigos, don Marcelino Núñez y don Victoriano Zurdo. Existe un detalle que quizás explique algo de su vida posterior. Es que el médico que informó de sus características físicas para la asignatura de Gimnástica señaló que padecía reuma. En adelante, este niño de 12 años se defiende por sí mismo, haciendo instancias al director del instituto.

En el citado año de 1894 también aprobó Geografía, primero de Latín y Lengua Castellana. En segundo curso de Latín, obtuvo la calificación de sobresaliente, por lo cual se presentó a un nuevo examen de premio, que también ganó. Y, por cierto, le pusieron para traducir del latín al español la fábula *Dum canis natans per flumen* = Bebiendo un perro en el Nilo, que entendió perfectamente, sacó la moraleja y analizó gramaticalmente; y, por tanto, ganó premio, que le concedía matrícula gratuita de una asignatura en el curso siguiente³.

ESTUDIOS DE MEDICINA

Seguidamente, cursó la carrera de Medicina, desde el curso 1899-1900 al 1904-1905, inclusive. Obtuvo 12 sobresalientes, 3 notables, un bueno y 10 aprobados, siendo destacable que cursó algunas asignaturas por enseñanza no oficial. En noviembre de 1905 realizó el grado de licenciado, obteniendo la calificación de sobresaliente. Formaron el tribunal de los tres ejercicios exigidos los profesores **don Rodrigo Sánchez, don Indalecio Cuesta y don Arturo Núñez**⁴.



Durante su carrera tuvieron lugar las reivindicaciones de estudiantes para pedir el cambio de la Escuela Libre de Enseñanza a Facultad estatal⁵. Al final, Salamanca consiguió la anhelada Facultad, con lo cual Víctor Villoria conoció ambas categorías del centro de enseñanza médica.

UNA PERSONALIDAD RECONOCIDA EN LEDESMA

Don Víctor Villoria comenzó muy prontamente a ejercer en Ledesma, pues, según sus palabras, ya en 1906 se encontraba en ejercicio en esta villa y contaba 24 años. La vida dura y sacrificada del médico rural, en medio de bastante soledad y con pocos medios sanitarios, quedó publicada por José González Castro, Crotontilo, en 1921. Tres años después aparecía en *El Adelanto* un artículo titulado *Aspectos de la vida rural: Los médicos*, por J. L. (¿José Luis Salazar?), que ahondaba en el trabajo y dureza de la vida cotidiana de un médico cuyo destino fuera un pueblo pequeño y alejado de la capital. Pero los médicos de Ledesma no se podían encuadrar en el concepto estricto de médico rural. Veamos en el siguiente epígrafe cómo era y aparecía Ledesma en el primer tercio del siglo XX:

LA VILLA DE LEDESMA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

Esta villa, cabecera de partido judicial, contaba en 1900 con 3.399 habitantes, aunque en las décadas siguientes se fue dando

» Maestros con Historia



De izquierda a derecha, D. Casimiro Población (su amigo), D. Joaquín Prada (su cuñado) y D. Serafín Pierna (Cat. de Higiene)¹².

una continua caída de población⁶, de suerte que en 1930 contaba con 2.982, y la población había perdido algo más de 400 habitantes.

Pero en el entorno de Ledesma había una serie de pequeños pueblos que acudían a la villa para infinidad de asuntos, como el mercado semanal. Ledesma contaba con teatro, casino, fonda, farmacia y un hospital para pobres, varias iglesias... Igualmente, había funcionarios, como juez de primera instancia, notario, registrador, letrados y procuradores, administrador de correos, un párroco y varios ecónomos; y por la villa pasaban ricos ganaderos poseedores de dehesas⁷. Había tres médicos, dos de la Beneficencia municipal y uno forense⁸. Por consiguiente, el partido médico de Ledesma no era rural en sentido estricto, sino que, por dotación económica y por las circunstancias, se unía a esas ventajas que no distaba mucho de Salamanca.

EJERCICIO MÉDICO EN LEDESMA, INTEGRACIÓN SOCIAL Y ALTA ESTIMA

En marzo de 1910 se da a conocer la Junta nueva de Sanidad local, apareciendo como médicos integrantes de la misma **don Víctor Villoria** y **don Eduardo Sánchez**.

En julio de 1910 tuvo lugar la petición de mano para don Víctor Villoria de la “bella y simpática señorita” **Magdalena Palomero**, hija de don Luciano Palomero, maestro de obras. Así pues, la boda se celebró en septiembre de 1910.

El enlace matrimonial tuvo efecto en la capilla de la Dolorosa de la Vera Cruz de Salamanca. Bendijo la unión el rector del Colegio de San Ambrosio, **don José Manuel Bartolomé**⁹, y fueron padrinos don José Cuevas Trilla y doña Rosa Martín. El banquete fue servido en el elegante restaurante El Suizo, situado en la calle de Zamora de Salamanca.

En marzo de 1912 se realizó en Salamanca un homenaje en honor de **don Casimiro Población** por haber ganado en oposiciones la cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Entonces habló don Víctor “como compañero del festejado, recordando tiempos de estudiantes y los triunfos alcanzados por su amigo en su vida estudiantil”. En 1913, don Víctor y su mujer, doña Magdalena, apadrinaron a los contrayentes de matrimonio don José Cuevas Trilla y doña Pilar Trilla¹⁰.

En 1915, en la Audiencia Provincial de Salamanca, se juzgaba un delito de robo en el que había resultado herido un sujeto. Realizaron la prueba del herido los médicos **Martín Sánchez, Ca-**

lana y Villoria¹¹, de lo que se deduce que este último fue llamado como **forense de Ledesma**. Pero nos queda velado, de momento, si ya entonces don Víctor había adquirido esta categoría en propiedad o actuaba como suplente o como interino. Lo cierto es que durante muchos años fue forense del Juzgado de Primera Instancia de Ledesma, y así se reitera, por ejemplo, en 1934.

LA EPIDEMIA GRIPAL DE 1918

Se dijo en la necrológica de don Víctor que también tuvo que superar graves dificultades y que pasó por diversas amarguras, pero no se especificaron los momentos duros ni las causas de ellos. Desde luego, para infinidad de médicos fueron graves las circunstancias de la gripe de 1918. Por eso parece obligado recordar lo que sucedió en Ledesma. Según la Inspección Sanitaria de Salamanca, Ledesma ofrecía entonces estos datos: censo de población, 3.476 habitantes; invasiones de gripe, 2.500; fallecidos, 58. Las invasiones significaron el 71,9 por ciento de afectados.

