

23 XXI Ciclo Cultural del Colegio de Médicos 32 Palabra de Médico: '¡Nerocila, amor mío!', '¿Prión o prion?' y 'La ley de Stigler' 41 Ciudad y Medicina: Hospital de San Salvador 51 Instantes de Vida 53 Pensamiento poético



6 Entrevista al Dr. Miguel Ángel Merchán, presidente de la RAMSA, profesor emérito y fundador del Incyl

SALAMANCA MÉDICA 90

Revista Oficial del Colegio de Médicos de Salamanca
Enero - Marzo 2026



Cooperar sin red

Sin permisos retribuidos,
sin reconocimiento
profesional y asumiendo
todos los costes, médicos
salmantinos siguen viajando
a misiones sanitarias
por una cuestión
de justicia social

Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Hasta un
45% DTO.

Confianza

S PORQUE
somos
Sanitarios



**Seguro
de Automóvil**

Nuevas coberturas y exclusivas ventajas para ti y tu familia:

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

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



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



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



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

El análisis

Un Colegio vivo, motivo de orgullo

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

El pasado mes de enero se produjo el relevo en la Junta de Gobierno de la RAMSA, la Real Academia de Medicina de Salamanca que aglutina a las provincias de Salamanca, Zamora, Segovia y Cáceres. Empieza otra etapa de la mano del Prof. Miguel Ángel Merchán, nuevo presidente de esta institución, al que trasladamos, tanto a él como a los miembros de su Junta de Gobierno, todo nuestro apoyo para continuar el camino de crecimiento de los últimos años con la incorporación de nuevos académicos de gran prestigio en todas las ramas médicas.

Además, los cuatro Colegios Oficiales de Médicos incorporados en la RAMSA debemos apoyar y colaborar con la institución, dándole más visibilidad y fuerza.

En este mismo acto de relevo en la RAMSA, nuestro Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Salamanca recibió en mi persona, junto al rector magnífico de la Universidad de Salamanca, el Prof. Juan Manuel Corchado, la máxima distinción de la Academia, la Medalla de Oro, distinción compartida con todos los que constituimos el Colegio. Muchas gracias.

Además, la participación en nuestra revista *Salamanca Médica*, junto con las conferencias y cursos impartidos por diversos académicos en el Colegio, así como las iniciativas de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (Asemeya), contribuyen significativamente a enriquecer tanto la calidad como la diversidad de las actividades del Colegio salmantino.

Otro motivo de orgullo lo constituyen los médicos cooperantes, que prestan atención sanitaria a poblaciones de África, Oriente Medio y Sudamérica con escasos recursos económicos y sanitarios. Esta labor solidaria exige un alto grado de generosidad y compromiso por parte de quienes la desempeñan, y debe contar con el respaldo de SACYL, de la Fundación para la Cooperación de la OMC, así como de los propios Colegios Provinciales. A todos ellos les traslado mi más sincera gratitud y reconocimiento por esta encomiable labor.

Por último, cabe destacar el papel del médico humanista, que en nuestro Colegio se refleja, entre otras iniciativas, en el Ciclo Cultural, en cuya XXI edición hemos tenido la oportunidad de disfrutar de destacados escritores, músicos, pintores e historiadores. A ello se suman las marchas culturales, excursiones y otras actividades vinculadas a la programación cultural nacional, que enriquecen la vida colegial.

Asimismo, es de justicia reconocer la valiosa labor del grupo musical-teatral Hakuna, así como la organización de los campeonatos deportivos con motivo de la festividad de la Virgen del Perpetuo Socorro y de la Carrera Nacional *Corre con tu Médico*, una jornada festiva, saludable y solidaria.

¡Felices Pascuas!



SUMARIO90



6 “Los científicos necesitamos una financiación estable y que nos dejen trabajar en paz”

El Dr. Miguel Ángel Merchán, fundador del INCYL, profesor emérito y recién elegido presidente de la RAMSA, repasa medio siglo de investigación sobre el cerebro y reflexiona sobre el futuro de la medicina y de la ciencia



15 Médicos salmantinos viajan cada año a algunos de los lugares más vulnerables del mundo sin apenas apoyo institucional

23 Noticias Colegiales | XXI Ciclo Cultural

32 Palabra de Médico | ‘¡Nerocila, amor mío!’, ‘¿Prión o prion?’ y ‘La ley de Stigler’

34 Desde la RAMSA | Academias de Medicina en Salamanca previas a la RAMSA (y II)

36 Medicina para Todos | Sensibilidad química múltiple

37 Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

43 Maestros con Historia | Don Alfredo Medina Corbalán

47 Historia | Goswintha. La gran reina de los visigodos de Toledo (I)

53 Pensamiento poético | ‘Enero’, ‘Exegesis de iris y ceniza’ y ‘No quiere perseguirte’

57 Salud, Humor y Risa | Chistes e historias

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 investigación es una forma de vida, y me ha dado muchísimas satisfacciones”

El Dr. Miguel Ángel Merchán, fundador del INCYL, profesor emérito y recién elegido presidente de la RAMSA, repasa medio siglo de investigación sobre el cerebro y reflexiona sobre el futuro de la medicina y de la ciencia



Nuestro cerebro cambia constantemente. El que tenemos ahora mismo no es exactamente el mismo que tendremos dentro de un milisegundo. El Dr. Miguel Ángel Merchán lleva más de medio siglo intentando comprender este órgano extraordinario y extremadamente complejo, en especial el sistema auditivo y la capacidad del cerebro para reorganizarse. Fundador del Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL), a sus 72 años, y ya como profesor emérito de la Universidad de Salamanca, sigue entrando cada día en el laboratorio para investigar. “Mientras tengas energía, mueres con las botas puestas”, dice. Para él, investigar no es solo una profesión, sino una forma de vida. Y lanza una advertencia: nunca ha habido médicos mejor preparados que ahora en España; el verdadero problema es si el sistema sanitario les permite trabajar en las condiciones que merecen y si la ciencia cuenta con algo tan básico como estructura y financiación estable... y la tranquilidad necesaria para investigar en paz.

Acaba de ser nombrado presidente de la Real Academia de Medicina de Salamanca. ¿Qué supone para usted este nombramiento, tanto en lo personal como en lo profesional?

Supone un honor enorme. Estoy muy agradecido porque mis compañeros de la Academia hayan considerado que podía asumir esta responsabilidad y, además, la candidatura fue elegida por unanimidad. No se trata solo de mí: es un equipo magnífico el que me acompaña, con los doctores José Carretero, Sonsoles Castro, Emiliano Hernández Galilea, Marcelo Jiménez y Jesús Martín. Es también un reconocimiento a muchos años de trabajo. Pertenecer a la Academia ya es, de por sí, una situación muy gratificante cuando uno ha acumulado cierta experiencia profesional. Y que, además, te pidan que la presidas es algo que solo puedo vivir con enorme satisfacción.

¿Lo vive más como un reconocimiento o como una responsabilidad? ¿Qué objetivos se plantea en esta nueva etapa?

» Entrevista

Como ambas cosas. Es un reconocimiento, sin duda, pero también una responsabilidad importante. Además, llegamos después de un periodo en el que el doctor Francisco Lozano ha hecho un trabajo excelente, y eso hay que reconocerlo de entrada. Uno de los objetivos principales es ampliar el espectro de especialidades representadas en la Academia. Para poder emitir opiniones fundadas es necesario contar con expertos en las distintas áreas de la medicina. Tenemos especialistas de gran nivel en muchas disciplinas, pero la medicina actual ha alcanzado un grado de especialización enorme y es necesario incorporar nuevos académicos que completen ese panel de conocimiento. Y, por supuesto, dar más visibilidad a la Academia.

¿Cómo lo harán?

Mucha gente no sabe exactamente qué es la Academia o qué función desempeña. Tenemos que hacer un esfuerzo pedagógico para explicar nuestro papel. La Academia representa la experiencia y la excelencia del mundo médico, pero también puede ser un instrumento útil para la sociedad. Cuando la Academia emite una opinión, no es la opinión individual de un especialista, sino el resultado de un análisis conjunto desde múltiples disciplinas médicas. En un momento en el que el conocimiento está muy fragmentado, esa visión transversal es especialmente valiosa. Estamos trabajando en varios proyectos. Uno de ellos es un programa de radio que podría llamarse *La Academia Responde*, en el que distintos especialistas intervengan periódicamente para explicar cuestiones de salud dirigidas al público general. La idea es hacerlo de forma didáctica, pero con rigor científico. También queremos abordar temas que nos preocupan especialmente, como el problema de las noticias falsas en salud, que hoy circulan con mucha facilidad y pueden resultar muy peligrosas.

**Curriculum vitae**

Miguel Ángel Merchán Cifuentes

El olor del laboratorio fue lo primero. Miguel Ángel Merchán recuerda todavía la impresión que le produjo, siendo un niño, entrar en el laboratorio donde trabajaba su hermano en el Instituto Cajal y ver a los investigadores preparando muestras y observando tejidos al microscopio. Aquella mezcla de curiosidad y fascinación marcaría su rumbo. La investigación se convirtió en una forma de vida que, décadas después, sigue despertándole la misma emoción. Miguel Ángel Merchán Cifuentes (Madrid, 1953) es médico, catedrático de Histología y uno de los impulsores de la investigación en neurociencia en Castilla y León.

Su trabajo científico se ha centrado en el estudio del sistema nervioso, especialmente en la neurobiología de la audición y en la capacidad del cerebro para reorganizarse. Se formó en la Complutense de Madrid, donde realizó sus estudios de Medicina y la tesis doctoral. Durante los años de residencia en el Clínico San Carlos comenzó a trabajar con técnicas de microscopía electrónica aplicadas al estudio del oído interno, una línea de investigación que marcaría buena parte de su trayectoria científica. En 1981 se incorporó a la Universidad de Salamanca como profesor de Histología, y pocos años después obtuvo la cátedra. Desde allí desarrolló una intensa actividad docente e investigadora, dirigiendo proyectos científicos y tesis doctorales dedicados al estudio de la organización y plasticidad del sistema nervioso. Fue, además, uno de los principales impulsores del Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL), centro que ayudó a crear y que dirigió durante 14 años. En 2017 ingresó en la Real Academia de Medicina de Salamanca, y recientemente ha sido elegido presidente de esta institución.

» Entrevista

Además, queremos reforzar la relación con las asociaciones de pacientes. El Ayuntamiento nos ha ofrecido colaborar con su Escuela de Sanidad, que reúne a muchas de estas asociaciones, y creemos que puede ser un buen espacio de encuentro.

¿Debe la Academia tener una voz más activa en los debates públicos sobre salud?

Debe tener una posición en los debates sobre salud, pero no una posición política. No es una institución política, su función es consultiva y científica. Eso significa que podemos aportar conocimiento y análisis cuando se plantean cuestiones relacionadas con la salud, pero siempre desde una perspectiva rigurosa, independiente y ajena al debate partidista.

¿Cómo puede la Academia acercarse también a los jóvenes médicos e investigadores?

Los jóvenes médicos e investigadores tienen hoy muchos más problemas de los que teníamos nosotros cuando empezábamos. Por eso es una cuestión que también debemos abordar. Muchos de los académicos somos o hemos sido profesores de la Facultad de Medicina, de modo que la formación de los jóvenes ha sido siempre una parte esencial de nuestro trabajo. La Academia ya cuenta con premios dirigidos a jóvenes investigadores y jóvenes clínicos, y seguiremos impulsando iniciativas en esa línea. En cualquier caso, estaremos abiertos a apoyar cualquier propuesta que contribuya a facilitar el desarrollo de las nuevas generaciones de profesionales.

Nos encontramos en el Instituto de Neurociencias de Castilla y León, un centro que usted impulsó y dirigió durante catorce años.

Aunque ya está jubilado, sigue trabajando aquí cada día. ¿Es este el proyecto del que se siente más orgulloso en su trayectoria?

Sí, la verdad es que sí. Haber sido capaces de ponernos de acuerdo para crear una infraestructura de estas características en Castilla y León es algo muy importante y ha sido un beneficio para el conjunto de la comunidad. La medicina pivota, en términos generales, sobre tres grandes áreas de salud: el cáncer, las enfermedades vasculares y la neurología o neurociencia. En nuestro entorno teníamos dos de esas patas bastante bien desarrolladas, pero nos faltaba la tercera. Y, además, es una de las más complejas, porque las enfermedades del sistema nervioso suelen ser de muy larga duración y de tratamiento difícil. Aunque son devastadoras para los pacientes y para sus familias, no tienen la misma repercusión mediática que el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. Eso ha hecho que durante mucho tiempo la neurociencia haya sido un poco el “hermano pobre” del sistema. Por eso generar aquí un centro dedicado a las neurociencias era importante para completar esas tres grandes áreas sobre las que se sostiene la medicina moderna, tanto en asistencia como en docencia y, por supuesto, en investigación. En cualquier caso, este no es solo mi proyecto. Es un proyecto colectivo. Desde el principio participaron muchas personas y ha sido un trabajo de equipo. Yo simplemente he tratado de conducirlo por los vericuetos —a veces muy complicados— de la gestión, que es una tarea dura, pero necesaria. Estoy muy agradecido a todas las personas que colaboraron en el proyecto, a quienes me ayudaron y, por supuesto, a las autoridades que entendieron que podía ser una buena iniciativa, lo apoyaron y lo financiaron. Ahora llevamos muchos años y parece que el proyecto ya es irreversible.



» Entrevista

Y eso, en España, es muy importante: crear algo es difícil, pero mantenerlo en el tiempo lo es todavía más.

Hoy el INCYL cuenta con más de veinticinco laboratorios y más de cien investigadores. ¿Qué siente al ver que el centro se ha consolidado como un referente en neurociencia?

Yo sigo en mi sitio, haciendo mi trabajo. La gestión del instituto la llevan ahora otras personas más jóvenes, y estoy encantado con ello. Mi papel en este momento es continuar investigando, porque esto no se acaba nunca. Mientras tengas energía, mueres con las botas puestas. Yo sigo teniendo ganas de trabajar y, además, me divierte mucho lo que hago.

“Tenemos un proyecto para retrasar el envejecimiento de la corteza auditiva mediante estimulación eléctrica”

Nosotros trabajamos en el sistema auditivo, y ahora mismo tenemos un proyecto muy bonito: intentar retrasar el envejecimiento de la corteza auditiva mediante estimulación eléctrica. De momento, lo hemos conseguido en animales. Esto tiene mucho interés, porque conecta directamente con las enfermedades neurodegenerativas. Hay estudios multicéntricos muy amplios, realizados sobre todo en Estados Unidos y también en Europa, que demuestran que las personas que pierden audición tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas. El cerebro necesita activarse a través de los sentidos. En esa línea, ya hemos obtenido resultados interesantes: los campos eléctricos parecen retrasar tanto la sordera asociada al envejecimiento como el propio envejecimiento cerebral.

En una sociedad cada vez más envejecida, la pérdida de audición puede convertirse, además, en un factor de aislamiento social.

Exactamente. Hay que intentar evitar ese aislamiento en la medida de lo posible. Hoy existen prótesis auditivas muy avanzadas y también implantes cocleares. De hecho, nuestro hospital ha superado ya los 1.500 implantes cocleares, lo cual es una magnífica noticia. Además, aquí contamos con una unidad especializada en procesadores de voz, implantes y prótesis auditivas, donde trabajan ingenieros junto con los investigadores en biología. Es importante que la población sea consciente de que hay que mantener el cerebro activo: pensar, leer, trabajar... pero también es fundamental que los sentidos funcionen lo mejor posible. A partir de cierta edad empiezan a deteriorarse. Y hay un dato que suele sorprender: la sordera asociada al envejecimiento es la enfermedad con mayor prevalencia de todas las que existen. Y esto lo dice la Organización Mundial de la Salud, no lo digo yo.

Volviendo al origen del instituto: ¿cómo surgió la idea de crear un centro de estas características? ¿Hubo algún momento en el que pensó que el proyecto no saldría adelante?

No, eso nunca. Yo nunca tiro la toalla, no es mi filosofía. El nacimiento del centro fue un proceso muy bonito. Surgió de conversaciones con el profesor Manuel José Gayoso Rodríguez,



de la Universidad de Valladolid —que ya falleció—, y con otros profesores que dirigían grupos de investigación en Salamanca, a los que recuerdo con mucho cariño. Nos dimos cuenta de que había una gran dispersión: investigadores interesados en el sistema nervioso repartidos por distintas facultades —Farmacia, Biológicas, Psicología, Medicina—, todos trabajando en neurociencia, pero sin una estructura común. En una reunión planteé que quizá podríamos crear una unidad de investigación que agrupara a esos grupos, y vimos que existía masa crítica suficiente para intentarlo. Coincidió, además, con que en ese momento se estaba creando el Centro del Cáncer y con que yo era vicerrector, lo cual ayudó a impulsar la iniciativa. Preparamos la documentación y presentamos el proyecto con el nombre actual, Instituto de Neurociencias de Castilla y León, con grupos de Soria, Valladolid y Salamanca. Fue aprobado como instituto de investigación dentro de la estructura universitaria de la LRU, y ahí empezó realmente la aventura. Al principio nos instalamos en la Facultad de Medicina. Con el tiempo, la masa crítica fue creciendo y planteamos la necesidad de un edificio específico para neurociencias que permitiera reunir a los investigadores. No hemos conseguido agruparlos a todos —hay grupos que siguen en otras instalaciones del campus—, pero eso también es normal: los científicos somos un poco como los gases nobles, siempre estamos en todas partes. Lo importante es que el número de investigadores dedicados a la neurociencia ha crecido muchísimo, y hoy podemos decir que somos una potencia relevante, tanto en España como a nivel internacional.

» Entrevista



Después de décadas investigando el cerebro, ¿qué es lo más importante que todavía no entendemos de él?

Del cerebro no entendemos casi nada. Esa es la realidad. Sabemos muchísimas cosas, pero lo que ignoramos sigue siendo muchísimo más. Por eso la investigación en el sistema nervioso tiene características muy particulares. Es, probablemente, la estructura más complicada que existe en la naturaleza. En los últimos años estamos viendo, además, un fenómeno interesante: una confluencia de especialistas de muchas disciplinas que intentan abordar los problemas del cerebro desde perspectivas diferentes. De ahí esa proliferación del prefijo “neuro”: neuroeconomía, neurociencia cognitiva, neuro... prácticamente todo se vuelve “neuro”. A veces es una moda, y hay propuestas que aportan poco o que son simplemente publicidad. Pero también hay aspectos muy positivos. Por ejemplo, hoy trabajamos con informáticos que desarrollan modelos del cerebro y con técnicas experimentales muy avanzadas. Se están formando equipos multidisciplinares enormes que intentan comprender problemas que antes ni siquiera sabíamos plantear. El problema es que, si no comprendes el funcionamiento del sistema nervioso, tratar sus enfermedades resulta muy difícil. Y ahí entran tanto las patologías neurológicas como las llamadas enfermedades mentales, que en realidad forman parte del mismo sistema y deberían abordarse en pie de igualdad. Para enfrentarse a esos grandes retos es imprescindible desarrollar primero un conocimiento básico sólido sobre cómo funciona el cerebro.

¿Dónde se encuentran hoy los grandes “agujeros negros” del conocimiento en neurociencia?

Agujeros negros como tales no hay. El problema es que el

sistema es extremadamente complejo. En cierto modo se parece a lo que ocurrió en la física teórica en tiempos de Albert Einstein. Un científico plantea una idea nueva y, a partir de ahí, empieza a construirse todo un edificio conceptual que antes no existía. Algo parecido está ocurriendo en la neurociencia. Estamos trabajando en un nivel muy fundamental de comprensión del sistema nervioso, que es complejo por su propia naturaleza biológica, pero también porque cambia continuamente en el tiempo, y esos cambios son muy difíciles de capturar y de medir. En el fondo, los grandes desafíos de futuro tienen que ver con dos dimensiones: el tiempo —cómo evoluciona el cerebro constantemente— y la unidad mínima de funcionamiento de los circuitos neuronales.

Gran parte de su carrera científica se ha centrado en el estudio del sistema auditivo. ¿Por qué lo eligió, qué le fascinó de la audición?

La verdad es que todo empezó durante mi residencia en el Hospital Clínico de Madrid, cuando se creó una unidad de microscopía electrónica con varios equipos. Yo estaba muy implicado en esas técnicas y, entre los aparatos que llegaron, había un microscopio electrónico de barrido, que permite observar superficies con gran resolución. Entonces me pregunté cómo podíamos utilizarlo de forma útil. Una de las primeras aplicaciones fue estudiar la placenta, porque teníamos buena relación con los ginecólogos. Pero luego pensé: ¿dónde hay más pelitos? Y la respuesta estaba en el órgano de Corti, en el oído interno, donde se encuentran las células ciliadas responsables de la audición. Así empezamos a trabajar con los otorrinolaringólogos y obtuvimos algunas de las primeras imágenes de esas células con el microscopio de barrido. Fue el inicio de una colaboración muy fructífera

» Entrevista

con el profesor Joaquín Poch Broto y, poco después, surgió el tema de la ototoxicidad de ciertos antibióticos. Lo que empezó casi por curiosidad terminó convirtiéndose en una línea de investigación completa sobre el sistema auditivo. Además, era un campo en el que prácticamente todo estaba por hacer. Eso lo hacía difícil, pero también muy estimulante, porque permitía abrir caminos nuevos.

Su tesis doctoral también estuvo dedicada al órgano de Corti.

Sí. En realidad hicimos tres tesis doctorales al mismo tiempo: la mía, la de mi mujer, Dolores Ludeña, y la de un gran amigo que ya falleció, Pablo Gil-Loyzaga. Cada uno trabajó en un aspecto distinto. Pablo investigó el desarrollo del órgano de Corti; mi mujer estudió los efectos de determinados antibióticos aminoglucósidos —como la gentamicina o la kanamicina— que pueden provocar sordera; y yo me centré en la microscopía electrónica del receptor auditivo. Fue un trabajo muy intenso, pero salió bien.

¿Qué nos enseña el estudio de la audición acerca del funcionamiento general del cerebro?

Muchísimo. Durante varios años estudiamos el receptor auditivo con bastante profundidad, pero llegó un momento en el que los métodos que teníamos ya no permitían avanzar mucho más. Entonces decidí dar el salto al sistema nervioso central. En ese momento tuve la enorme suerte de conocer a mi maestra, Kirsten Kalsberg Osen, profesora de la Universidad de Oslo y gran admiradora de Santiago Ramón y Cajal y de Rafael Lorente de Nó. Pasé tiempo trabajando con ella y fue quien me orientó en esa nueva etapa. Y nosotros, además, teníamos una ventaja importante: dominábamos las técnicas histológicas clásicas, especialmente las técnicas de plata de Cajal. En eso tuvo mucho que ver mi hermano Jaime, que fue discípulo de Fernando de Castro, uno de los grandes continuadores de la escuela de Cajal. Era un experto en esas técnicas, y nos enseñó a manejarlas con soltura. Cuando yo llegué a Salamanca apenas había medios para investigar en neurociencia a ese nivel, y como tampoco disponíamos de microscopía electrónica adecuada, orientamos la investigación hacia el sistema nervioso central, participando en congresos y estableciendo colaboraciones internacionales. Y desde entonces hemos seguido en esa línea.

La plasticidad cerebral ha sido otra de sus grandes líneas. ¿Hasta qué punto puede reorganizarse el cerebro tras una lesión?

Hasta todos los puntos. La capacidad más sorprendente del cerebro es su habilidad para recuperar forma, estructura y función frente a circunstancias muy adversas. Evidentemente tiene límites, pero hay casos de ictus que afectan a una gran parte del cerebro —hasta un 60% de la masa cerebral— y, aun así, los pacientes llegan a recuperar sus funciones motoras. ¿Por qué ocurre esto? Porque el sistema nervioso tiene una enorme capacidad para reorganizar sus conexiones. No producimos células nuevas, pero con las que tenemos podemos reorganizar los circuitos y permitir que vuelvan a funcionar. Por eso, estimular esa capacidad de reorganización es una prioridad en la investigación sobre enfermedades del sistema nervioso.

En su ingreso en la RAMSA en 2017 aseguró: “Es difícil imaginar una escena más emotiva que cuando se activa el implante coclear en un niño”. ¿Es mágico?

No, eso es ciencia, lo que es mágico es la respuesta. El implante es ciencia, pero los resultados de determinados dispositivos, de determinadas actuaciones científicas, a veces generan emociones tremendas. Hay que imaginar la situación de un niño que ha vivido uno o dos años sin poder oír. Sus padres ya han asumido que es sordo. Y de repente, cuando se activa el implante, el niño percibe por primera vez un estímulo sonoro. Es un mundo que se abre de golpe. He tenido la

oportunidad de presenciar muchas activaciones de implantes y son momentos muy intensos. Recuerdo especialmente y con mucho cariño algunas experiencias con niños en América Latina, tanto en México como en Ecuador.

¿Qué avances cree que veremos en los próximos veinte años?

Uno de los grandes avances probablemente estará en resolver la interrelación entre la electrónica y las neuronas. Todo el sistema nervioso trabaja con señales eléctricas, y en los últimos años se ha avanzado muchísimo en el desarrollo de electrodos, chips y sistemas capaces de interactuar con las redes neuronales. Por ejemplo, los electrodos ya no son rígidos como antes. Se han diseñado mecanismos que permiten transmitir corrientes eléctricas sin necesidad de abrir grandes accesos quirúrgicos, y se están explorando muchas posibilidades nuevas. Yo diría que el futuro pasa por comprender mejor la interacción entre las redes neuronales y las corrientes eléctricas que regulan su funcionamiento, y por



» Entrevista

aprender a modular esas redes desde el exterior para resolver determinados problemas neurológicos.

¿Cuál es la principal dificultad para avanzar en ese campo?

La dificultad es enorme. La física avanza muy deprisa y la neurociencia básica también, pero el conocimiento real sobre el funcionamiento de las redes neuronales —las redes biológicas, no las informáticas— sigue siendo limitado. Sabemos muchas cosas, pero cada vez comprendemos mejor lo complejo que es el cerebro. Piense que su cerebro ahora mismo y dentro de un milisegundo ya no es exactamente el mismo. Está recibiendo información continuamente y reorganizando su actividad en todo momento. El cerebro cambia en el tiempo a una velocidad enorme. Y no solo por su dinamismo, sino porque cada neurona es distinta de las demás. Si uno compara esto con otros órganos se entiende mejor. En el hígado, por ejemplo —sin quitarle importancia, que es un órgano fundamental—, la mayoría de las células son bastante parecidas. En el sistema nervioso ocurre lo contrario: cada célula es distinta, y además cambia según las conexiones que establece con otras. Ahí radica la enorme dificultad de entender cómo funciona el cerebro. A quien consiga comprenderlo completamente, le pongo un piso en la Castellana.

“A quien consiga comprender el cerebro completamente, le pongo un piso en la Castellana”

¿Qué papel cree que pueden desempeñar las terapias celulares en el tratamiento de enfermedades neurológicas?

En el sistema nervioso soy bastante escéptico con la terapia celular. Sé que esta opinión puede generar debate, pero creo que su eficacia es limitada. La terapia celular funciona muy bien en tejidos donde no hay una estructura muy compleja entre las células o donde el medio es líquido, como ocurre en la sangre. Pero en el sistema nervioso estamos hablando de circuitos extremadamente complejos. Introducir una célula nueva implica que se coloque exactamente en el lugar adecuado, que establezca las conexiones correctas y que, además, no sea rechazada por el sistema inmunitario. Y aquí aparece otro problema importante: el sistema nervioso está protegido por una barrera muy eficaz que hace que muchas de sus células no sean reconocidas por el sistema inmunitario. Existe una línea de investigación basada en células madre que residen en determinadas regiones del cerebro y que podrían tener cierto potencial reparador. Pero llevamos más de veinte años trabajando en este campo y los avances reales todavía son limitados.

La inteligencia artificial está entrando con fuerza en muchos ámbitos científicos. ¿Hasta qué punto cree que transformará la investigación biomédica?

La inteligencia artificial está transformando el mundo entero, y la investigación científica también. Es una herramienta extraordinaria para la ciencia. Permite analizar grandes cantidades de información y trabajar con una velocidad que

antes era impensable. Ahora bien, también es importante establecer ciertos controles. Como cualquier herramienta poderosa, puede utilizarse de manera beneficiosa o de forma perjudicial, y por eso creo que es necesario regular determinados usos. Dicho esto, no debemos cerrarnos a un avance de esta magnitud. A veces se plantean debates que me parecen un poco exagerados. Por ejemplo, ahora algunas revistas científicas piden que se declare si se ha utilizado IA para escribir un artículo, y me parece bastante absurdo. Un trabajo científico original no lo puede generar una inteligencia artificial por sí sola, requiere datos experimentales, interpretación crítica y conocimiento profundo del campo. Las precauciones son necesarias cuando existe un problema real, pero no debemos convertirlas en un obstáculo general para el progreso científico.

Desde su perspectiva como médico e investigador, ¿cuál cree que será el gran desafío de la medicina en las próximas décadas?

Desde el punto de vista práctico, la medicina no tiene un solo reto: tiene todos los retos del mundo. Hablaré desde mi perspectiva, que necesariamente es limitada, porque llevo muchos años dedicado a un campo concreto. Aun así, creo que uno de los grandes desafíos será conseguir un estado de salud de la población basado cada vez más en la prevención. Naturalmente, esto dependerá de los recursos de cada país, pero el objetivo debería ser avanzar hacia sistemas sanitarios capaces de prevenir enfermedades y evitar sufrimiento antes de que aparezca.

En relación con la investigación científica, ¿cree que en España se valora suficientemente el trabajo que realizan los investigadores?



» Entrevista

Creo que se va valorando cada vez más, aunque todavía queda camino por recorrer. La situación sigue siendo algo caótica y, además, estamos poco conectados entre nosotros mismos. A veces tenemos más relación con investigadores de otros países que con colegas que trabajan en instituciones cercanas. Son disfunciones del sistema que probablemente se irán corrigiendo con el tiempo. También es cierto que quizá los científicos no hemos sido especialmente buenos explicando a la sociedad qué hacemos y por qué lo hacemos. Y hay otro problema añadido: en ocasiones se generan expectativas poco realistas. Hay investigadores que anuncian avances como si fueran curas inminentes, cuando en realidad se trata solo de resultados preliminares. Hay que ser muy honesto en este terreno. No puedes decir que vas a curar una enfermedad simplemente porque tengas un modelo animal prometedor.

“Los científicos necesitamos una financiación estable y que nos dejen trabajar en paz”

A veces, en fases muy tempranas, se exageran los resultados para atraer financiación. Y eso, desde mi punto de vista, no es éticamente aceptable. En cualquier caso, la situación actual es mucho mejor que hace cuarenta años. Entonces, España prácticamente no existía en el panorama internacional.

¿Qué necesita entonces hoy la ciencia española: mejores comunicadores o mayor apoyo estructural?