Aunque había tres médicos en la villa, hay que calcular cuántas visitas y certificados de defunción les tocaría efectuar a cada facultativo, especialmente en los meses de mayo y de octubre. Se unió entonces el problema de las subsistencias. En octubre de 1918, en la capital de Salamanca, había carestía de alimentos básicos. Un señor del gremio de trigueros tenía comprada una pequeña partida de trigo en Ledesma, y el alcalde le negó la guía necesaria para llevarla, y expuso que tenía que hacerlo así, pues temía un levantamiento del pueblo en masa. Un concejal de Ledesma envió a *El Adelanto* un escrito, que salió el día 14 de octubre bajo el título de *Remitido*, y explicaba la situación diciendo:

El martes 2 de octubre por la tarde murieron a la misma hora una hermana y un hermano del ecónomo de Santa María, don Eleuterio Toribio Andrés, y en vez de ser enterrados al día siguiente, esperó al jueves para que tuvieran un funeral más solemne. El jueves es día de mercado, y en ese día se presentó el comprador a recoger el trigo. Hecho, pues, el funeral, a media mañana pasó por el medio del mercado, lleno de gente, muchos de ellos forasteros, el entierro de los dos hermanos del cura. Y por la tarde pasó el entierro de otras cuatro personas, de suerte que en un solo día enterraron a cuatro personas¹³.

Así pues, el concejal se quejaba —en nombre de Ledesma— de que, en vez de poner medidas sanitarias adecuadas, se habían realizado actos contrarios a lo aconsejable.

» Maestros con Historia

UNA ENTREVISTA EN 'LA VOZ DE CASTILLA', EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 1923

Con ocasión de un amplio reportaje sobre Ledesma, un fotógrafo y un periodista entrevistaron a don Víctor Villoria. “Fuimos a su casa, un lindo palacete en la Plaza Mayor que une elegancia y sencillez. El doctor, cien veces ilustre, nos dio una grata acogida, con afabilidad y trato social simpático. Vimos su despacho rebotante de libros e instrumentos de trabajo, revistas españolas y extranjeras. También nos enseñó el gabinete dedicado a radiografía, radioscopía y radioterapia. Tiene instalados rayos X y corriente eléctrica”.

Esto corresponde a los visitantes, pero también habló don Víctor, respondiendo a las preguntas que le hacían, y sus palabras, intercaladas entre pregunta y pregunta, son muy interesantes, pues señaló lo siguiente sobre su propia persona:

1. “Terminé la carrera de Medicina en 1906, soy un enamorado fervoroso de ella, dedicándole todas mis ilusiones”.
2. “Mis paisanos me quieren y me consideran grandemente”.
3. “Sentí la necesidad de instalar rayos X, corrientes eléctricas y diatermia, para que de este modo mis enfermos puedan curarse sin salir de su casa”.
4. “Realizo cuantas operaciones de urgencia me reclaman; cultivo ampliamente la cirugía de extremidades y de cosas externas”.
5. “Me vi obligado a dejar el igualatorio”.
6. “Empleo el tiempo de cada día en atender las consultas diarias, realizar las visitas de fuera y atender las llamadas urgentes, a las que acudo presuroso en automóvil, que más que por mí lo tengo por mis enfermos. Y el resto del tiempo lo dedico a mis libros y mis ocupaciones. Vivo contento. Y todos los años voy a Madrid, donde visito hospitales, sanatorios y demás establecimientos relacionados con la Medicina”.

Pero el doctor no dijo que para manejar esos aparatos era preciso saber cómo funcionaban y, además, saber interpretar los datos que le proporcionaban, es decir, ser especialista en la rama que luego se llamó radiología.

Estas seis respuestas no necesitan comentario alguno. Se ve en ellas muy claramente que este señor ha tenido y tiene vocación de médico, y que está entregado al estudio, demostrándose que está puesto al día de los avances de la ciencia médica. De la actividad en su clínica dan testimonio algunas curas anecdóticas recogidas en la prensa salmantina.

DIRECTOR JEFE DEL DISPENSARIO ANTIPALÚDICO EN 1926

Desde los años veinte y en los primeros años de la década de los treinta del pasado siglo hay un gran movimiento para evitar el paludismo y sus consecuencias. Desde la Dirección de Sanidad, y por el inspector de Sanidad de Salamanca, se impulsan diversas medidas para conseguir la erradicación del paludismo.

Se imparten conferencias, se abren Centros Primarios de Higiene y se crean dispensarios antipalúdicos, a los cuales se les facilitaban petróleo para desinfección, estufas en algunos casos y quinina para los enfermos. El dispensario de Ledesma fue uno de los primeros puestos en acción el 15 de abril de 1926. Fue nombrado jefe del mismo don Víctor Villoria Sánchez. He aquí una curiosidad sobre el tema:

Se ha comprobado que hay unos pequeños peces conocidos por gambusias que comen las larvas de los anofeles. Si se echan unas parejas de gambusias en un estanque o charca, se reproducen grandemente y en poco tiempo. En la provincia hay más de 50 charcas en las que se echaron gambusias. Don Víctor Villoria tiene una finca en la carretera de Vitigudino; en la charca que hay en ella, este doctor echó gambusias y en un año han acabado con todos los mosquitos del paludismo (*El Adelanto*, 7 de mayo de 1927).



A la dcha., Víctor Villoria en una de sus últimas fotos. En la segunda y tercera imagen, D. Cándido Rodríguez y su anuncio en 1934.

DON VÍCTOR VILLORIA ANTE LA PROXIMIDAD DE IDEOLOGÍAS POLÍTICAS

En 1924 se realizó la jura de la bandera del somatén en Ledesma, en cuyos actos ya aparece como uno de los médicos de esta villa don Cándido Rodríguez Magallanes, y, como se ve en sus anuncios, ya disponía de rayos X y otros avances médicos, lo que pudo haberse debido a no ser menos en Ledesma que don Víctor y, de esta manera, no perder clientes y ganarse el prestigio de su compañero. A partir de 1923, se instauró en España la dictadura de don Miguel Primo de Rivera. Se estableció el somatén a nivel nacional y se creó el partido de la Unión Patriótica (U. P.). Representantes de este partido estuvieron en Ledesma en 1924 en lo que se puede considerar un mitin; presentaron un Manifiesto de la Derecha Liberal¹⁴.

En 1929 se organizó en Salamanca una Semana Sanitaria, impartándose ocho lecciones relacionadas con la sanidad. Luego, el 23 de enero de 1934, llamados por el inspector de Sanidad don Joaquín de Prada, se reunieron en Salamanca muchos médicos de la capital y de los pueblos, sobre todo los directivos de Centros Primarios de Higiene y los de los dispensarios antipalúdicos. Lógicamente, los recibió don Joaquín y les explicó la situación sanitaria provincial y lo que tenían que hacer: programación, memoria anual y, si era posible, fotografías. Visitaron el Instituto de Higiene en construcción y fueron obsequiados con una comida costeada por el citado Instituto. Lógicamente, entre los asistentes estuvieron don Víctor Villoria y don Cándido Rodríguez Magallanes, este último como representante del Centro de Higiene. En mayo de ese año, *El Adelanto* trae un reportaje sobre Ledesma, y destaca que don Víctor es un médico ilustre y prestigioso.

DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD EN 1934. RETIRADA DE LA PROFESIÓN Y FALLECIMIENTO EN 1936

Con los antecedentes que se llevaban vistos y la proximidad a las ideas políticas conservadoras, nada extraña su ascenso a un

» Maestros con Historia

cargo importante. El 5 de octubre de 1934 Lerroux formó su gobierno. En él entraron tres ministros de la CEDA: Justicia, Agricultura y Trabajo. Así pues, nada extraña que, en octubre de 1934, don Víctor Villoria fuera nombrado director general de Sanidad por decreto del ministro de Trabajo. Un artículo publicado en *La Gaceta Regional* el 25 de ese mes, titulado *Alegría y tristeza*, señala:

En la villa de Ledesma se siente alegría, porque don Víctor es una prestigiosa figura, merecedor de ese honroso cargo, de talento y de laboriosidad e infatigable esfuerzo que siempre ponía al servicio de la Patria. Pero, a la vez, se aprecia una gran pena por perder a un hombre de corazón noble y generoso, lleno de optimismo, simpático a todos, honra y orgullo de Ledesma.

Don Víctor, desde su alto puesto, intentó impulsar la construcción en Ledesma de un sanatorio antituberculoso para funcionarios y otras medidas de mejora sanitaria para la provincia. Desgraciadamente, no estuvo ni un año completo como director general de Sanidad¹⁵. Pero en Ledesma se formó un comité para gestionar la referida construcción. En septiembre de 1935, el comité realizó una visita a Gil Robles y a Cándido Casanueva, y entre los visitantes iba don Víctor Villoria —ya entonces exdirector de Sanidad— para que explicara lo conveniente. Parece ser que don Víctor ya estaba enfermo, y en febrero de 1936 vivía en Salamanca.

La prensa local da cuenta de que comenzó la construcción de un gran edificio a la salida de la Plaza Mayor, esquina de la calle de la Bola y la calle de Toro, y lo vio ya levantado en sus cimientos. Este edificio se acabó bajo la dirección del hijo de don Víctor, de nombre igual, pero de apellidos Sánchez Palomero¹⁶.

Don Víctor murió el 17 de marzo de 1936. *El Adelanto*, en la reseña de su defunción, señala que durante cerca de 30 años desplegó una labor constante y un trabajo agotador desde su prestigiosa clínica de Ledesma hasta hacer cundir por toda aquella región la fama de su nombre.



Notas:

1. Palabras en su necrológica en *El Adelanto* el 18 de marzo de 1936. La foto es de *El Adelanto*, día 24/10/1934.

2. Como lo que más nos interesa es la vida profesional del doctor, los datos familiares que faltan no se han investigado, pues no parecen muy necesarios para esta breve biografía. Se puede añadir que don Ricardo San Miguel murió el 17 de abril de 1946 y que su hija Estela era la mujer de don Víctor Villoria Palomero.

3. La prensa salmantina de entonces, años 1897, 1898 y 1899, recoge que obtuvo sobresaliente en las asignaturas de Francés, Geometría y Trigonometría y Alemán. Con lo cual ya se muestra que era un estudiante inteligente y aplicado.

4. Firmaba las calificaciones como jefe de Negociado D. Eleuterio Población.

5. En 1903 resultó muerto un estudiante, y varios alumnos fueron encarcelados. A estos los fueron a visitar a la prisión algunos profesores, y también fue Víctor Villoria.

6. Según el *Anuario Industrial y Mercantil de la provincia de Salamanca*, publicado en 1926, Ledesma tenía 3.542 habitantes, pero no precisa de dónde ha tomado el dato ni si los habitantes son de derecho o de hecho.

7. Aunque la misma villa se estructura urbanísticamente con barrios fuera del antiguo núcleo amurallado, tal como era el barrio de los Mesones, así como el arrabal de Santa Elena, esa conformación significaba solo pequeñas dificultades para el médico cuando tenía que acudir a la mencionada periferia a visitar a los enfermos que hubiere. Los ganaderos se invitaban a las tiendas de sus reses.

8. En 1898, eran don Rufo Periañez Crespo y don Eduardo Sánchez Hernández, ambos de la Beneficencia municipal, y don Higinio García González, de forense. Los famosos Baños de Ledesma, cercanos a la villa, estaban en dominio del marqués de Santa Marta; tenían médico especial de esta especialidad, independiente de los médicos titulares de Ledesma. Otro tanto sucedía con el balneario de Calzadilla del Campo, en donde ejercía como médico de Baños el doctor Infante.

9. Este señor era un presbítero rector del Colegio de Estudiantes San Ambrosio, en Salamanca, en la calle de Gibraltar. Tenía relación con Ledesma, donde al parecer había estado de ecónomo o de párroco. Y allí se vuelve a ver los días en que una asociación musical visitó la villa, porque él recibió a la citada asociación y expuso que tenía dos grandes inclinaciones, una a la música y la otra a Ledesma.

10. Familia de don Ulpiano Trilla, letrado y diputado provincial en Salamanca por el partido de Ledesma.

11. En Salamanca actuaba con frecuencia como forense don Antonio Calama. Y se deduce que Martín Sánchez también era forense por otro partido judicial.

12. Los tres fueron amigos: Población y Pierna, compañeros de Medicina; Prada y Pierna trabajaron conjuntamente en cuestiones de Sanidad.

13. *El Adelanto*, día 14 de octubre de 1918. También dice algo de esto *El Salmantino*, el 10/10/1934, pero es más resumido.

14. Si esto sucedía por una parte, los estudiantes de la Universidad de Salamanca habían constituido la F. U. E. hacia 1930 y, visitando a los profesores, intentaban ir caldeando el ambiente político, que se sosegó hasta la llegada de la Segunda República española.

15. Ya el 18 de abril de 1935 el ministro de Justicia dispuso el cese forzoso de don Víctor como “forense”, sin admitir que se le considerase jubilado en esta actividad.

16. Véase *Salamanca en el Ayer*, que explica cómo se iba construyendo el citado edificio y cita como bibliografía *Arquitectura y Urbanismo*, por Ignacio Elcuaz, y *El arquitecto Francisco Gil González*, por Sara Núñez. Con todo, han de verse con más detenimiento algunas cuestiones, porque, teniendo el padre y el hijo el mismo nombre, puede haber confusión si es que no se especifica el segundo apellido.

» Historia

Por José M^a Manuel García-Osuna y Rodríguez*Historiador diplomado en Estudios Avanzados de Historia Antigua y Medieval
y médico de Atención Primaria*

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

En la mayoría de las ocasiones, un número importante de Cuestores —que, como ya es sabido, eran los funcionarios encargados de la fiscalidad—, una vez finalizada su carrera política, continuaban la misma como Tribunos de la Plebe o como Ediles.