Los comunicadores de la ciencia somos los propios científicos. Lo que necesitamos es algo mucho más sencillo: una infraestructura estable, una financiación estable y suficiente... y, si es posible, que nos dejen trabajar en paz.

¿Los médicos actuales son los mejor preparados de la historia?

Sí, completamente. Son los mejores médicos que ha tenido este país. El problema es que están sometidos a una presión asistencial enorme y a unas condiciones salariales que muchas veces no corresponden al nivel de responsabilidad y formación que tienen. Y eso se ve muy claro: muchos profesionales jóvenes se marchan a trabajar a otros países y son contratados inmediatamente. Hay que tener en cuenta que hablamos de seis años de carrera universitaria y después una residencia que suele durar entre cuatro y cinco años, y además, los alumnos que acceden a Medicina entran con las calificaciones más altas del sistema educativo. El problema no es si los médicos están bien preparados, sino si el sistema les permite trabajar en condiciones adecuadas. Porque, al final, no se pueden dar duros a cuatro pesetas. Un sistema sanitario público como el nuestro requiere recursos importantes. Y ahí lo dejo.

¿Cuándo nació su vocación médica e investigadora?

La vocación por la medicina llegó algo más tarde, pero la vocación por la investigación la tengo desde muy pequeño. Recuerdo perfectamente haber ido con mi hermano al Instituto Cajal cuando yo era aún un niño. Allí se respiraba ese olor característico al aceite de clavo que se utilizaba en



los laboratorios, y veía a los investigadores haciendo cortes histológicos. Aquello me impresionó muchísimo. En mi familia había, además, una tradición sanitaria importante: mi padre era médico, mi hermano también y mi abuelo era farmacéutico. De hecho, al principio empecé estudiando veterinaria. Llegué a cursar dos años de veterinaria y, al mismo tiempo, dos años de medicina. Hasta que me di cuenta de que aquello no tenía mucho sentido: no se puede hacer todo a la vez.

¿Por qué decidió centrarse más en la investigación que en la práctica clínica?

Durante la residencia en Anatomía Patológica hice muchísimas autopsias, cerca de doscientas. El Hospital Clínico San Carlos en aquella época era enorme, con unas 2.500 camas, y atendía a una población inmensa. Teníamos sesiones clínicas prácticamente todos los días y el trabajo era muy intenso. Al mismo tiempo, yo estaba muy implicado en la microscopía electrónica y en el estudio de enfermedades a nivel microscópico. Aquello me apasionaba. Pasaba muchas horas revisando biopsias y trabajando en el laboratorio. Cuando terminó la residencia, llegó el momento de decidir. Mi mujer optó por continuar plenamente en Anatomía Patológica y yo decidí concentrarme más en la investigación. Por eso me trasladé a Salamanca, donde obtuve una plaza universitaria como profesor de Histología y pude empezar a organizar mi propio trabajo de investigación.

A lo largo de su trayectoria habrá tenido muchos referentes. ¿Qué maestros destacaría especialmente?

Ese señor que ve ahí —dice señalando una fotografía en su

» Entrevista

despacho— es don Agustín Bullón Ramírez. Fue mi jefe en Anatomía Patológica en Madrid y yo le tenía un cariño enorme. Era también discípulo de la escuela de Cajal. Después he tenido maestros fuera de España. En el campo de la investigación científica, mi gran maestra fue Kirsten Osen, de la Universidad de Oslo. Y también mi hermano, que de alguna manera actuó como un padre para mí, porque me llevaba ocho años y me orientó mucho en los primeros pasos. En lo demás, he sido bastante autodidacta. En aquellos años aquí había que apañarse con lo que había.

Si pudiera darle hoy un consejo al Miguel Ángel Merchán que empezaba su carrera, ¿qué le diría?

Que siguiera adelante. Pero, en realidad, no soy muy partidario de dar consejos. Cada persona tiene que recorrer su propio camino, sacar sus propias conclusiones y tomar sus propias decisiones.

Después de toda una vida dedicada a la ciencia, ¿qué le ha dado la investigación que no le hubiera dado otra profesión?

Muchísimas satisfacciones. Para mí, el hecho de poder descubrir cosas nuevas, hacer algo que antes no existía o comprender mejor un fenómeno natural es una de las mayores recompensas que puede tener una persona. Esa sensación de estar abriendo un camino nuevo es una motivación enorme para seguir trabajando. En realidad, es una forma de vida.

Una forma de vida que exige mucha dedicación.

Sí, pero tampoco hay que convertirlo en algo heroico. Es simplemente una actividad muy interesante y muy divertida. A veces tendemos a colocar a los científicos en un pedestal, y eso no tiene sentido. Un médico investigador es una persona normal, con sus defectos y sus virtudes. Es verdad que el trabajo que hacemos puede tener consecuencias importantes, pero nosotros mismos muchas veces no sabemos hasta dónde puede llegar lo que estamos investigando. Y eso, en cierto modo, es una ventaja, porque evita caer en algo muy peligroso en el mundo científico: el exceso de ego. El ego y la vanidad son dos cosas que conviene mantener siempre bajo control.

Aun así, después de toda una carrera, y ya jubilado como catedrático emérito, sigue viniendo cada día al laboratorio. Sí, y además me lo paso muy bien.

¿Qué legado le gustaría dejar?

Ninguno en particular. Los artículos publicados están ahí y forman parte del trabajo colectivo de la ciencia. Hablar de legado suena a lo que dejan los reyes o las grandes figuras históricas. Nosotros simplemente hacemos nuestro trabajo.

Después de tantos años investigando el cerebro, ¿sigue emocionándole?

Claro que sí. El cerebro es un objeto de estudio extraordinario. Es una materia tan compleja y tan creativa que cada día plantea preguntas nuevas. Ningún día es igual al anterior. Te levantas con una idea, empiezas a darle vueltas, la vas modificando, cambias el enfoque... y ese proceso de cambio permanente es lo que te mantiene vivo intelectualmente. Si todos los días fueran iguales, sería muy aburrido.



El decálogo

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

Un disco o canción. *Herencia para un hijo gaucho*, de José Larraide.

Una película. *Casablanca*, de Michael Curtiz.

Un plato. Me gusta comer, y tengo muchas comidas preferidas. Pero yo hago muy bien el micuit de pato de fabricación propia.

Un defecto. La impaciencia.

Una virtud. La paciencia.

Una cualidad que valora en los demás. La lealtad.

Un sueño. Publicar el próximo artículo sobre la plasticidad intermodal.

Una religión. Tengo días.

Un chiste. Los chistes me gusta que los cuenten los demás.

Cooperación médica internacional - Testimonios



AMIGOS DEL CAYAPAS. El internista José Ángel Martín Oterino, en una de sus intervenciones realizadas en el norte de Ecuador en el marco de las misiones organizadas desde la ONG que fundó en 2010 para atender a pequeñas comunidades alejadas de los servicios más básicos.

Curar lejos de casa

Médicos salmantinos viajan cada año a algunos de los lugares más vulnerables del mundo sin casi apoyo institucional, costeándolo de su bolsillo y movidos por una misma convicción: la salud no debería depender del lugar donde se nace

“**Y**o solo quiero intentar aportar un poquito de nada a estas personas que no tienen contacto con especialistas médicos”. La frase es de la dermatóloga del hospital de Salamanca Mónica Roncero, pero podría servir también para resumir lo que mueve a los otros tres médicos de este reportaje que han hecho de la cooperación una parte esencial de su vida profesional y personal. No van enviados por grandes estructuras. Casi nunca encuentran facilidades. Se pagan los viajes, consumen sus vacaciones, encajan permisos sin sueldo y vuelven a casa sin que esa experiencia puntúe, apenas, en su carrera profesional. Y, sin embargo, regresan. Una y otra vez.

Los cuatro comparten algo más que la bata. Comparten una misma convicción: la de que nacer en un lugar u otro del mundo es, en gran medida, cuestión de azar. Y que haber nacido en el lado cómodo de ese azar obliga, al menos moralmente, a no mirar hacia otro lado. Van por su cuenta o de la mano de pequeñas ONG; a veces cambian de organización según la misión y otras, con el paso del tiempo, terminan vinculándose de forma estable o incluso creando sus propios proyectos. Lo hacen sin grandes reconocimientos, sin apenas respaldo institucional y

sin demasiadas concesiones. Pero también lo hacen sabiendo que, en esos lugares donde faltan médicos, fármacos, luz o carreteras, su presencia sí cambia algo: una operación posible, una infección tratada a tiempo, una crisis resuelta, un paciente identificado antes de que sea demasiado tarde.

También comparten otra certeza menos amable: la impotencia. La de no llegar a todo. La de tener que decir alguna vez que ya no se puede operar, que no hay hospital cercano, que el diagnóstico llega tarde o que solo queda aliviar. Pero incluso en esa frontera dura de la medicina, los cuatro insisten en lo mismo: merece la pena. Porque allí la medicina se vuelve más desnuda, más esencial y también más humana. Y porque, al volver, todo se mira de otra manera.

Mónica Roncero: aprender humildad en Malawi

Mónica Roncero tenía claro desde que empezó Medicina que la cooperación iba a formar parte de su camino. Antes incluso de elegir plaza MIR, ya había hecho las maletas para viajar a Perú con Cáritas. Después llegarían Senegal, Guatemala o Guinea Ecuatorial, donde profundizó en dermatología tropical, piel

Cooperación médica internacional - Testimonios

negra y lepra. Más tarde, tras una pausa por la maternidad, retomó ese hilo en Malawi, en el proyecto [Dermalawi](#), al que se incorporó en 2018 y del que hoy es vicepresidenta. Lo que empezó como una colaboración puntual es ahora una ONG consolidada, con personal local contratado y campañas periódicas sobre el terreno.

Su especialidad la ha llevado a enfrentarse a una realidad que en España apenas se ve. “Cuando llegas como dermatólogo europeo occidental te das cuenta de que estamos formados en piel blanca y que no sabes nada”, reconoce. En Malawi descubrió que la piel negra “es como un capítulo o un libro aparte” y que muchas patologías se manifiestan de forma completamente distinta. “Se supone que yo soy experta en psoriasis, y allí me llegaba un paciente negro con psoriasis y casi no era capaz de diagnosticarlo”, cuenta. Aquello, dice, la “curaba en humildad”. También le dolía como médica comprobar hasta qué punto ese sesgo sigue presente en la formación: “Tenemos que saber diagnosticar como especialistas cualquier color de piel y en los libros no está representado”.

En Malawi, Dermalawi se ha centrado especialmente en enfermedades infecciosas de la piel. Durante una epidemia de sarna pusieron en marcha el proyecto Stop Sarna y llegaron a tratar “a casi 30.000 personas”. Ahora, además, trabajan muy focalizados en la lepra y en las personas con albinismo, muchas de ellas afectadas por cánceres cutáneos precoces. Tener personal contratado allí ha sido, dice, el gran salto: alguien que ve pacientes todos los días, se desplaza de pueblo en pueblo y evita que la ayuda no dependa solo de campañas aisladas.

Pero en su memoria no se quedan solo los logros. Se quedan, sobre todo, los niños. “Una niña que vino con una quemadura muy extensa y acabó falleciendo”, recuerda. O “una niña con una enfermedad genética con un tumor muy avanzado de la lengua” ante la que sabían que ya no podían hacer nada. Y también esos pacientes con albinismo a los que, ya en la puerta del quirófano, tienen que decirles que el tumor es demasiado grande y que la operación ya no es viable.

“Te quedas como diciendo qué pena, no puedo ofrecerte nada”, admite. “Siento mucho que te hayas desplazado 50 kilómetros para venir a verme con la esperanza de que yo pudiera hacer algo y no puedo hacerlo ya”.

Aun así, vuelve. Aunque para hacerlo tenga que pedirse un permiso sin sueldo, pagar el avión de su bolsillo y ausentarse de casa durante semanas. “La cooperación a nivel personal me sale muy cara. No hay ningún apoyo”, resume. Y, sin embargo, insiste. Porque allí encuentra otra forma de ejercer la medicina, “más basada en los signos clínicos” y menos apoyada en pruebas. Porque siente que acompaña a personas que, de otro modo, jamás verían a un especialista. Y porque, incluso pensando en sus hijos, cree que esa renuncia también deja una herencia. “Se acordarán de decir: mi madre se iba, pero para hacer este tipo de proyectos. Dedicaba parte de su tiempo libre a trabajar para ayudar a quienes más lo necesitan”.

Eugenio Briz: la huella de África

El anestesista Eugenio Briz Sánchez resume su vínculo con la cooperación con una frase simple y contundente: “África engancha”. Fue al continente por primera vez en 2008, a Tanguieta, en Benín, y desde entonces ha participado en diez campañas sanitarias. Después llegaron Camerún, otra vez Benín, Paraguay,



DERMALAWI. La dermatóloga Mónica Roncero, con dos de sus pacientes en las misiones que realiza en Malawi.

Perú, República Dominicana o Sierra Leona, de la mano de entidades como la Fundación Mayo Rey o Cirujanos en Acción.

Sus misiones tienen algo de maratón: campañas de diez o quince días, viajes aparte, jornadas que arrancan a las ocho de la mañana y terminan a las ocho de la tarde, de lunes a sábado, con apenas una breve pausa para comer. En ese tiempo pueden realizar entre ocho y diez intervenciones diarias, desde cirugía ambulatoria a operaciones de pared abdominal, bocios o incluso cesáreas urgentes. Son días largos, intensos, de ritmo sostenido y de medicina muy pegada a lo esencial. “Las experiencias son duras, pero cuando vuelves a España te das cuenta de que son más duras las condiciones de vida de los que dejas allí”, explica.

Si tuviera que quedarse con una escena, no elegiría una intervención brillante ni una misión especialmente compleja

Cooperación médica internacional - Testimonios

desde el punto de vista técnico. Se queda con una muerte. “Lo más doloroso fue, sin lugar a dudas, tener que informar a la familia de un paciente terminal de sida que había fallecido con 24 años”, cuenta. Pero lo que de verdad le marcó vino después: “Luego la familia fue a llevarnos fruta y a agradecernos los cuidados y desvelos realizados”. En ese gesto mínimo se condensa buena parte del sentido de estas campañas: la conciencia de la pérdida, sí, pero también una gratitud que no desaparece ni siquiera en medio del duelo.

Briz habla de la cooperación sin grandilocuencia. La define como una “mínima aportación médica”, un pequeño grano de arena. Pero detrás de esa modestia hay constancia: años de viajes, quirófanos improvisados o austeros, tiempo quitado a la familia y a las vacaciones. Porque, como les ocurre a tantos otros, la posibilidad de desplazarse depende muchas veces de las necesidades del servicio en el que trabaja. “Casi siempre recurrimos a nuestras vacaciones personales y a restar 10 o 15 días a nuestras familias”, lamenta. Pese a ello, su conclusión no vacila: “Solo con el agradecimiento que nos muestran al ver aparecer a un sanitario que viaja hasta allí para ayudarles, merece la pena”.

Patricia Martínez: encontrar sentido a la medicina

La trayectoria de Patricia Martínez Pérez es la de alguien que ha ido enlazando misiones en contextos muy distintos y con organizaciones diferentes: Nicaragua en 2012, cuando todavía

era enfermera; Ecuador en 2015; Gambia en 2018; Camerún en 2025, y este mismo año volverá de nuevo a Camerún. No hay una sola estructura detrás de su recorrido. Hay más bien una decisión persistente de seguir yendo allí donde haga falta. “Siempre me he tenido que buscar la vida, siempre con mi dinero, por supuesto, y utilizando mis vacaciones”, explica. “Todo me lo autorregulo”.