Pero era difícil encontrar los candidatos suficientes para poder ocupar todas las plazas, por lo que, durante el Principado del emperador Claudio, existieron caballeros que fueron encuadrados o aceptados como senadores por ser Tribunos de la Plebe. Será, por lo tanto, cuando nazca el principado, en el que, al haber perdido atractivo, las carreras de estos senadores no consideraban interesante ser Tribunos de la Plebe o Ediles.

Como ya es sabido, los Tribunos de la Plebe se habían encargado, durante la República, de aprobar las leyes en la Asamblea Popular, donde podían y solían utilizar, a veces de forma profusa, el derecho preventivo del veto contra las leyes manifestamente injustas, en su consideración, contra la plebe de Roma.

Cuando llegue el Imperio, únicamente se encargarán de evitar las condenas injustas de los particulares. Al emperador no le agradaba lo más mínimo que sus leyes fuesen votadas en contra, y oponerse a ellas era muy complicado, ya que, además, los emperadores eran los principales proveedores de las necesidades más esenciales de los ciudadanos en la propia Roma.

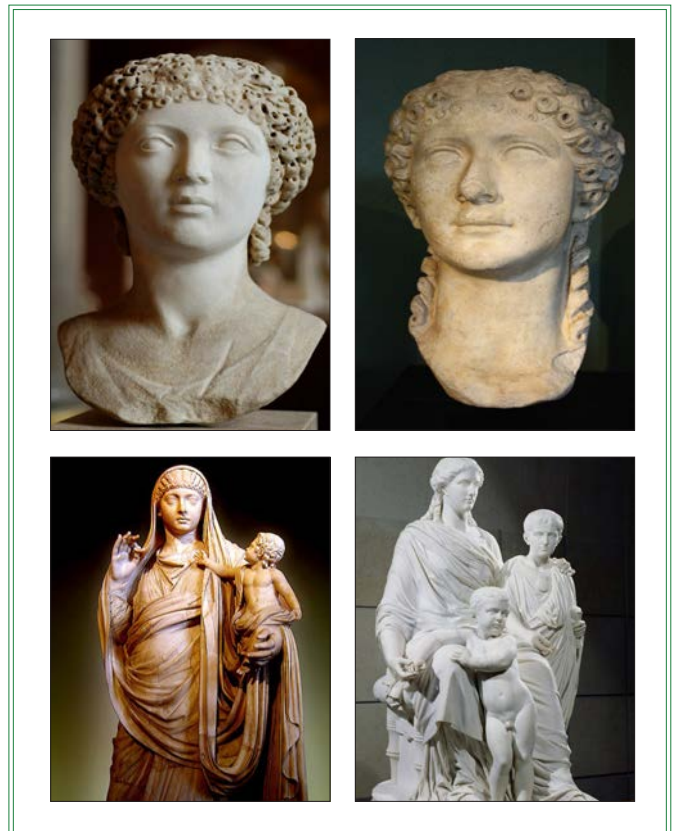
Augusto siempre se arrogó la garantía de la alimentación ciudadana, de la existencia de los juegos del circo y de la propia seguridad de los ciudadanos. Los emperadores aportaron sus recursos para mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos en la propia Roma. Ahora, los Tribunos de la Plebe y los Ediles tenían mucha mayor seguridad.

Pero, por ejemplo, cuando los Tribunos de la Plebe solicitaron al emperador Tiberio que les otorgase permiso para organizar unos juegos, el emperador manifestó que la financiación de esta competencia lúdica debería ser pública.

En el principado de Augusto sería el erario público el denominado con el nombre de *ERARIO DE SATURNO*, que era como se cualificaba al tesoro público, obtenido por medio de los impuestos. Como, además, en el principado las votaciones se realizaban en el Senado, esto lo que representaba era una pérdida de la obtención favorable de los votos y la aceptación de la plebe, que no estaba autorizada a entrar en su sala.

Aunque en la época republicana no había sido raro ni estrambótico que los Ediles utilizarasen sus recursos propios para las actividades ciudadanas, ahora eso ya era imposible, ya que su nivel económico se había reducido.

En el año 19 a. C., un Edil se vio obligado a dejar su cargo, *motu proprio*, por estar atravesando un período personal de pobreza.



De arriba abajo y de izda. a dcha., La emperatriz Popea Sabina, la emperatriz Agripina 'La Menor', la emperatriz Mesalina y su hijo Británico y Cornelia y sus hijos, los hermanos Graco.

Por consiguiente, los Tribunos de la Plebe y los Ediles habrían sufrido cambios profundos, y nunca a favor del ciudadano romano, ya que las asambleas de los ciudadanos habían perdido la importancia tenida en el *SPQR/SENATUS POPULUSQUE ROMANUS* de la República.

«C. Vmmidius Durmius Quadratus, probablemente de origen senatorial, presentaba el inicio más brillante del 'cursus', con el ejercicio de la cuestura junto al emperador; y su éxito inicial continuó con su elección para la edilidad curul y culminó con el consulado». «Su 'cursus' estuvo marcado por el ejercicio de cargos administrativos en la capital, y fue mucho más largo de lo habitual entre los cuestores del emperador. Después de haber ingresado en la curia el 14 d. C., no

» Historia



De arriba abajo y de izda. a dcha., el Foro de Roma, Pretor impartiendo justicia (Federico de Madrazo), la muerte de Gayo Sempronio Graco (François Topino-Lebrun) y moneda del Prefecto del Pretorio, Lucio Elio Sejano, con Tiberio.

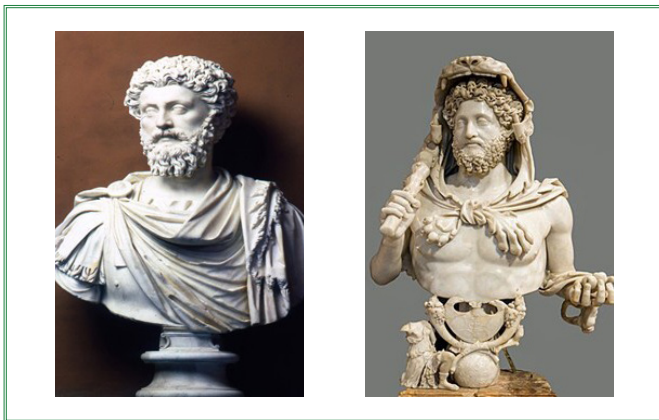
alcanzó el consulado hasta fechas cercanas al 40 d. C., cuando rondaba ya los cincuenta"». ('El Cursus Honorum Senatorial durante la Época Julio-Claudia'. Eva Tobalina Oraá. Eunsa, 2007. Página 116. Nota 99).