En su caso, la motivación se llama justicia social. “Nacer en un sitio u otro es algo aleatorio, no podemos decidirlo, y no tiene ningún mérito”, dice. Y precisamente por eso siente “la obligación moral” de aportar algo a quienes no han tenido esa misma suerte. Esa idea aparece una y otra vez en su relato, como una especie de brújula ética: el privilegio vivido aquí frente a la precariedad con la que se sobrevive en muchos otros lugares.

De Nicaragua recuerda el aislamiento extremo de algunas comunidades, junto a un volcán, sin recursos y con familias enteras viviendo en una sola chabola. De Ecuador, una escena casi física: la de un hombre que se había cortado con un machete y al que tuvo que suturar ya de noche, sin luz, “con la mano llena de moscas” que iban a la lámpara con la que la alumbraban. Pero si hay una historia que sigue pesándole es la de una parturienta con fiebre alta y tensión baja, una urgencia absoluta, a cinco horas en canoa del hospital más cercano. “Le pusimos una vía con un suero colgado en un palo y la mandamos en la canoa con una comadrona”, recuerda. Nunca supo si aquella mujer



BENIN. “La foto es en Ouidah, desde donde llevaban los esclavos a América. Allí está el punto de no retorno, y al salir de la prisión donde los encerraban para llevarlos al barco nos encontramos a estos escolares que iban a ver la prisión, ¡alucinante!”, cuenta Eugenio Briz.

Cooperación médica internacional - Testimonios

ni su bebé llegaron a tiempo. “Me quedé muy tocada con la situación”. En Gambia encontró una experiencia más luminosa, centrada sobre todo en niños. En Camerún, en cambio, volvieron los casos duros. Uno de ellos fue el de un niño inconsciente de dos años, al que su madre dejó en sus brazos sin exteriorizar apenas angustia. Al final era una hipoglucemia asociada también a paludismo y el pequeño salió adelante, pero el choque cultural la sigue impresionando. “Yo me agobí mucho más que ella”, reconoce. “Ellos tienen otro concepto y están acostumbrados a que se les mueran los niños”.

Quizá su testimonio es también el más áspero cuando habla del regreso. Patricia no oculta su desencanto con el ejercicio de la medicina en España, especialmente tras la pandemia. Dice sentirse rodeada de una sociedad “poco agradecida, muy egoísta”, y confiesa que las campañas le sirven para “encontrar el sentido a ser médico”. Allí, explica, sus conocimientos sirven y se valoran. Allí la medicina es “más rústica”, pero también más agradecida. Por eso le duele especialmente que no haya facilidades ni reconocimiento. “No puntúa para nada”, dice sobre la cooperación. “Se piensan que vamos como de vacaciones”. Y, aun así, volverá. Aunque haya tardado cuatro días en llegar, aunque venga agotada o enferma, aunque después tenga que reincorporarse casi sin descanso. Porque sigue creyendo que “siempre se aporta algo”.

José Ángel Martín Oterino: llegar donde no llega nadie

José Ángel Martín Oterino no solo ha participado en cooperación: dio un paso más y creó su propia ONG, [Amigos del Cayapas](#). La fundó en 2010 y la registró formalmente en 2011 para atender a comunidades del norte de Ecuador, en una zona selvática entre Ecuador y Colombia a la que solo se llega remontando el río Cayapas en canoa. Allí, durante años, organizaron clínicas móviles periódicas, dos veces al año, en campañas de unos quince días. Siempre en coordinación con el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y siempre con una idea clara: sostener una presencia repetida en comunidades pequeñas, olvidadas, que no están en el radar ni de las grandes organizaciones ni del propio Estado.

Ese es, quizá, el rasgo más singular de su historia. Oterino no habla de grandes emergencias ni de zonas mediáticamente visibles. Habla de “focos muy pequeñitos, con mucha pobreza, en los que el Estado tampoco llega”. Lugares alejados, lluviosos, con economía de subsistencia y recursos sanitarios casi inexistentes. “Con esta ONG pequeña nos marcamos un objetivo muy concreto, que es llegar a estas 25 o 30 comunidades en este río y que puedas hacerlo de forma repetitiva”, explica. Ahí, dice, está el beneficio real.

Lo que más le impactó al principio fue la cantidad de pacientes. Muchísimos. Personas de distintas etnias, con comportamientos diferentes, pero con la misma necesidad de asistencia. Desde problemas banales hasta casos graves. Recuerda, por ejemplo, a un niño de uno o dos años con labio leporino. Ellos no podían operarlo allí, en medio de la selva, pero sí identificar el caso, registrarlo y derivarlo a las autoridades sanitarias. “Si tú no vas, ese niño seguiría allí igual sin identificar su patología”, resume.

Durante años atendieron cefaleas, dolores musculares, infecciones respiratorias y, sobre todo, muchísimas infecciones cutáneas y sarna. Enfermedades ligadas a la pobreza y a las ma-



ACOMPANIAMIENTO.

En las imágenes superiores, Patricia Martínez con sus pacientes en Camerún y Ecuador. Al lado y abajo, dos imágenes de facultativos en Ecuador; dentro del proyecto de la ONG Amigos del Cayapas.



Cooperación médica internacional - Testimonios

las condiciones higiénicas, que en los niños pequeños afectaban incluso a la alimentación y al descanso. Con tratamientos sencillos y continuidad en las visitas, muchas de esas situaciones mejoraron. El proyecto, además, evolucionó hacia la telemedicina cuando la pandemia y la creciente inseguridad de la zona impidieron viajar con normalidad. Hoy siguen apoyando a los médicos locales a distancia, aprovechando la conectividad móvil que ya ha llegado a muchos de esos puntos remotos.

También él tiene en la memoria imágenes difíciles: una paciente con sepsis abdominal a la que lograron evacuar viva; una embarazada con una crisis epiléptica de madrugada, en plena oscuridad, a la que hubo que sacar en canoa; o aquella vez en que un grupo armado apareció en mitad de una comunidad preguntando qué hacían allí. “Ahí te sientes totalmente desprotegido”, admite. Pero, pese a todo, su balance sigue siendo lu-

minoso. Con relativamente poco, explica, podían atender a más de mil pacientes en cada salida y, además, revisar a muchos de ellos cada seis meses, como si fueran consultas de seguimiento. “Con un gasto económico relativamente pequeño y bien organizado puedes ayudar mucho”, sostiene. Y esa convicción, más que cualquier heroicidad, es la que sostiene su compromiso.

Todos coinciden en lo mismo: vuelven. Vuelven aunque tengan que pedir permisos sin sueldo, pagar los viajes de su bolsillo y regresar agotados a una rutina que apenas reconoce lo que han hecho. Vuelven porque allí, donde faltan medios, certezas y a veces incluso soluciones, la medicina recupera su sentido más esencial. Porque cada diagnóstico a tiempo, cada herida curada o cada paciente escuchado pesa más que cualquier dificultad. Y porque, como repiten, no se trata de cambiar el mundo, sino de no mirar hacia otro lado.



EQUIPOS Y CERCANÍA.

De izquierda a derecha y de arriba a abajo: equipo de Oterino en Ecuador; compañeros de Mónica Roncero en Malawi; Patricia Martínez y sus colegas en Gambia; Mónica Roncero, en la aldea africana; y Patricia pasando consulta en Camerún.

Cooperación médica internacional - Respaldo colegial

El apoyo de la Fundación y el Colegio

La Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC y el Colegio de Médicos trabajan para profesionalizar y dar respaldo a una labor que sigue dependiendo, en gran medida, de la iniciativa individual de los sanitarios

Detrás de muchas de las misiones de cooperación que realizan médicos salmantinos hay una realidad menos visible: la falta de estructura, reconocimiento y apoyo institucional. Para dar respuesta a esta situación nació en 2011 la Fundación para la Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (FCOMCI), cuyo principal objetivo es profesionalizar una actividad que durante años ha dependido del voluntarismo.

La Fundación mantiene un registro nacional de médicos cooperantes —actualmente con más de 5.000 inscritos—, aunque reconoce que siempre será incompleto, debido al carácter altruista de estas iniciativas. En Salamanca, por ejemplo, solo hay 13 profesionales registrados, una cifra que refleja más la falta de formalización que la realidad. Además de identificar a estos profesionales, la FCOMCI ofrece formación específica previa a las misiones, asesoramiento y herramientas clave, como seguros de responsabilidad civil o certificados de idoneidad profesional. También ha desarrollado una plataforma que conecta a médicos con organizaciones, facilitando así el acceso a proyectos en terreno y mejorando la coordinación.

A nivel local, el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca desempeña un papel fundamental como enlace entre los profesionales y la Fundación. El responsable de cooperación es Rubén García, secretario del colegio, cuya labor pasa por mantener contacto con los grupos activos en la provincia, canalizar información y participar en las iniciativas conjuntas

que se impulsan desde la OMC. “Mi labor es tener controlados los grupos que hacen cooperación en Salamanca y poner en común lo que se está haciendo”, explica. Para ello, participa en reuniones periódicas con responsables de otros colegios y con la dirección técnica de la Fundación, donde se comparten experiencias y se coordinan posibles respuestas ante situaciones de emergencia, como conflictos o catástrofes naturales.

El Colegio también impulsa actividades de formación y sensibilización. Un ejemplo es su participación en el último Congreso de Cooperación Internacional de la OMC, centrado en la infancia, donde García propuso un taller de reanimación neonatal básica. “Puedes estar en Camerún siendo oftalmólogo y tener que atender un parto”, señala, justificando la importancia de dotar a los profesionales de herramientas prácticas más allá de su especialidad.

Además, desde el grupo de trabajo de médicos jóvenes promueve el interés por la cooperación entre estudiantes y residentes, destacando los beneficios que aporta esta experiencia: desde el desarrollo de habilidades clínicas en entornos con pocos recursos hasta el crecimiento personal y la apertura a otras realidades, como dejó plasmado en un decálogo que realizó. A pesar de estos avances, tanto la Fundación como los colegios coinciden en que queda camino por recorrer. La falta de reconocimiento, la ausencia de permisos específicos y la necesidad de actualizar la normativa siguen siendo algunos retos.



GRANDES DIFICULTADES EN LOS TRASLADOS. Llegar al destino elegido para ofrecer asistencia sanitaria a veces no es nada sencillo, como ocurre en las comunidades indígenas en torno al río Cayapas en Ecuador, donde solo es posible acceder a través de canoas.

Cooperación médica internacional - Entrevista



Sonia Agudo Capón • Directora técnica FCOMCI

“Un médico no puede seguir yéndose a cooperar a costa de sus vacaciones y sin ningún reconocimiento”

La Fundación reclama cambios en el sistema sanitario para que la cooperación no penalice a los profesionales, quienes siempre regresan con nuevas habilidades, mayor sensibilidad y una visión más humana de la medicina

¿Qué papel juega la Fundación dentro de la cooperación sanitaria española?
Lo que intentamos desde el origen de la [Fundación](#) —y, de hecho, fue la razón por la que se creó— es dar respuesta a una realidad que ya existía: ese perfil de médico que, en su tiempo libre, en sus vacaciones y pagándose de su bolsillo, se iba a ejercer su profesión en países con recursos escasos, en contextos muy complejos, ya fueran crisis humanitarias, conflictos o lo que llamamos estados frágiles. Esa figura del médico voluntario se ha visto siempre desde el “buenismo”: qué buena persona que se va al otro lado del mundo a ayudar. Pero lo que empezamos a detectar es que también había un riesgo. Es una figura que tiene derechos, pero también obligaciones y responsabilidades. Mientras que las ONG tienen a su personal identificado, preparado y protegido, este perfil de médico se iba muchas veces a su libre albedrío, de manera desorganizada. Y cuando vimos que en prácticamente todas las provincias existía este perfil, lo que quisimos fue empezar por algo básico: identificarlos. Crear un registro. Saber quiénes son, qué especialidades tienen, a qué países van, qué tipo de trabajo realizan. Quince años después, sigue siendo muy difícil.

¿Por qué sigue siendo tan complicado tener ese registro?

Porque siempre va a ser un subregistro. Siempre. Al ser algo altruista y voluntario, no existe esa noción de que uno se tiene que profesionalizar. Y ahí está la clave: si me preguntas por la misión principal de la Fundación, es la profesionalización de ese sanitario. Y digo sanitario, porque un médico solo o un equipo solo de médicos no hace absolutamente nada. No tiene recorrido. Esto es trabajo en equipo.

¿Cuántos médicos están registrados actualmente?

A día de hoy tenemos en torno a 5.300-5.400. Y justo ahora estamos haciendo una migración porque hemos creado una plataforma nueva para que el médico se autogestione todo. Cuando empezamos en 2011 era todo muy rudimentario, con una hoja de Excel, casi a mano. Ahora tenemos una herramienta que funciona no solo para registrarte, sino como un *InfoJobs* de oportunidades en terreno. Tú te pones al servicio: “tengo dos semanas libres, hablo francés, soy dermatólogo...” y se cruzan los datos de oferta y demanda. Las organizaciones también publican lo que necesitan. Y además, el médico puede gestionar su propio seguro. Ese fue el segundo gran paso.

Cooperación médica internacional - Entrevista

¿Por qué es tan importante el seguro?

Porque la gente se iba sin seguro de vida, sin seguro de viaje y, sobre todo, sin seguro de responsabilidad civil profesional. Y cualquier contingencia en el ejercicio de tu trabajo tiene consecuencias. Estás sujeto al sistema judicial de otro país, que no siempre es el más justo. Se han dado muchos casos. Recuerdo un pediatra francés que estaba en una cárcel en Senegal. Era un voluntario, buena gente, iba a hacer el bien... pero hay rendición de cuentas. Y además, en estos contextos a veces pasa que un dermatólogo acaba en quirófano o un enfermero hace funciones que no le corresponden porque faltan manos. Todo eso tiene consecuencias. Por eso decimos: hay que irse lo más blindado posible.

¿Se sabe cuántos médicos participan cada año en misiones?

No tenemos estimación y siempre va a ser un subregistro aproximado. Nosotros dividimos las ONG en grandes, medianas y pequeñas —en el mejor de los casos, si han pasado por el proceso de constituirse e inscribirse en la AECID—, pero hay muchísima gente que se va de forma totalmente informal. Gente que en verano se organiza con compañeros, recoge material, se va... y eso es precisamente lo que hay que erradicar.

¿Qué perfil tiene el médico cooperante?

El perfil en España a día de hoy es una mujer de entre 30 y 45 años. Luego, por especialidades, hay muchos médicos de familia, algo maravilloso, porque con pocos recursos diagnostican muchísimo. Tienen mucho del médico antiguo: observar, escuchar, oler, tocar. Hay muchos anestesiólogos, porque el control del dolor en estos contextos es dignidad. Y además son perfiles muy versátiles. Y luego muchos dermatólogos, porque las enfermedades infecciosas dan la cara en la piel. También oftalmología, ginecología... Y cirugía, aunque ahí ya se necesita estructura: quirófano, seguimiento, personal local. Porque no se trata de ir, operar y marcharte. Tiene que haber continuidad.

¿Qué papel juega la Fundación en la organización de misiones?

No tenemos un papel activo, no organizamos misiones. Intentamos ser garantes de la profesionalidad: ofrecemos formación, recursos de bioseguridad, seguros, certificado de idoneidad profesional... Pero no podemos filtrar quién se va ni cómo se va. Y a mí, personalmente, me encantaría.

¿Por qué?