Bibliografía esencial y fuentes históricas (subrayadas):

- A-Arbizu, J. M. (2000): *Res publica oppressa*. Complutense.
- Ballester, R. (1989): *Historia de Roma y de la España Romana*. Hora.
- Bédoyère, G. de la (2024): *Populus*. Pasado y Presente.
- Bendala, M.; González Román, C. y Roldán, J. M. (2000): *Historia de la Humanidad. Roma Republicana*. Arlanza.
- Bertolini, F. (1999): *Historia de Roma*. Edimat.
- Blanco Freijeiro, A. (1988): *Historias del Viejo Mundo. La República de Roma*. Historia-16.
- Blázquez, J. M. y Castillo, A. del (1991): *Historia de España. Prehistoria y Edad Antigua*. Espasa-Calpe.
- Boardman, J.; Griffin, J. y Murray, O. (1998): *Historia Oxford del Mundo Clásico. Roma*. Alianza.
- Bourbon, F. y Liberati, A. M. (2001): *Roma Antigua. Óptima/Folio*.
- Bravo, G. (2005): *Historia de la Roma Antigua*. Alianza.
- Broughton, T. R. S. (1986): *The magistrates of the Roman Republic, 509 B.C.-100 B.C.* American Philological Association.
- Bussagli, M. (ed.) (2000): *Roma, arte y arquitectura*. Könemann.
- Cantarella, E. (1996): *Los suplicios capitales en Grecia y Roma*. Akal.
- Carcopino, J. (1974): *Julio César*. Rialp.
- Carcopino, J. (1998): *La vida cotidiana en Roma, en el apogeo del Imperio*. Temas de Hoy.
- Casio, Dion. (2004): *Historia Romana*. Gredos.
- Fernández Nieto, F. J.; Presedo, F. J.; Codoñer, C. y Blanco Freijeiro, A. (1991): *Historia de España (Ramón Menéndez Pidal). España Romana. La Sociedad. El Derecho*. La Cultura. Espasa-Calpe.
- Fernández Nieto, F. J. (coordinador) (2005): *Historia Antigua de Grecia y Roma*. Tirant lo Blanc.
- Gómez Pantoja, J. (coordinador) (2003): *Historia Antigua. Grecia y Roma*. Ariel.
- González Gutiérrez, P. (2023): *Civitas y Poder en Roma*. Desperta Ferro.
- Grimal, P. (2007): *La Civilización Romana*. Paidós.
- Guillén, J. (1977): *Urbs Roma. La Vida Privada*. Sígueme.
- Guillén, J. (1995): *Urbs Roma. La vida pública*. Sígueme.
- Harris, W. V. (1989): *Guerra e Imperialismo en la Roma Republicana, 327-70 a.C.* Siglo XXI.
- Heichelheim, F. M. (1982): *Historia social y económica de Roma*. Rialp.
- Holland, T. (2005): *Rubicon*. Círculo de Lectores/Planeta.
- Kovaliov, S. I. (1985): *Historia de Roma*. Sarpe/Akal.
- Lane Fox, R. (2007): *El Mundo Clásico*. Crítica.
- Le Glay, M. (2001): *Grandeza y decadencia de la República Romana*. Cátedra.
- Lomas Salmonte, F. J. (1989): *Asturia prerromana y Altoimperial*. Silverio Cañada.
- López Barja de Quiroga, P. y Lomas Salmonte, F. J. (2004): *Historia de Roma*. Akal.
- López Castro, J. L. (1995): *Hispania Poena*. Crítica.
- López Melero, R. (1986): *Gran Historia Universal. Roma hasta Augusto*. Club Internacional del Libro/Nájera.
- López Román, I. M. (2024): *Tiberio Graco. Tribuno de las legiones*. Desperta Ferro.

» Historia

- Mangas Manjarrés, J. (1981): *Historia de España. Introducción. Primeras Culturas e Hispania Romana*. Labor.
- Mangas Manjarrés, J. (2003): *Historia Universal. Edad Antigua. Roma*. Vicens Vives.
- Meier, C. (2004): *Giulio Cesare*. Garzanti.
- Mommsen, T. (2003): *Historia de Roma. La revolución*. Turner.
- Montenegro, A. y Blázquez, J. M. (1991): *Historia de España (Ramón Menéndez Pidal). España Romana. La conquista y la explotación económica*. Espasa-Calpe.
- Nicolet, C. (1984): *Roma y la conquista del mundo mediterráneo, 264-27 a.de JC. La génesis de un Imperio*. Labor.
- Perelli, L. (1993): *I Gracchi*. Salerno.
- Petit, P. (1986): *Historia de la Antigüedad*. Labor.
- Robert, J. N. (1992): *Los placeres de Roma*. Edaf.
- Rodríguez-Neila, J. F. (1990): *Historia del Mundo Antiguo. Los Gracos y el comienzo de las guerras civiles*. Akal.
- Roldán Hervás, J. M. (1995): *Historia de Roma. La República Romana*. Cátedra.
- Roldán Hervás, J. M. (1996): *El ejército de la República Romana*. ArcoLibros.
- San Agustín de Hipona, (2002): *La Ciudad de Dios*. Centro Superior de Investigaciones Científicas.
- Spengler, O. (2005): *La Decadencia de Occidente*. RBA/Espasa-Calpe.
- Ste. Croix, G. E. M. de (1988): *La lucha de clases en el Mundo Griego Antiguo*. Crítica.
- Tito Livio. (2001): *Historia de Roma desde su fundación*. Gredos.
- Tobalina Oraa, E. (2007): *El Cursus Honorum senatorial durante la Época Julio-Claudia*. Eunsa.
- Toner, J. (2020): *Infamia. El crimen en la Antigua Roma*. Desperta Ferro.
- Torelli, M. (1996): *Historia de los etruscos*. Crítica.
- Velejo Patérculo. (2001): *Historia Romana*. Gredos.
- Vidal, G. (2007): *Retratos de la Antigüedad Romana y la Primera Cristiandad*. Rialp.



Emperadores Marco Aurelio y Cómodo.

'Post Scriptum'

Estos dos emperadores pertenecen a la Dinastía Antonina. Son padre e hijo, y ambos aparecen en la película *Gladiator*, de Ridley Scott:

- Lucio Aurelio Cómodo [Emperador César Marco Aurelio Cómodo Antonino Augusto. *Lanuvium*, 31 de agosto de 161 d.C.-Emperador de Roma, entre el 17 de marzo de 180 a.C. y, Roma, 31 de diciembre de 192 d.C.].

- Marco Aurelio Antonio [Marcus Aurelius Antoninus. Roma, 26 de abril de 121 d.C.-Emperador de Roma desde el 8 de marzo de 161 d.C., hasta Sirmio/Sremska Mitrovica/Serbia, 17 de marzo de 180 d.C.]. Sería coemperador (años 161-169 d.C.) con:

- Lucio Aurelio Vero [Lucius Aurelius Verus. Roma, 15 de diciembre de 130 d.C.-Coemperador entre 161 y 169 d.C. Moriría en Altinum, 169 d.C.].



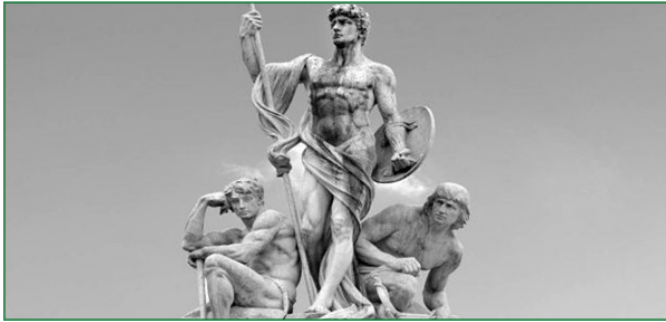
Emperador Lucio Vero.

Bibliografía de apoyo:

- Aguilera, C. (1988): *Grandes Imperios y Civilizaciones. El poder de Roma*. Sarpe.
- Aguilera, C. (1988): *Historia Universal. Roma. La Edad Media*. Sarpe.
- Alborg, J. L. y Ballesteros, M. (1973): *Historia Universal hasta el siglo XIII*. Gredos.
- Alvar, J.; Plácido, D.; Bajo, F. y Mangas, J. (1994): *Historia Universal. Historia Antigua. Historia-16*.
- Asimov, I. (1982): *La República Romana*. Alianza.
- Cornell, T. y Matthews, J. (1989): *Roma, legado de un imperio*. Folio/ Círculo de Lectores.
- Devismes, F. (1989): *Historia de las Grandes Civilizaciones*. Espasa-Calpe.
- Fraschetti, A. (1999): *Augusto*. Alianza.
- Hacquard, G. (2003): *Guía de la Roma Antigua*. Atenea.
- Hanoune, R. y Scheid, J. (1999): *Nuestros antepasados los romanos*. Ediciones B/Claves.
- Hanoune, R. y Scheid, J. (2005): *La Antigua Roma*. RBA/National Geographic.
- Hearder, H. (2003): *Breve Historia de Italia*. Alianza.
- Juliá, S. (1983): *Introducción a la Historia*. Mensajero.
- Mac Donald, W. L.; Packer, J. y Vann, R. L. (1996): *Civilizaciones perdidas. Roma, ecos de gloria imperial*. Folio.
- Melani, C.; Fontanella, F. y Cecconi, G. A. (2005): *Atlas ilustrado de la Antigua Roma*. Susaeta.
- Montanelli, I. (1969): *Historia de Roma*. Ediciones GP/Plaza y Janés/ Globus.
- Pal, E. de R. (1986): *Historia Universal. El Mundo Romano*. Mensajero.

» Historia

- Santos, M. T.; Sanz, M.; Cardona, S. y García-Gelabert, M. P. (1982): *Historia de Castilla y León (Tomo I)*. Reno.
- Spivey, N. y Squire, M. (2005): *Panorama del Mundo Clásico*. Blume.
- VV. AA. (2002): *Historia Universal, Larousse. La expansión de Roma*. RBA/Spes.
- VV. AA. (2004): *Historia Universal. Roma*. El País/Salvat.



Tribunos de la Plebe.

PRIMER APÉNDICE HISTORIOGRÁFICO

Discurso, según Plutarco, de Tiberio Sempronio Graco en el Senado de Roma. APUD, Dr. José María Manuel García-Osuna y Rodríguez:

«Las bestias que discurren por los bosques de Italia, tienen cada una sus guaridas y sus cuevas; los que pelean y mueren por Roma solo participan del aire y de la luz, y de ninguna otra cosa más, sino que, sin techos y sin casas, andan errantes con sus hijos y sus mujeres; no dicen verdad sus caudillos cuando en la batalla exhortan a los soldados a combatir contra los enemigos por sus aras y sepulcros, porque de un gran número de romanos ninguno tiene ara, patria, ni sepulcro de sus mayores; sino que por el regalo y la riqueza ajenas pelean y mueren, y cuando se dice que son señores de toda la tierra, ni siquiera un terrón tienen propio».



Emperador Trajano.



Magnicidio del prefecto de Calígula, Quinto Nevio Macrón, contra Tiberio.

SEGUNDO APÉNDICE HISTORIOGRÁFICO

El Supuesto Comportamiento Anticonstitucional del Tribuno de la Plebe, Tiberio Sempronio Graco. APUD, Dr. José María Manuel García-Osuna y Rodríguez:

1º) «Es cierto que Tiberio Graco había solicitado la destitución del tribuno de la plebe, su colega, Octavio, ya que, al haber nacido como magistratura de clase, el tribunado de la plebe no podía estar sometido a las mismas normas que las demás magistraturas constitucionales; por ello se reafirmaba la adecuación y la fidelidad del tribuno a los intereses populares o de los plebeyos y su subordinación a la Asamblea del Pueblo».

2º) «Su propuesta de reelección era democrática, como lo era la de reducción del servicio militar, la concesión del derecho de apelación al pueblo, reunido en los comicios, contra las decisiones de los tribunales de justicia, la ruptura del monopolio judicial que poseían los senadores y la presentación de una ley que concedía derechos políticos a los aliados latinos e itálicos; todo ello iba dirigido a permitir mayor disponibilidad de mano de obra libre para el trabajo de la agricultura; al igual que la inclusión de los caballeros en los tribunales obedecería a un intento de buscar su apoyo contra el patriciado, siempre entorpecedor de todo tipo de avance social».

3º) «Pretendía una mayor democratización del Estado Romano con algún tipo de predominio popular, que tendría en el tribunado de la plebe su instrumento más idóneo para luchar contra los optimates. Tiberio Sempronio Graco había recordado, hasta su propia inmolación, que en Roma existían dos entidades que se disputaban el poder en el SPQR, es decir, El Senado y el Pueblo de Roma».

Instantes de Vida

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



Atardecer en el Nilo I © EMILIO FONSECA



Atardecer en el Nilo III © EMILIO FONSECA

» Instantes de Vida

*Luna protegida © SANTIAGO ALBERCA**Bellver Castle © LORENZO MARTÍN*

¿Cómo colaborar?