Porque muchos proyectos, aunque sobre el papel son muy bonitos, luego no son necesarios ni viables. Tenemos un curso de planificación donde pedimos que aterrizen los proyectos con objetivos, indicadores, presupuesto... y muchos hacen aguas. Y a veces no solo no ayudan, sino que pueden hacer daño. Generas

dependencia, juegas con expectativas. Siempre pongo un ejemplo: un equipo de ginecólogos fue a Níger con maquinaria para tratar fistulas obstétricas. Nadie acudió. Porque no tuvieron en cuenta el contexto cultural. El terreno manda. Las necesidades las tienen que definir ellos.

¿Qué necesita un médico antes de ir a terreno?

Preparación. Información. Y pasar por su colegio. Tienes derechos: seguro, certificado de idoneidad, formación. Parece absurdo sentar a un médico muy cualificado a hacer un curso, pero es necesario. Tenemos un curso de preparación al primer destino donde se abordan desde el contexto sociocultural hasta la bioseguridad o la salud mental. Porque no puedes ir a terreno a enfermar, ni a bloquearte, ni a suponer una carga.

¿Cómo impacta la cooperación en los médicos?

Muchísimo. Son profesionales que vuelven con una riqueza personal y profesional brutal. Mucha más resiliencia, mucha más creatividad, porque han tenido que trabajar sin recursos. Y recuperan la esencia de la medicina: observar, tocar, mirar a los ojos. Allí se para el reloj. Son médicos que vuelven transformados en lo que llamamos habilidades blandas. Vuelven a la medicina vocacional. Y siempre quieren volver. Porque te remueve el alma. Siempre digo: uno va con su conocimiento, pero se trae mucho más de lo que lleva.

¿Ese cambio se nota también aquí?

Sí, muchísimo. Incluso en la sensibilidad hacia determinados pacientes. Por ejemplo, población vulnerable aquí en España: personas sin hogar, comunidades en riesgo de exclusión... O casos clínicos. Hace poco conocí a una pediatra que, después de haber

estado en Etiopía, empezó a identificar casos de abuso sexual infantil aquí porque allí aprendió a reconocer ciertas lesiones.

¿Qué debería cambiar en el sistema para facilitar la cooperación?

Sin duda, el reconocimiento. Un médico no puede seguir yéndose a costa de sus vacaciones y de su tiempo personal. No puntúa, no cuenta. No hablo ya de remuneración —eso es utópico ahora mismo—, pero sí de que no se castigue. Que exista un permiso específico. Que tenga valor en el currículum. Hay una ley de voluntariado que está obsoleta. Y esto depende de las comunidades autónomas, lo que lo complica aún más. Nosotros estamos intentando que se proteja y se valore esta figura.

¿Por qué es importante que los médicos hagan cooperación?

Porque no solo hacen un bien allí. Lo traen aquí. Se transforman como profesionales. Ganan humildad. Se enfrentan a realidades donde no son tan privilegiados. Aprenden incluso de personas sin formación médica, que les dan lecciones increíbles. Y eso cambia la forma de ejercer. Es una lección de vida.



» Noticias Colegiales | XXI Ciclo Cultural



PATRONA. Especialmente emotivo fue contar con la presencia de Luis de Horna, quien, acompañado del Dr. Santiago Santa Cruz, explicó los detalles de su obra 'Nuestra Señora del Perpetuo Socorro', que luce en el salón de actos del Colegio de Médicos.

La cultura como refugio y espejo en Salamanca

El Colegio de Médicos clausura un ciclo que ha unido ciencia y humanidades con reflexiones sobre literatura, historia, arte, música e identidad, en un recorrido plural que ha conectado conocimiento, creación y pensamiento contemporáneo

El XXI Ciclo Cultural del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca ha cerrado sus puertas tras dos intensas semanas en las que la palabra, la música y el pensamiento han servido como punto de encuentro entre disciplinas y sensibilidades. Ocho sesiones, todas con entrada libre, han vuelto a demostrar que la cultura sigue siendo un espacio de diálogo necesario, capaz de interpelar tanto a profesionales sanitarios como al público general.

La inauguración, el lunes, 16 de marzo, corrió a cargo del presidente del Colegio, el doctor Santiago Santa Cruz, quien presentó un programa diverso y ambicioso antes de ceder la palabra al escritor y psiquiatra José Carlos Somoza. En su intervención, Somoza reflexionó sobre su propio tránsito de la medicina a la literatura, reivindicando el carácter “extraño” de escribir y leer: actividades aparentemente inútiles, pero profundamente poderosas. Subrayó cómo la literatura, pese a su falta de utilidad práctica inmediata, ha sido capaz de transformar el mundo, aunque rara vez en los términos en los que fue concebida.

Al día siguiente, el profesor de Historia del Arte Francisco García Hoyos llevó al público a un recorrido por el bodegón

español, desde sus raíces en las estelas egipcias hasta figuras como Zurbarán o Sánchez Cotán. Su exposición puso de relieve la profundidad simbólica de un género que, más allá de la apariencia estática, encierra una rica tradición cultural.

La mirada histórica continuó el miércoles con Alejandro Miranda Mateos, quien abordó la medicina en el Siglo de Oro con un enfoque divulgativo y lleno de curiosidades. Desde el papel del Monasterio de Guadalupe como cuna de la cirugía en España hasta el funcionamiento del protomedicato —una suerte de antecedente del actual MIR—, su intervención conectó pasado y presente de la práctica médica.

Pilar Fraile cierra la primera semana

La primera semana se cerró con la escritora Pilar Fraile, que centró su conferencia en el proceso creativo. Reivindicó la necesidad de estudiar la escritura como disciplina —algo que apenas existía en España cuando ella comenzó— y explicó su propio método: partir de una idea, una inquietud, de una obsesión difícil de explicar como motor de la ficción. No todas las ideas, señaló, son narrables; solo aquellas que se resisten a un texto argumentativo encuentran su forma en la literatura.

» Noticias Colegiales | XXI Ciclo Cultural



PINTURA. Santiago Santa Cruz y Luis de Horna posan junto al cuadro en honor de la patrona de los médicos. **HISTORIA.** Miembros de la junta directiva del COMSAL arropan a Alejandro Miranda Mateos. **LITERATURA.** La escritora Pilar Fraile, junto al presidente del Colegio antes de comenzar su conferencia. **HISPANOTERAPIA.** El Ciclo Cultural terminó con la intervención de Alberto G. Ibáñez.

La segunda semana arrancó con un giro hacia la música de la mano de la pianista Marta García Teijido, quien propuso *La ruta Bach*, un recorrido estructurado en cinco pasos que combinó explicación musicológica con interpretaciones en directo al piano, acercando al público la obra del compositor alemán desde una experiencia tanto intelectual como sensorial.

El martes, 24 de marzo, el artista Luis de Horna ofreció una intervención especialmente emotiva en torno a su obra sobre Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, presente en el propio Colegio. Más allá del análisis iconográfico, su charla derivó en una defensa de la profesión médica, denunciando el maltrato que en ocasiones sufren sus profesionales y reivindicando su valor humano.

El ciclo adoptó forma escénica el miércoles, día 25, con la lectura dramatizada *Beethoven: El genio y el tormento*, una propuesta de Francisco Delgado Montero que combinó narración, interpretación y música en directo. El resultado fue una

aproximación íntima y emocional a la figura del compositor, en la que participaron varios actores junto al grupo de músicos del Conservatorio Superior.

La clausura llegó con el ensayista Alberto G. Ibáñez, quien presentó su propuesta de *Hispanoterapia* como respuesta a lo que considera una visión distorsionada de la historia de España. En una intervención marcada por la actualidad del debate identitario, defendió la necesidad de revisar críticamente los relatos dominantes, reivindicando el legado histórico español —con especial mención a la Escuela de Salamanca en su quinto centenario— y alertando sobre lo que denominó “síntomas de distorsión cognitiva” en la percepción colectiva del pasado.

Con este cierre, el ciclo no solo ha consolidado su vocación interdisciplinar, sino que ha reafirmado el papel de la cultura como herramienta para comprender el presente, cuestionar certezas y tender puentes. El Colegio, una vez más, ha sido escenario de ese diálogo imprescindible.

» Noticias Colegiales | XXI Ciclo Cultural



APERTURA. El psiquiatra y escritor José Carlos Somoza fue el encargado de abrir el Ciclo Cultural. **ARTE.** El profesor Francisco García Hoyo y el presidente del COMSAL posan en un salón de actos lleno de público. **MÚSICA.** La pianista Marta García Teijido, que posa con dirigentes del COMSAL, ofreció a los asistentes un paseo histórico y sonoro de Bach. **TEATRO.** Dos momentos de la lectura dramatizada 'Beethoven: El genio y el tormento', dirigida por Francisco Delgado Montero, psicólogo clínico y autor de numerosas biografías.

» Noticias Colegiales

El Colegio de Médicos recibe la Medalla de Oro de la Real Academia de Medicina de Salamanca

Durante la ceremonia de entrega, en la que también se concedió este galardón a la Universidad de Salamanca, el Dr. Santiago Santa Cruz agradeció “este estímulo para seguir trabajando al servicio de la sociedad salmantina”

El Colegio Oficial de Médicos de Salamanca fue uno de los principales protagonistas del acto de apertura del curso 2026 de la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA) el pasado 5 de febrero, cuando recibió su Medalla de Oro, la máxima distinción de la institución académica, en un reconocimiento compartido con la Universidad de Salamanca.

El presidente del Colegio, el doctor Santiago Santa Cruz Ruiz, recogió el galardón en un acto celebrado en el Paraninfo de las Escuelas Mayores, subrayando el valor simbólico de esta distinción como impulso para continuar trabajando “al servicio de la sociedad salmantina” con compromiso, ética y vocación.

La concesión de esta medalla, aprobada por unanimidad, pone en valor la estrecha relación histórica entre el Colegio de Médicos y la RAMSA, especialmente intensa en las últimas décadas, así como su papel en el impulso de la profesión médica y su contribución al ámbito científico y sanitario.

Triángulo de excelencia

Durante su intervención, Santa Cruz destacó la importancia de la colaboración entre el Colegio, la Universidad de Salamanca y la propia Academia, definiéndola como un “triángulo de excelencia” que refuerza el desarrollo del conocimiento, la práctica clínica y la innovación en salud. En este sentido, reiteró el compromiso de la institución colegial de seguir fomentando la cooperación con el ámbito universitario.

El acto también sirvió para reconocer a la Universidad de Salamanca, cuyo rector, Juan Manuel Corchado, recogió la Medalla de Oro destacando los valores compartidos entre ambas instituciones y su compromiso conjunto con la excelencia académica y científica.

Además, la jornada estuvo marcada por la entrega de los premios científicos



El presidente saliente de la RAMSA y el presidente del Colegio de Médicos.



Académicos de la RAMSA con el rector y el presidente del Colegio de Médicos. / USAL

anuales de la RAMSA, en los que participan activamente los colegios de médicos del ámbito territorial de la Academia, y que reconocen la investigación y el talento en el ámbito biosanitario.

Como cierre del acto, tuvo lugar la toma de posesión de la nueva Junta de Gobierno de la RAMSA, presidida desde entonces por el doctor Miguel Ángel Merchán Cifuentes.

» Noticias Colegiales



Sanidad retoma el diálogo con los médicos, pero se mantiene la huelga

El comité asegura que, de momento, se mantienen las movilizaciones toda vez que se sigue tramitando un Estatuto Marco que no considera a la profesión

La situación del conflicto sanitario entre el Ministerio de Sanidad y los médicos continúa sin avances significativos tras la reunión mantenida el pasado jueves, 26 de marzo. Aunque desde el Ministerio se trasladó un mensaje de optimismo, apuntando a un posible final de las movilizaciones, el Comité de Huelga ha aclarado que el encuentro solo ha servido para retomar el diálogo, manteniéndose aún posturas muy alejadas.

Desde la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) se insiste en que no se han producido avances sustanciales en las reivindicaciones del colectivo médico, por lo que las movilizaciones siguen adelante. En este contexto, ya se han anunciado nuevas jornadas de huelga a nivel nacional, previstas entre los días 27 y 30 de abril.

Las diferencias siguen siendo profundas y afectan a aspectos clave de las condiciones laborales de los médicos. En materia de jornada, se reclama equiparar a los facultativos con el resto de profesionales, fijando una jornada máxima de 35 horas semanales y estableciendo que la actividad fuera de ese horario sea volun-

taria y mejor remunerada (al menos al 150%). Por el contrario, el Ministerio plantea una jornada obligatoria de hasta 45 horas en cómputo cuatrimestral, manteniendo además la obligatoriedad de las guardias. También persisten diferencias importantes en cuestiones estructurales. El comité de huelga defiende una clasificación profesional diferenciada que reconozca la responsabilidad clínica de los médicos.

En Castilla y León, según el Gobierno regional, el impacto de los últimos paros refleja la magnitud del conflicto. Durante la semana de huelga desarrollada entre el 16 y el 20 de marzo, se registraron un total de 52.124 consultas canceladas, de las cuales 33.909 correspondieron a Atención Primaria y 18.215 a Atención Hospitalaria. Asimismo, se suspendieron 1.162 intervenciones quirúrgicas y 2.468 pruebas diagnósticas en los hospitales de la Comunidad.

Desde el ámbito profesional se insiste en la necesidad de alcanzar soluciones que garanticen unas condiciones laborales adecuadas para los médicos y aseguren la calidad del sistema.

La contratación de médicos no especialistas es un riesgo para el SNS

España ha construido durante décadas un modelo de excelencia en formación sanitaria especializada, el sistema MIR, reconocido dentro y fuera de nuestras fronteras. Este sistema no es un formalismo burocrático ni un privilegio corporativo. Es una garantía pública de calidad asistencial, seguridad clínica y equidad en el acceso a la profesión. Permitir que funciones propias de especialista sean desempeñadas por profesionales sin la acreditación oficial correspondiente supone abrir una grieta en los cimientos del sistema sanitario.

El informe presentado en la Asamblea General de la OMC evidencia que esta práctica no es puntual ni aislada. Se trata de un fenómeno de alcance nacional, con mayor impacto en territorios rurales y de difícil cobertura, pero presente en mayor o menor medida en todas las Comunidades Autónomas. Lo que comenzó como una medida excepcional está derivando en una peligrosa normalización.

Las consecuencias son:

- Se pone en grave peligro la seguridad del paciente.
- Se desvirtúa y erosiona el modelo MIR.
- Se distorsiona la supervisión de los médicos residentes.
- Se genera un agravio comparativo hacia quienes han superado un exigente proceso selectivo y años de formación reglada.
- Se precariza el ejercicio profesional.

Décadas de planificación insuficiente, jubilaciones masivas, incremento de la demanda asistencial y dificultades en la cobertura de plazas en zonas rurales han desembocado en soluciones reactivas y cortoplacistas. | [INFORME JURÍDICO](#)

» Noticias Colegiales

El Colegio concede becas de apoyo a la formación a 12 médicos residentes y un especialista

La dotación total asciende a casi 11.300 euros brutos, concedidos con el apoyo de la Fundación Mutual Médica, que aporta 2.000 euros

Un total de 13 médicos han sido adjudicatarios de las XIV Becas de Formación de apoyo para realizar estancias, rotaciones o programas formativos, convocadas por el Colegio de Médicos de Salamanca con el apoyo de la [Fundación Mutual Médica](#). Las ayudas concedidas suman una dotación total de casi 11.300 euros brutos (9.600 netos).

La resolución, aprobada por la Junta Directiva del Colegio en su reunión del 24 de febrero, ha sido la siguiente:

En la modalidad de apoyo a rotaciones en el extranjero, se conceden tres becas, con una dotación de 1.200 euros netos a: Lucía Moreno de Redrojo Cortés, de Cardiología; Alejandro Olivares Hernández, de Oncología Médica; y Andrés Valera Montiel, de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En la modalidad de apoyo a rotaciones nacionales, se conceden nueve becas, con

una dotación de 600 euros netos cada una, a: Guillermo Santabrigida Oreja (Radiodiagnóstico), Carlos Rafael Pires Baltazar (Medicina Familiar y Comunitaria), Covadonga Junco Dopico (Medicina Interna), Ainhoa Arranz Caballero (Pediatria), María Nerea Otero Fernández (Alergología), Cristina Álvarez Martínez (Cardiología), Manuel Torres Jurado (Cirugía General y del Aparato Digestivo), Elena Villanueva Sánchez (Nefrología) y Esther Serrano Sánchez (Medicina Física y Rehabilitación).

En la modalidad de apoyo a programas de formación complementaria, se conceden una beca a la única solicitud presentada en plazo, con una dotación de 600 euros netos, a Silvia Arroyo Romero, de Medicina Familiar y Comunitaria. Con esta resolución se tienen en cuenta 13 de las 38 solicitudes que concurrían a la convocatoria. | [MÁS INFORMACIÓN](#)

José Antonio Blázquez González, subdirector médico de asistencia especializada del CAUSA

El Bocy1 de 28 de enero de 2025 publicó la ORDEN SAN/54/2026, de 12 de enero, por la que se resuelve la convocatoria pública para cubrir, mediante el sistema de libre designación, el puesto de subdirector médico de asistencia especializada (categoría 1) del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, que ocupará el doctor José Antonio Blázquez González, por ser considerado por la Comisión de Valoración el candidato idóneo. Una vez tenga efectos el nombramiento, éste tendrá una duración máxima de 4 años.

M^a Fernanda Lorenzo y Javier Cañueto, nuevos profesores de la Universidad

La uróloga María Fernanda Lorenzo Gómez y el dermatólogo Javier Cañueto Álvarez han sido designados como nuevos titulares de la Facultad de Medicina con plaza vinculada. En el primer caso, la resolución se publicó en el Bocy1 de 26 de marzo. La doctora será profesora titular de Universidad del área de conocimiento de Urología. El Bocy1 de 23 de enero publicó el nombramiento de Javier Cañueto Álvarez, que será profesor titular del área de conocimiento de Dermatología.



Derechos fundamentales de los médicos

El Foro de la Profesión Médica de España ha presentado la Declaración de Derechos Fundamentales de los Médicos, un documento estratégico que pone el foco en la necesidad de situar al médico en el centro del sistema sanitario como garantía de calidad asistencial, seguridad del paciente y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. | [ACCESO A LA DECLARACIÓN](#)

» Noticias Colegiales

El SAPEM logra un alto respaldo entre los estudiantes de Medicina: un 93% lo considera necesario

El Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM) se consolida como un recurso esencial para el bienestar emocional de los futuros médicos. Según los resultados de la última encuesta de satisfacción de los alumnos atendidos de 2025, el 93,75% lo considera un recurso necesario e imprescindible. Desde su puesta en marcha hace tres años, el programa ha atendido a un total de 495 estudiantes de Medicina de universidades públicas y privadas de toda España, dando respuesta confidencial y gratuita a las necesidades psicológicas derivadas de las exigencias académicas y emocionales de la carrera. El acceso al servicio se realiza de forma sencilla mediante un mensaje de WhatsApp al 669 438 903. A partir de ahí, la Unidad de Acogida del SAPEM valora el caso y realiza la derivación terapéutica.

La Justicia suspende la Guía enfermera de indicación de medicamentos para infección urinaria

La Audiencia Nacional ha respaldado la solicitud de la Organización Médica Colegial para suspender cautelarmente la efectividad de la Resolución por la que se valida la Guía para la Indicación, Uso y Autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras en la infección de tracto urinario inferior no complicada en mujeres adultas.



El PAIME alcanza los 10.000 profesionales médicos tratados

Avanza este servicio único en España, concebido para garantizar la buena praxis médica y reforzar la seguridad del paciente en el sistema sanitario

Los problemas de salud mental son una realidad en todas las profesiones y lógicamente también afecta a los médicos. Para acompañar a los facultativos y darles apoyo en su tratamiento y recuperación, nació, en 1998, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) que, desde su fundación ha atendido a 10.000 facultativos.

Así se refleja en el Informe de actividades presentado durante el XI Congreso Nacional y II Encuentro Internacional

del PAIME, cuyas conclusiones subrayan la robustez y eficacia de un recurso sanitario único en España, concebido “para garantizar la buena praxis médica y, en última instancia, la seguridad del paciente”.

Uno de los datos más destacados es el incremento de un 20% de los contratos terapéuticos, una herramienta clave para acompañar a los profesionales en situaciones de especial complejidad. | [CONSULTA EL INFORME COMPLETO](#)

Compromiso histórico para proteger la salud mental de los médicos

La ‘Declaración de Alicante 2026’ consolida el programa de atención

Alicante acogió en febrero el XI Congreso del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y el II Encuentro Internacional del PAIME, una cita clave que reunió a expertos nacionales e internacionales responsables institucionales, representantes de organizaciones médicas europeas y latinoamericanas y a los principales especialistas en salud mental del profesional sanitario.

Las distintas mesas y foros pusieron el

foco en uno de los desafíos más urgentes de los sistemas sanitarios: la salud mental de los médicos, su bienestar emocional y la necesidad de reforzar las estructuras que los protegen.

El cierre del Congreso estuvo marcado por la [Declaración de Alicante 2026](#), un documento construido colectivamente que marca un antes y un después para el PAIME, consolidándolo como un modelo homogéneo, preventivo y sostenible.

» Noticias Colegiales



Plan nacional contra la violencia a sanitarios

La OMC ha registrado 9000 agresiones desde su creación en 2010, 879 agresiones en 2025, el dato histórico más alto. El 48,8% de los incidentes comunicados en los colegios han sido denunciados ante los cuerpos y fuerzas de seguridad

Con motivo del Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, que se celebra cada 12 de marzo, la Organización Médica Colegial (OMC) presentó los datos registrados por los colegios de médicos durante el año 2025. Se trata del año con más agresiones registradas desde los colegios, con un total de 879. Estos datos sitúan la cifra total desde que se registran, hace dieciséis años, en casi 9000 agresiones.aís.

Las médicas sufren el 63,7% de las agresiones, mientras solo representan el 54,8% de la colegiación, dato que reafirma la tendencia al alza de una brecha que persiste.

Respecto a las especialidades, los profesionales de atención primaria padecen el 58,6% de estas acciones violentas.

El 13,5% de las agresiones acaban en baja laboral del profesional y el 20% son lesiones físicas

El informe 2025 arroja otros datos como que el 13,5% de los casos de profesionales agredidos derivan en una baja laboral, lo que impacta de manera

directa en la continuidad asistencial y en un daño al sistema sanitario en su conjunto.

Por otra parte, el índice de lesiones físicas roza este año el 20% (19%), lo que supone un aumento respecto al año anterior del 73%.

2025 también registra otro dato récord: las solicitudes de protección jurídica que ofrece la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial a los médicos agredidos a través de A.M.A. Seguros. En 2025 se superó la barrera del centenar de profesionales (106) que han solicitado esta protección jurídica, lo que pone de manifiesto el mayor conocimiento por parte de los profesionales de los servicios y prestaciones de la corporación a sus colegiados.

Desde 2019, son cerca de 4000 profesionales los que han superado el curso puesto en marcha por la Fundación para la Formación de la OMC y Mutual Médica Agresiones a profesionales sanitarios, fundamentos de prevención, protección y respuesta. | [ACCEDE A TODOS LOS DATOS](#)

El Ministerio también señala un aumento de casos de casi el 9%

El Ministerio de Sanidad también presentó el informe anual sobre agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) correspondiente a 2025. cuando se notificaron 18.563 casos, lo que equivale a 24,37 agresiones por cada 1.000 profesionales del sistema sanitario público. En términos interanuales, el número de agresiones notificadas aumentó en 1.493 casos respecto a 2024, lo que supone un incremento del 8,74%. No obstante, el informe señala que el ritmo de crecimiento se ha moderado en comparación con años anteriores, ya que entre 2023 y 2024 el incremento alcanzó el 15,74%. La mayor parte de los incidentes registrados corresponden a agresiones de carácter no físico.

» Noticias Colegiales



Lourdes Hernández y Silvia Pilar González, nuevas académicas

María Lourdes Hernández Cosido, profesora y especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), ingresó el 5 marzo como nueva académica correspondiente en la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA).

El acto celebrado en el Aula Francisco Salinas de las Escuelas Mayores fue presidido por el rector, Juan Manuel Corchado, y contó con la asistencia de Miguel Ángel Merchán Cifuentes, presidente de la Academia; José Carretero González, vicepresidente; y María Sonsoles Castro Herranz, secretaria general. La presen-

tación de la nueva académica correspondiente corrió a cargo de Luis Emilio Ortega Martín-Corral, académico numerario de la RAMSA. Tras la lectura del acta de elección, María Lourdes Hernández Cosido pronunció el discurso de ingreso 'Cirugía bariátrica: más allá del bisturí'.

Del mismo modo, la doctora Silvia Pilar González Rodríguez, destacada especialista en Ginecología y Obstetricia, formada en Salamanca y presidenta electa de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, ingresó el 12 de febrero en la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA) como académica correspondiente.

Medic-Arte: La medicina también es un arte

El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), dentro de los actos de celebración del 50º Aniversario del Clínico, acogió durante el pasado mes de febrero la exposición *Medic-Arte. La medicina también es un arte*, realizada por facultativos de diversas especialidades (Hematología, Cirugía plástica, Pediatría, Cardiología, Oftalmología y Cirugía general) que trabajaron en el antiguo hospital.



También fue noticia...

✓ [Recuerdo por los últimos compañeros médicos fallecidos](#)

✓ [Nueva relación de aprobados en la Oferta Pública de Empleo de estabilización de Sacyl \(concurso-oposición\) con cinco plazas en Salamanca](#)

✓ [Encuesta para medir la motivación de los médicos de hospitales](#)

✓ [Premios MEDES 2026 dirigidos a promover la publicación científica en revistas biomédicas en español](#)

✓ [Convocadas las ayudas Clínico Formación AECC Alumnos CEB 2026](#)

✓ [Decálogo ético y científico frente a pseudociencias sanitarias](#)

✓ [Nuevas homologaciones y reconocimientos de grados de carrera profesional de Sacyl](#)

✓ [Sexta convocatoria del Premio Luis Felipe Torrente de Divulgación sobre Medicina y Salud](#)

[PUEDES ACCEDER AQUÍ A TODAS LAS NOTICIAS](#)

» Palabra de médico

Por Fernando A. Navarro

Traductor médico, Cabrerizos (Salamanca)



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

EL FABULOSO CIRCO DE LOS NOMBRES CIENTÍFICOS

¡Nerocila, amor mío!

A partir de 1818, el naturalista británico **William Elford Leach** (1791-1836) colaboró como máximo experto en crustáceos con el monumental y enciclopédico *Dictionnaire des sciences naturelles* de Cuvier, Lamarck y Jussieu, en sesenta y un volúmenes. En sus artículos para el diccionario, Leach dio nombre a nueve géneros de isópodos parásitos hasta entonces desconocidos; a saber: *Anilocra*, *Canolira*, *Cirolana*, *Conilera*, *Lironeca*, *Nelocira*, *Nerocila*, *Olencira* y *Rocinela*. Los aficionados a la ludolingüística advertirán ipso facto que estos nueve nombres no están elegidos al azar, sino que corresponden a sendos anagramas de un nombre de mujer en sus formas latina (Carolina) e inglesa o francesa (Caroline).

Esta tal Caroline debió de ser, a buen seguro, una mujer muy importante en la vida del zoólogo británico, pero ¿quién exactamente? Nadie lo sabe, pues su identidad sigue siendo todavía hoy —más de doscientos años después— un verdadero misterio.

Los biógrafos de Leach no han sido capaces de encontrar una relación directa con ninguna Caroline que formara parte de su círculo familiar o de amistades íntimas; han hallado tan solo una tal **Caroline Clift**, hija del naturalista William Clift, pero con la que Leach no pasó de una relación superficial. Algunos opinan que pudo ser un simple tributo cortesano a la futura y fugaz reina consorte de Inglaterra **Carolina de Brunswick** (1768-1821), en aquel entonces desdichada princesa de Gales. Otros, que quizá quiso rendir homenaje a una de las mayores científicas de la historia: la astrónoma alemana **Caroline Herschel** (1750-1848), quien desarrolló la mayor parte de su carrera profesional en Inglaterra, descubrió ocho cometas, un millar de estrellas

dobles y la primera prueba de gravedad fuera del sistema solar; fue también la primera socia honorífica de la Real Sociedad Astronómica de Londres.

Yo tiendo a creer que el juego de palabras no era muestra de ningún amor apasionado por una mujer, sino más bien por un hombre. Y no estoy insinuando, no, inclinación homosexual por parte de Leach, sino más bien admiración intelectual.

Si tenemos en cuenta, por un lado, que William Elford Leach era conocido por su modo un tanto excéntrico y obsesivo de rendir homenaje a las personas importantes para su trabajo (acuñó un nuevo género y diecinueve nombres de

especies dedicados a su amigo John Cranch; entre ellos, por cierto, el isópodo *Cirolana cranchi*, en doble homenaje a la misteriosa Carolina y a Cranch); y, por otro, su pasión por la taxonomía zoológica, como el mejor biólogo marino de su tiempo, considero probable que los nueve anagramas de marras sean

una ofrenda al padre de la moderna taxonomía empleada en las ciencias biológicas: Carlos Linneo (1707-1778). Me basta tomar las dos primeras sílabas de su nombre y apellido en latín —**Carolus Linnaeus**, que era como se le conocía entre los científicos de su época— y obtengo Carolina o Caroline.

Para mí, misterio resuelto; pero sé que a otros no convencerá esta explicación y seguirán soñando con la posibilidad de alguna hermosísima y cautivadora amante secreta por la que Leach bebiera los vientos. Lo único seguro es que el gran naturalista británico dejó abierta la interpretación, y la mente humana es pródiga en hipotéticas explicaciones ante cualquier arcano.



De izquierda a derecha: Carolina de Brunswick, Caroline Herschel y Carlos Linneo.

» Palabra de médico

DUDAS RAZONABLES

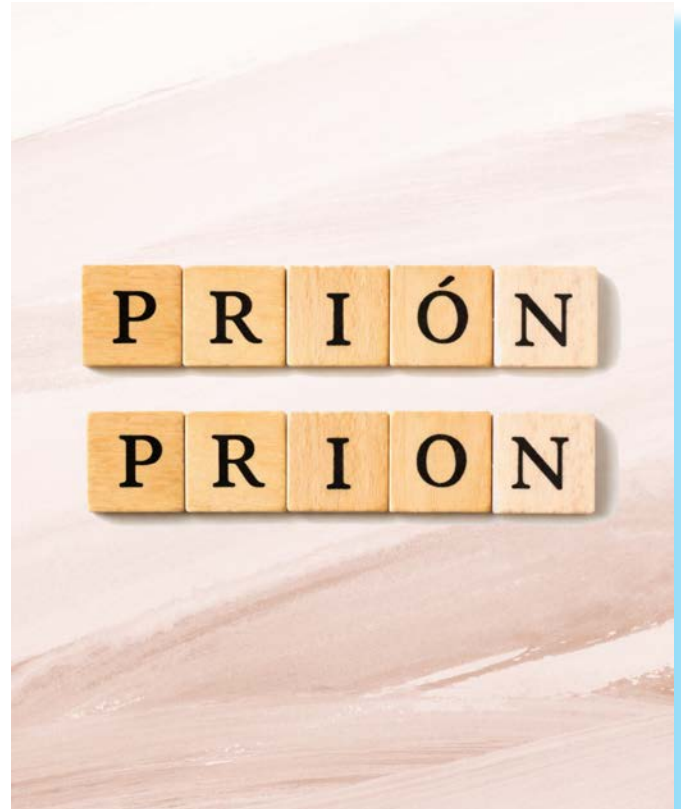
¿Prión o prion?