Por e-mail:

salamancamedica@saludadiario.es

Características técnicas:

.jpg .tif o .pdf de alta calidad

Por correo ordinario:

C/ Bientocadas, 7

37002- Salamanca

(Ref.: Salamanca Médica)

*Contrastes nocturnos © SANTIAGO ALBERCA*

Pensamiento poético

La sombra de la duda

*Cuando te olvido nada pierdo,
entre las horas brumosas de la tarde de heno,
amarillos, grises y lavandas,
fondos azules de cielo y techo.
Has venido a buscarme sin llamarte,
hay algo en tus ojos que no entiendo,
ahora que te miro y entrelazo,
mis dedos con tus dedos,
la sombra de la duda que me invade,
me impide decirte que te quiero.*

*Cuando te olvido nada pierdo,
entre las horas brumosas de la tarde de heno,
has pronunciado mi nombre y no lo siento.
Olor a lluvia, olor a campo,
denso palpar, reloj sereno,
ahora que te veo tan cercano,
la sombra de la duda que me invade,
me impide decirte que te quiero.*

© Macarena Hernández Prieto

Doctora en Medicina
De la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas

Pensamiento poético

Día de Difuntos

*La triste muerte se nos ha acercado
y es tanta y terca que ahora nos rodea
y es cada vez más grande.*

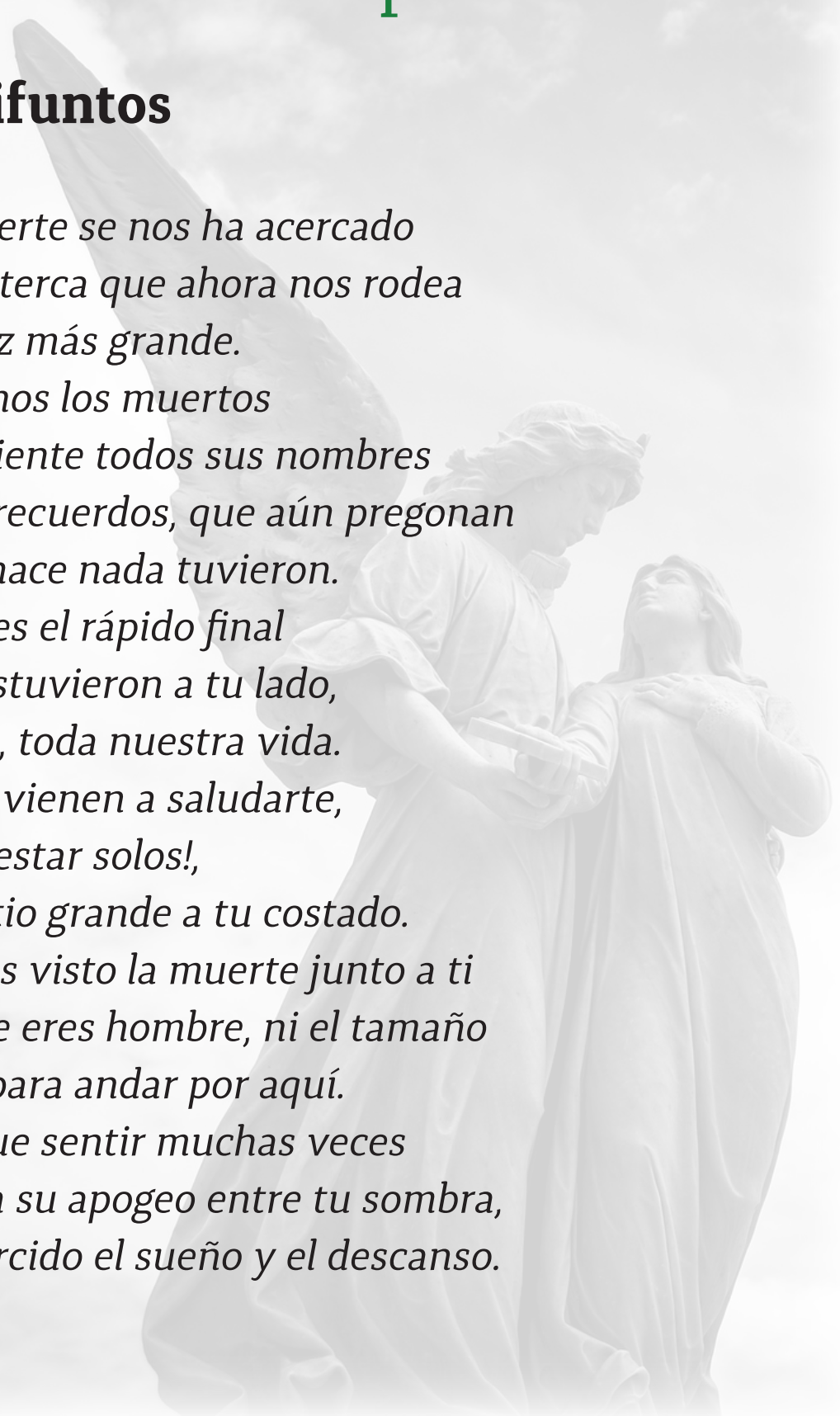
*Ya son muchos los muertos
pero lee paciente todos sus nombres
y todos sus recuerdos, que aún pregonan
la vida que hace nada tuvieron.*


*No desprecies el rápido final
de los que estuvieron a tu lado,
toda su vida, toda nuestra vida.*

*Te conocen, vienen a saludarte,
¡no quieren estar solos!,
hazles un sitio grande a tu costado.*

*Si aún no has visto la muerte junto a ti
no sabes que eres hombre, ni el tamaño
que tienes, para andar por aquí.*

*Y tendrás que sentir muchas veces
la muerte en su apogeo entre tu sombra,
que te ha torcido el sueño y el descanso.*





*Ahora los muertos guardan con celo
en la amorosa tierra lo que saben,
sus secretos más ciertos y valiosos
que se resisten todo lo que pueden,
en sus cuerpos que se van extinguendo;
si nos oyen al lado nos aconsejarán.
Algunos contarán que la vida del hombre
es la estafa suprema y solamente Dios
es el único dueño del tiempo.
Los que ya se marcharon delante de nosotros
nos van a perdonar a los que presumimos
erguidos a sus pies de tener aún la vida,
y compadecerán nuestra osadía.*

*Y cuando tengáis miedo
porque somos muy poco,
rezad entre susurros
una oración por todas nuestras ánimas.*

© **Julio de Manueles**

Envíe sus versos

Por e-mail: salamancamedica@saludadiario.es

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

» Salud, Humor y Risa

Por Germán Payo Losa

Director de Educahumor



Sin hogar

He presenciado estas historias en una asociación que atiende a personas sin hogar y en riesgo de exclusión social. Uso letras en lugar de nombres.

X. está sentado con los brazos cruzados encima de la mesa. Lleva durmiendo toda la tarde. Le han operado de cadera y le han dado el alta hoy, pero está en la calle. No tiene dónde ir. Al cabo de un rato se despierta. “No os preocupéis por mí. No tengo frío”. Me cuenta cómo había sido el accidente: “Iba andando y de pronto me caí, desde unos diez metros. Me pegué un porrazo tremendo. Se acercó un hombre asustado. ‘¿Llamo a una ambulancia?’, me dice. ‘Espere’. Me tiento la cabeza. Esto está bien. La cara. Esto también. Los brazos, bien. La pierna. Esto no. Aquí hay roto algo. Ahora llame”. Con sus gestos y sus movimientos, era un monólogo divertido.