En la ortografía española, tan sumamente sencilla, llama la atención encontrar de vez en cuando algún escollo algo más complejo. Es lo que sucede con la distinción entre ‘diptongo’ (secuencia de dos vocales distintas [ambas cerradas o una cerrada átona y la otra abierta] que se pronuncian en una sola sílaba; p. ej.: agua, diurético, euforia, hueso, piojo, terapéutico) y ‘hiato’ (secuencia de dos vocales que se pronuncian en sílabas distintas; p. ej.: ataúd, caída, meteorismo, período, zoonosis).

Hasta 1999, la RAE distinguía entre vocablos como ‘dio’, ‘vio’ o ‘Dios’ (considerados monosílabos con diptongo y, por consiguiente, escritos sin tilde) y vocablos como ‘rió’, ‘crió’, ‘guión’ o ‘Sión’ (considerados bisílabos con hiato y, por consiguiente, al ser palabras agudas terminadas en vocal, escritas con tilde). Hasta ese momento, pues, la palabra ‘prión’ se escribía en español con tilde.

En la reforma ortográfica de 1999, la RAE declaró que, por convención ortográfica y con independencia de cuál fuera su articulación real en una palabra dada, se consideraría siempre diptongo a efectos ortográficos la combinación de una vocal abierta (a, e, o) seguida o precedida de vocal cerrada (i, u) átona. Esto es, pasó a recomendar la grafía ‘prion’ sin tilde, si bien admitía aún que quienes las pronunciásemos como bisílabas pudiéramos seguir tildando ‘prión’.

En la última reforma ortográfica, del año 2010, la RAE suprimió dicha opción por entender que quebraba el principio de unidad ortográfica. En la actualidad, pues, las palabras con diptongo ortográfico como **prion** se consideran monosílabas a todos los efectos y deben escribirse obligatoriamente sin tilde, aunque se pronuncien como bisílabas con hiato prosódico.



“En la ortografía española llama la atención encontrar de vez en cuando algún escollo algo más complejo”

DEL HOMBRE AL NOMBRE

La ley de Stigler

Cuando uno se interesa por los antropónimos o epónimos (esto es, nombres propios de persona que pasan a denominar una enfermedad, una técnica quirúrgica, un instrumento...), uno de los aspectos que más llaman la atención es comprobar que con frecuencia se asocian a la persona equivocada: la primera descripción de la enfermedad de Graves-Basedow la hizo el italiano Giuseppe Flajani; el síndrome de Forbes-Albright lo describieron en realidad los argentinos Juan Carlos Ahumada y Enrique B. del Castillo; el danés Nicolás Steno describió la tetralogía de Fallot...

Tanto es así que el estadounidense **Stephen M. Stigler**, profesor de estadística en la Universidad de Chicago, llegó a enunciar en 1980 el siguiente axioma: «Ningún descubrimiento científico recibe el nombre de quien lo descubrió en primer lugar». Es lo que hoy conocemos como **ley de Stigler** (o ley de la eponimia de Stigler); y alguien podría pensar que, en ese caso, la propia ley de Stigler se contradice a sí misma, o es la excepción que confirma la regla. Pues no, ni siquiera la ley de Stigler lleva el nombre correcto. Como el propio Stigler admitía en su artículo, antes que él la formuló ya otro compatriota suyo, el sociólogo Robert K. Merton.

» Desde la RAMSA

Por Francisco S. Lozano Sánchez

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

Academias de Medicina en Salamanca previas a la RAMSA

• SEGUNDA PARTE •

Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca (1904-1909)

Por la prensa general (*El Adelanto de Salamanca*) y especializada (*Revista Médica Salmantina*) salmantina de la época, podemos conocer algo de la intrahistoria de la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca (AMFSA). La *Revista Médica Salmantina* era el órgano de expresión de esa Academia.

Primera junta de gobierno (1904-1905)

La Academia Médico-Farmacéutica nace el 15 de enero de 1904, cuando un buen número de médicos y farmacéuticos salmantinos la constituyen. Ese día, y por unanimidad, fueron elegidos los miembros de la junta directiva y de sus cinco secciones: Anatomía y Fisiología; Medicina; Cirugía; Higiene, Medicina Forense y Epidemiología; y Farmacología y Aguas Minerales.

La junta estuvo formada por Ángel Núñez Sampelayo (presidente), José González (vicepresidente), José de Bustos Miguel (secretario), Eulogio Bellido (vicesecretario), Manuel Mondelo (contador), Guillermo Hernández Sáenz (tesorero) y Ángel García Ruiz (bibliotecario). La prensa señaló el entusiasmo y unanimidad entre la clase médica y farmacéutica por la constitución de la Academia y concluyó: “El nuevo organismo llena un vacío que se dejaba sentir hace tiempo en nuestra capital”. Seguramente, el redactor de la noticia estaba pensando en la extinta Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca.

El 7 de febrero de 1904, en el Salón de Grados del edificio histórico de la Universidad de Salamanca, y no en el Paraninfo, por un problema con la luz eléctrica, se realizó la inauguración oficial de la Academia. Ocupó la presidencia del acto el señor rector, acompañado del gobernador civil, del alcalde, del presidente de la Academia, de los miembros de la junta directiva, así como de los presidentes y secretarios de las diferentes secciones.

En el acto se presentó *¿Cómo nació esta Academia y sus objetivos?* Según se desprende del informe, la gestación de la Academia fue breve, al igual que fue relativamente fácil la redacción de un reglamento de funcionamiento y la elección de los miembros de la junta de gobierno, encabezada por un presidente “cuyas dotes garantizaban el éxito” de la nueva institución. En cuanto a los fines principales de la Academia, se citaron “el discutir y aquilatar el mérito de los nuevos inventos”, en clara alusión a los avances científicos. Precisamente, durante el acto inaugural, el Dr. Pinilla leyó un erudito y elocuente discurso sobre los progresos de la ciencia médica. Inaugurada la Academia, los actos científicos no se hicieron esperar: sesiones impartidas tanto por médicos como por farmacéuticos, durante los siguientes meses, se repetirían con cierta asiduidad.

En octubre del mismo año, se inauguró el curso 1904-05, presidiendo dicho acto Miguel de Unamuno (rector magnífico), a cuyo lado se sentaron Isidro Segovia (decano de la Facultad de Medicina) y Ángel Núñez Sampelayo (presidente de la Academia). El secretario de la Academia (José de Bustos) leyó la Memoria de la labor realizada por la institución durante el curso pasado, el primero desde su fundación. El acto finalizó con la intervención de Unamuno, en cuya disertación aconsejó “la unión de las dos Academias (de profesores y alumnos) que hoy existen separadas”, en referencia a la fusión de esta Academia con la Academia Médico Escolar de Salamanca.

Por su trascendencia social, resaltamos la sesión científica de la Academia celebrada en enero de 1905, sobre *Mortalidad en Salamanca, sus causas y sus remedios*. Durante la misma, un académico señaló como causa de mortalidad la infección producida por carnes de los animales muertos en el matadero. Este importante problema obligó a la Academia a crear una Comisión sobre Bases Higiénicas para poder dirigirse al Ayuntamiento y/o divulgarlas entre la sociedad salmantina.

Segunda junta de gobierno (1906-1907)

Cumpliendo con el Reglamento, y pasados los dos primeros años de existencia de la Academia, tocaba en 1906 renovar la junta de gobierno. Esta quedó formada por los señores Cuesta (presidente), Núñez García (vicepresidente), Bustos Miguel (secretario), Martín Sánchez (vicesecretario), Díaz Redondo (contador), Hoyos (tesorero) y Sánchez García (bibliotecario). De la anterior directiva, únicamente continuaba el secretario.

Acababa de elegirse la nueva junta directiva y había que esperar sus iniciativas. La junta anterior cumplió, a pesar de la tradicional apatía que hizo exclamar a Unamuno en la última apertura del curso (1905-06): “Duéleme mucho ver tan poca concurrencia”. Efectivamente, durante el año 1905 fueron más bien escasas las actividades registradas por parte de la Academia.

El 2 de diciembre de 1906, la AMFSA realizó la solemne apertura del curso 1906-07. El discurso inaugural fue pronunciado por el Dr. Andrés García Tejado: *Breves consideraciones sobre el tratamiento hipodérmico de la sífilis*. La Memoria de la Academia fue leída por el secretario, quien presentó como puntos más destacados: a) las sesiones impartidas, constatando que “las conferencias se caracterizaron más por su calidad que por su cantidad”; b) la incorporación de nuevos académicos: Sres. Cuesta, Jaramillo, Giral, Rodríguez y González, Díez Rodríguez y Herrera; y c) finalmente expuso que el estado económico de la Academia era

» Desde la RAMSA



Real Academia de Medicina de Salamanca



Galería de presidentes de la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca (1904-1909). De izquierda a derecha, Ángel Núñez Sampelayo (1904-1905), Indalecio Cuesta Martín (1906-1907) e Isidro Segovia Corrales (1908-1909).

satisfactorio. Durante febrero de 1907, la Academia trató, en al menos tres sesiones, el tema del peritaje médico; el Dr. Pinilla fue el ponente de la misma. La materia fue tan atractiva que incluso el prestigioso catedrático de Derecho Penal Dorado Montero acudió a alguna de las sesiones.

Tercera junta de gobierno (1908-1909)

En enero de 1908, *El Adelanto*, en una de sus secciones donde trataba el año médico pasado, recoge que, a excepción de las sesiones sobre el peritaje médico comentadas, poco más aportó la Academia. Remata con la pésima noticia de que “a la fecha no se ha producido la inauguración del curso 1907 a 1908, ni existen señales de que dicho acto se celebre”. Asimismo, refería que, aunque la *Revista Médica Salmantina* continuaba publicándose, la regularidad de la misma se había visto alterada.

Afortunadamente, a finales de enero se reúne la Academia, con la finalidad de renovar la junta de gobierno por tercera vez en su historia (Figura 1). El resultado de la votación fue: Isidro Segovia (presidente), Hipólito Rodríguez Pinilla (vicepresidente), Juan González Peláez (secretario), Gonzalo García Rodríguez (secretario de actas), Guillermo Hernández Sáenz (contador), señor Hoyos (tesorero) y Ricardo Díez (bibliotecario). También se nombraron los presidentes, vicepresidentes y secretarios de las secciones.

Otros aspectos reseñables fueron: a) que entraron a formar parte de la redacción de la *Revista Médica Salmantina* los señores Cañizo y Peláez; b) que, con los últimos ingresos, la Academia la constituyen algo más de cuarenta miembros.

Pero todos los cambios reseñados fueron de poca utilidad. La última reunión de la Academia de la que tenemos noticia se celebró el 4 de abril de 1908. Posteriormente, tanto la prensa general como la especializada no recogen acto de ningún tipo de la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca. Complementariamente, su órgano de expresión, la *Revista Médica Salmantina*, cierra su edición a mediados de 1910.

Similitudes y diferencias con la RAMSA

Las academias médicas (y farmacéuticas) salmantinas, incluso las actuales, siempre han estado vinculadas con la Universidad

de Salamanca, así como con los colegios profesionales (primero “libres” y posteriormente “oficiales”). No obstante, salvo las academias “escolares”, hay que remarcar su total independencia.

La constitución de la AMCSA seguramente tuvo que ver con la existencia de la Facultad Libre de Medicina (no estatal), con la finalidad de aportar más empuje a la misma. El origen de la AMFSA, una academia mixta entre médicos y farmacéuticos, seguramente tuvo que ver con el nacimiento de sus respectivos colegios profesionales.

AMCSA y AMFSA se crean durante la restauración borbónica (entre repúblicas), bajo los monarcas Alfonso XII (1874-1885) y Alfonso XIII (1886-1931). La RAMSA, aunque nace en los últimos años de la dictadura (1939-1975), se ha desarrollado durante el actual periodo democrático de monarquía constitucional y parlamentaria (D. Juan Carlos I y, desde 2014, D. Felipe VI). Por tanto, parece que las academias médicas salmantinas florecen en los periodos regios y democráticos.

AMCSA y AMFSA presentaron similitudes con la RAMSA en la composición de sus directivos y académicos (profesionales de prestigio) y actividades (conferencias y debates sanitarios con impacto social). Por el contrario, fueron diferentes respecto de la RAMSA en lo que respecta a su ámbito de actuación (exclusivamente local —no de distrito—) y una mayor actividad interna “a puerta cerrada” que externa (actividades de divulgación hacia la sociedad, convocatoria de premios, edición de libros, etc.), como en la actualidad.

Es digno de significar que tanto AMCSA como AMFSA contaron con revistas propias (*Correo Médico Castellano* y *Revista Médica Salmantina*, respectivamente). La RAMSA tuvo una pequeña iniciativa al respecto en 2005, que no tuvo continuidad.

Aunque el espacio temporal de vida de AMCSA y AMFSA fue efímero, su origen estuvo dominado por un gran entusiasmo por parte de los académicos fundadores, que con el tiempo fue decayendo y que posiblemente fue el motivo de su desaparición. No obstante, hay que resaltar que sus juntas directivas siempre estuvieron formadas por personas de gran prestigio. Indudablemente, contribuyeron a la sociedad de su época y, sin saberlo, fueron el preámbulo de la RAMSA.

» Medicina para todos

Por Iluminado Oliva



Sensibilidad química múltiple

“Los productos químicos, que nos ofrecen tanto bienestar, también deben ser vigilados para evitar su toxicidad y controlar sus efectos indeseados”

La vida en nuestro planeta actualmente sería muy difícil sin la química. Todas, o casi todas las personas, hacemos uso de los productos químicos (compuestos fabricados mediante procesos industriales), tan útiles como: la lejía (hipoclorito sódico), la sosa cáustica (hidróxido sódico), el vinagre (ácido acético), el alcohol etílico (etanol) o el agua oxigenada (peróxido de hidrógeno), entre otros muchos.

Estos productos constituyen una base fundamental del progreso. Abarcan grandes industrias y sus avances o descubrimientos son recompensados anualmente con el Premio Nobel.