Z. llegó a la hora de cerrar la asociación. “Déjame que ponga aquí dentro la bici y el remolque. Mañana por la mañana lo saco. Duermo en la calle, y si la dejo sola me la roban. No entra donde estoy”.

Tras mucho rogar, lo aceptaron. Trataba de meter la bici y el remolque, pero éste era más ancho que la puerta. Todos allí lo veíamos: no cabe. Él, emperrado: “¡Que sí!”. Ocho personas diciendo que era imposible. Él trataba de un modo, de otro, y nada. “¡Venga, vámonos! No podemos estar toda la noche”. De pronto pasó, ante la incredulidad de todos. Entró. “Eres un tío inteligente”, le dije delante de todos. “Has visto lo que ninguno de nosotros fue capaz de ver en todo este rato”.

F. cuenta: “Desde pequeño era espabilado. Me mandó mi padre a vender una gallina al mercado por 10 pts. Le saqué 20. Un día, mi padre quería vender un cerdo pequeño. ‘Lo vendes por 100 pts.’. Yo le saco más, pensé. Hice papeletas a peseta. Fui por todos los sitios vendiendo papeletas con el cerdo atado con una cuerda. La gente me compraba. Tendría 6 años y les hacía gracia. 300 pts. saqué”.

Quienes viven en la calle sufren por las miradas. “Nos miran como si no existiéramos. Es lo que más duele”. M., que vivía en la calle, me dijo hace años: “Somos la escoria”. Me

» Salud, Humor y Risa



indignó. “¿Quién c... te ha dicho a ti eso?”. Hablar con ellos, hacerles sentir personas, aceptarlos como son y compartir risas y afecto es lo que hacen quienes trabajan allí, además de dar desayunos, meriendas y algunos alimentos. También hacemos un taller de humor y risa.

En un juego, se trataba de decir algo positivo de los demás. A G., que era hiperactivo, con un mal pronto y un muy buen fondo, le dijo un compañero: “Yo te admiro porque eres un luchador. Has caído muchas veces y siempre te has levantado. Para mí eres un ejemplo”. Muchos tienen esas referencias de las caídas en las adicciones y las remontadas una y otra vez.

E. llevaba la contabilidad exacta. “Llevo dos años, siete meses y tres días sin probar cocaína. Ahora estoy tratando de dejar de fumar. ‘Dejar de fumar es fácil. Yo lo he dejado cientos de veces’”.

En las tardes pasadas con ellos veo valores: la dignidad de no pedir, la independencia, la generosidad, la ayuda, la camaradería, la dureza de aguantar el frío, la lluvia, la enfermedad.

M. era electricista, sabía de astronomía y física cuántica lo que le preguntases y, además, te lo explicaba con una claridad increíble. He tenido largas conversaciones con él, y las disfrutaba como si fuera a clases en la universidad. Dormía en las ruinas de un hotel a las afueras.

Algunos han caído en el alcohol y son conscientes, otros no reconocen que son alcohólicos. Me pregunto si hubiese tenido su educación, qué habría sido de mí.

J.: “Mi padre me retó a ver quién aguantaba más bebiendo. Yo tenía 18 años. Lo tumbé. Tuve que llevarlo a casa agarrado. No se tenía”.

Buena sintonía más allá de las palabras

Asistía a un congreso en Copenhague. Tenía la cabeza embotada de tantas ponencias, así que salí a estirar las piernas a la calle.

En un supermercado, compré un zumo y me senté en una parada de autobús, pues lloviznaba, a despejarme. Contemplaba tranquilo a la gente. Vino un hombre de unos 30 años y se sentó a mi lado. Llevaba un carrito de la compra y dos bolsas. Por su pinta y sus pertenencias, me pareció que vivía en la calle. Empezó a hablarme. No entiendo danés. Al hombre no parecía importarle. Me ofreció vino, whisky, fruta. Yo le hice una caricatura y le pedí que me hiciera una a mí. No le entendía. ¿Y qué? Le estuve escuchando media hora. Nos despedimos afablemente. Logramos una buena sintonía. Eso bastaba.

La **violencia administrativa**. No había oído ese término. Indica la serie de trabas que hay en la administración en los trámites. Con M. juego a las damas. A veces revive su situación y se indigna con todo el cuerpo. Tiene derecho a

» Salud, Humor y Risa



una prestación y, además, es discapacitado. No le tramitan la prestación porque no tiene domicilio, pues vive en la calle. Y vive en la calle porque no tiene dinero para alquilar una habitación. A pesar de todos los trámites y recursos a los que le ayuda la asociación, sigue en la calle.

Hay muchos que han sufrido en la calle y otros no. L.: "Pasé dos años. Dormía en un cajero. Luego hacía pulseras. La gente se paraba y me preguntaba. Era totalmente libre. Yo los disfruté". He encontrado varios con el mismo sentimiento. "Me bajaban café, bocadillos". Leí que a otro una señora le dio lentejas con matarratas. "A ver si desaparecen todos de aquí", dijo a la policía.

Forges dibujaba a un hombre saliendo de la consulta, mirando la receta: "Me ha dicho el médico que con esto, y 400 millones en el banco, en dos semanas, como nuevo". La solución, en muchos casos, es tener un trabajo, porque les da dignidad. Aunque no siempre. Vi un chiste gráfico en internet,

sin firma: Un médico dice a un hombre: "Tiene Vd. dos trabajos y vive bajo un puente. Le voy a recetar un antidepresivo".

Iba con un amigo y, al cruzar un paso peatones, L., con muy mala pinta, me saludó con efusión. Intercambiamos unas palabras y risas y nos despedimos, como lo hacemos a menudo. "Pero ¿con qué clase de gente te relacionas?", me preguntó mi amigo. Ahí está la cuestión. La apariencia.

En mi ciudad cuentan 28 sin techo, y con los centros de acogida abarrotados, sin plaza. En otros países más pobres, ni cuento. Es una forma de pobreza. "Salgo del trabajo. Nos va muy bien en la empresa. Veo todos los días a un hombre que vive en la calle. Me rompe el corazón, pero no hago nada por él. Me gustaría", comenta un empresario.

Mirar, hablar, sonreír.

www.educahumor.com

Quienes viven en la calle sufren por las miradas. "Nos miran como si no existiéramos. Es lo que más duele"

Hacerles sentir personas, aceptarlos como son y compartir risas y afecto es lo que hacen quienes trabajan allí

¿Conoces el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)?



¡ LO MÁS IMPORTANTE ERES TÚ !

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) es un programa para facilitar a los médicos el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas que puedan interferir en su práctica profesional. Mediante un convenio suscrito por ambas partes el PAIME-CYL dispone de una subvención para la asistencia sanitaria específica de este colectivo.

Un programa creado por médicos y dirigido específicamente a los médicos enfermos