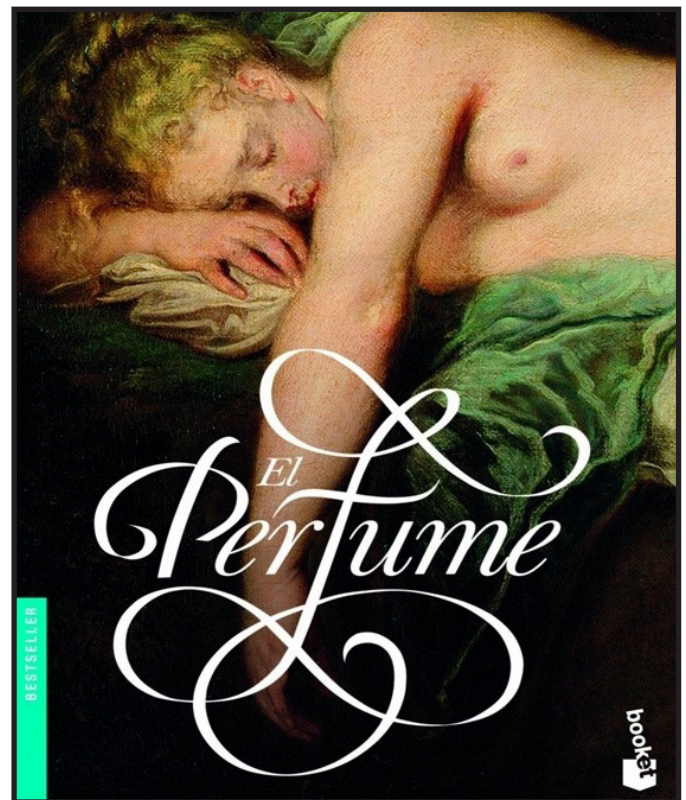
El conocer a una persona que ha tenido un estado de sensibilidad excesiva a algunas sustancias químicas ha motivado la publicación de este artículo:

Se trata de una mujer de 55 años sin antecedentes patológicos reseñables, excepto una infección leve por Anisakis. Su enfermedad actual comenzó por el contacto con colas y pegamentos que usaba para fabricar muñecas. Tuvo un episodio de catarro nasal que no curaba, sino que progresivamente iba empeorando, sintiendo dificultad respiratoria cada vez mayor; insomnio y malestar general. Consultó en varias ocasiones a distintos médicos, quienes le realizaron diferentes pruebas de alergia, que fueron negativas. Sospechando que todo podía deberse a las colas o a los pegamentos con los que había trabajado, suprimió todos estos, así como otros productos con componentes químicos, que también agravaban su sintomatología: perfumes, detergentes, suavizantes para lavar la ropa, ambientadores... Cambió todos sus hábitos en este sentido y, poco a poco, notó que su función respiratoria iba mejorando, aunque le costó largo tiempo volver a la normalidad. A día de hoy, está bien, pero cuando tiene relación con personas que usan ciertos tipos de perfumes, se resiente nuevamente.

La sensibilidad química múltiple es un síndrome de causa no bien reconocida, aunque tampoco es aceptado unánimemente por la comunidad científica médica; incluso se le llama con otros nombres, como “intolerancia ambiental idiopática”. Está causada por el contacto con productos que llevan componentes químicos, como perfumes, detergentes, ambientadores, gases tóxicos, jabones, pegamentos, etc. En algunas personas no produce sintomatología, pero en otras puede dañar diferentes órganos o sistemas: nervioso, inmunitario, endocrino, respiratorio, digestivo, etc.

Puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero es más frecuente en mujeres en edad media. La patología que produce está también en relación con la cantidad y la frecuencia con la que se contacta con los productos químicos.

La característica más importante es que, tras suprimir los agentes productores, desaparecen los síntomas. Es difícil determinar con exactitud los componentes causantes, ya que son muy variados los productos químicos con los que nos relacionamos.



En los medios de información recibimos con frecuencia noticias de emisiones a la atmósfera de gases tóxicos procedentes de industrias: fábricas, refinerías, etc. Es muy destacado, aunque poco conocido, el desastre de Bhopal, que ocurrió en la ciudad de ese nombre en la India en 1984. Tras la contaminación accidental producida por la emisión de una nube tóxica que contenía “isocianato de metilo”, procedente de una fábrica de plaguicidas, se provocó la muerte de múltiples personas (miles), lesiones en otras muchas y el fallecimiento de animales.

Por tanto, los productos químicos, que nos ofrecen tanto bienestar, también deben ser vigilados para evitar su toxicidad y controlar sus efectos indeseados. En algunas personas, con una sensibilidad especial, desencadenan patologías que es bueno conocer.

Lo mejor es que los afectados los eviten y, cuando no tengan más remedio que contactar con esos productos, deben protegerse con ropa adecuada, gafas, mascarilla, guantes, etc.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Escritas y relatadas por Juan Manuel Igea

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



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

José de Letamendi y Manjarrés (1828-1897)

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

El año 2025 mostró los límites de la adaptación: el clima extremo ya no es excepcional, sino estructural

El informe anual de World Weather Attribution (WWA) para 2025 no es un parte meteorológico, sino una síntesis de la atribución climática: intenta entender con métodos cuantitativos en qué medida el calentamiento provocado por el hombre ha hecho más probables o intensos determinados acontecimientos extremos, y cómo la vulnerabilidad social modula su repercusión final.

Aunque 2025 no fue el año más cálido a nivel global (fue algo más frío que 2024 en términos relativos), el informe subraya que las temperaturas siguieron siendo excepcionalmente altas y que los extremos (olas de calor, lluvias intensas, inundaciones, tormentas, sequías e incendios) continuaron a un nivel muy preocupante. El mensaje es que la base térmica del sistema ya está desplazada. Incluso cuando algunos patrones naturales no empujan al máximo, el trasfondo de calentamiento sostiene una carga alta de riesgo.

El WWA insiste, además, en que no todos los lugares tienen la misma capacidad para registrar acontecimientos (redes de observación, datos históricos, modelización, etc.), lo que crea una asimetría en las pruebas obtenidas para el informe. Pero, sobre todo, recalca la asimetría de las repercusiones: comunidades con más exposición y menos recursos sufren más daños con la misma magnitud física del acontecimiento. El informe señala que, para muchas poblaciones, las opciones de adaptación ya están cerca del límite o directamente rebasadas ante extremos crecientes.

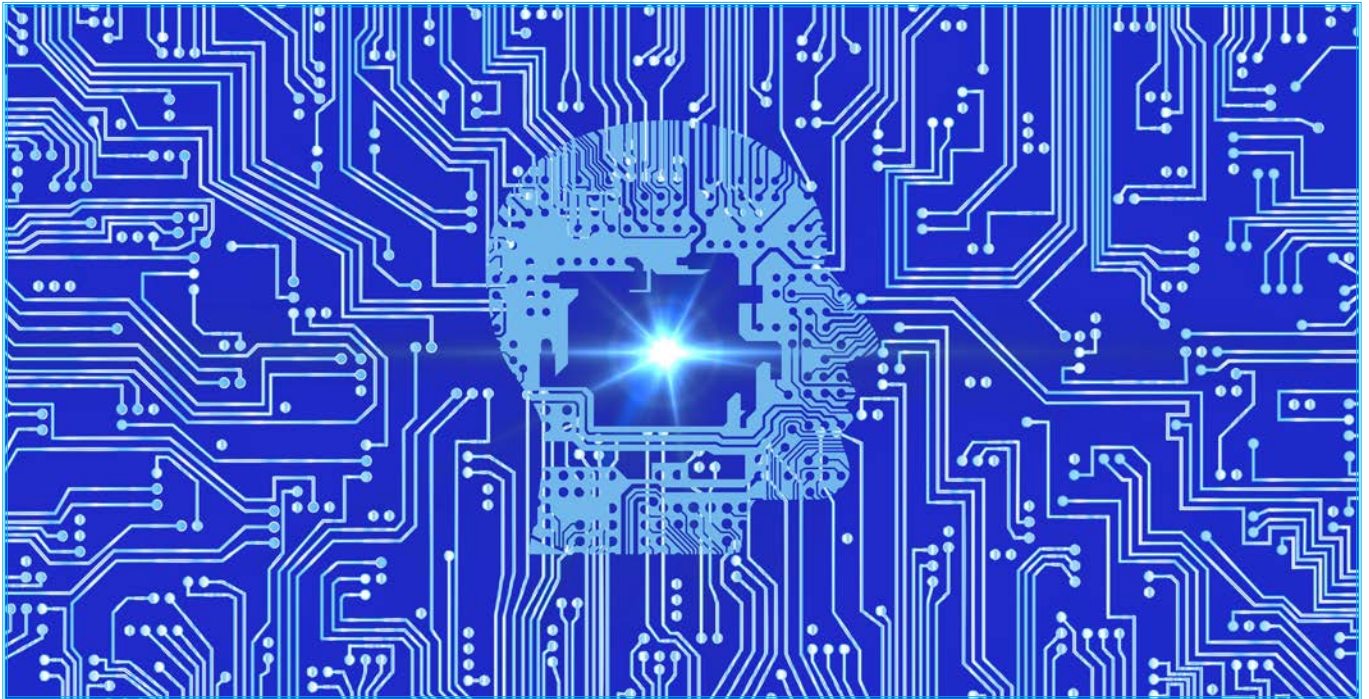
En términos prácticos, el informe subraya que en muchos contextos se están alcanzando o superando los límites reales de adaptación, de modo que reducir el riesgo no depende solo de adaptarse mejor, sino de disminuir la magnitud del problema y fortalecer de forma estructural la resistencia social e infraestructural.



Referencia bibliográfica:

World Weather Attribution. Unequal evidence and impacts, limits to adaptation: Extreme Weather in 2025 [Internet]. 2025 Dec 29 [cited 2026 Feb 23]. Available from: <https://www.worldweatherattribution.org/unequal-evidence-and-impacts-limits-to-adaptation-extreme-weather-in-2025/>.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina



Cuando dos sistemas de inteligencia artificial razonan igual: un paso hacia modelos auditables y comparables

La interpretabilidad de los modelos de inteligencia artificial (IA) es uno de sus grandes problemas. Para confiar en sus resultados es importante entender qué está haciendo el modelo de IA en su interior cuando produce un resultado. No es una pregunta en términos psicológicos («ha entendido») ni estadísticos («se correlaciona con»), sino que es un intento de reconstruir el procedimiento que lleva a cabo: qué subcálculos realiza, qué circuitos aparecen y cómo se organizan sus representaciones internas.

El problema práctico y muy frecuente es que la interpretabilidad no suele ser única. A partir de las activaciones internas de un modelo pueden proponerse explicaciones diferentes, y muchas veces cuesta distinguir si dos modelos distintos están utilizando el mismo mecanismo con distinta forma interna o realmente están haciendo algo distinto, aunque rindan igual en métricas externas. Esto es crucial para cualquier entorno de alto riesgo: si actualizas una versión del modelo, cambias datos, ajustas los hiperparámetros o haces un ajuste fino, puede ocurrir que el rendimiento global cambie poco, pero que el modo interno de decidir sí cambie, con consecuencias imprevisibles ante casos límite.

Este trabajo aborda este núcleo, proponiendo una noción formal llamada equivalencia interpretativa. La idea es disponer de un criterio para afirmar, con garantías, que dos interpretaciones mecanicistas son equivalentes (o

casi equivalentes), sin depender de una narrativa humana subjetiva. En otras palabras: intenta convertir parte de la interpretabilidad en algo comparativo y verificable.

A nivel conceptual, el artículo conecta tres niveles que a menudo se tratan por separado. Primero, la interpretación algorítmica, o el procedimiento abstracto que el modelo parece implementar. En segundo lugar, los circuitos: subcomponentes internos que realizan tareas parciales. Y, por último, las representaciones internas, que son espacios latentes y geometría de activaciones donde se codifica la información.

Además, los autores proponen algoritmos computables para rastrear esa equivalencia entre modelos y la ejemplifican en arquitecturas del tipo *transformer*, que son la base de muchos modelos de lenguaje como ChatGPT, Gemini o Claude.

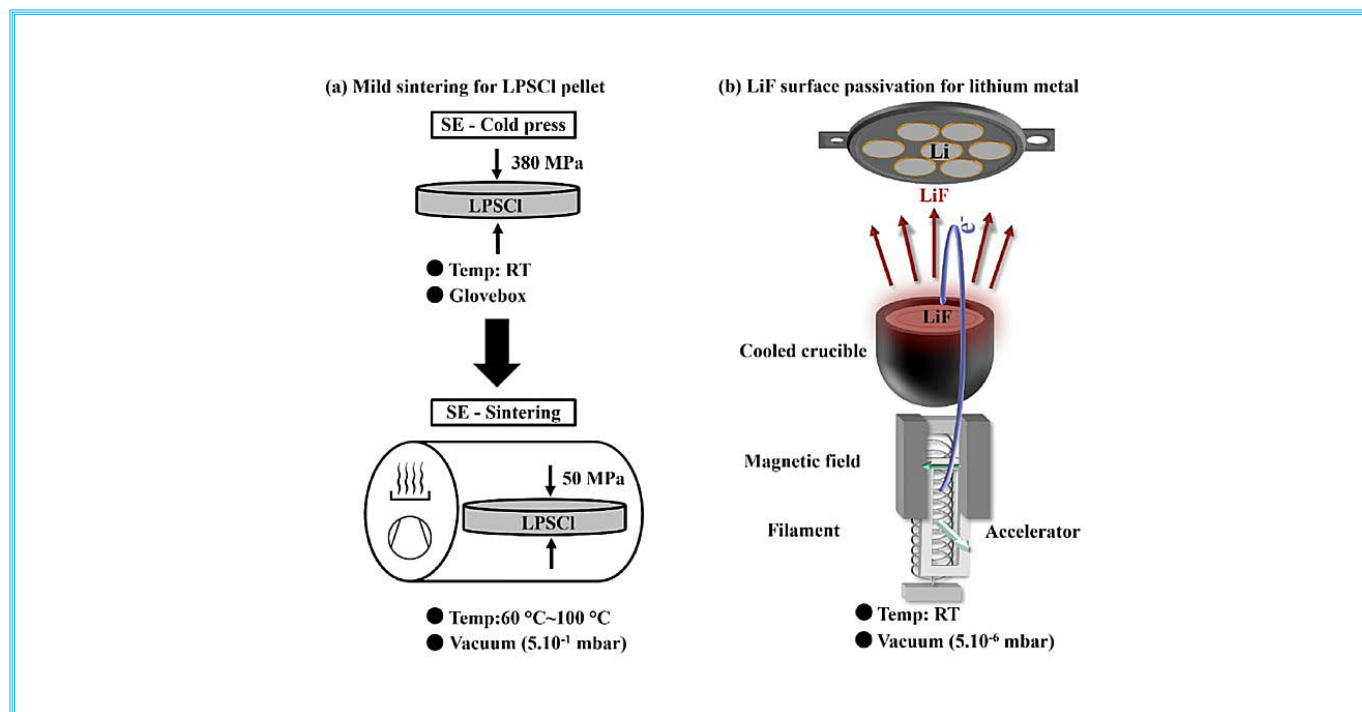
En suma, no es un hallazgo aplicable a corto plazo, pero sí un avance importante para que la IA, cuando se use en ámbitos sensibles, pueda someterse a controles de calidad más sólidos, comparables y reproducibles.

Referencia bibliográfica:

Sun A, Toneva M. *Provably Tracking Equivalent Mechanistic Interpretations* [Internet]. In: *International Conference on Learning Representations (ICLR) 2026*; 2026. Available from: OpenReview.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

La batería que podría cambiar la logística energética: un método industrial para hacer viables las baterías de estado sólido de litio metal



Efectos sinérgicos del sinterizado suave del electrolito sólido y la pasivación de la superficie del litio para mejorar el ciclo del litio metálico en las baterías de estado sólido. / *Advanced Science*. 2026;13 Jan

Las baterías de estado sólido se consideran una de las candidatas más serias para la siguiente generación de almacén de energía eléctrica: prometen más densidad energética, mayor seguridad (al prescindir de electrolitos líquidos inflamables) y carga más rápida. Sin embargo, llevan años frenadas por dos problemas que, en conjunto, han dificultado su salto del laboratorio a la industria.

El primero son las dendritas de litio, que son microestructuras en forma de agujas que pueden crecer desde el ánodo de litio metal y atravesar el electrolito sólido, lo que favorece los fallos y los cortocircuitos. El segundo es la inestabilidad interfacial, que es la degradación química o electroquímica en la interfaz entre el litio metal y el electrolito sólido, lo que reduce rendimiento y la vida útil.

La noticia del Paul Scherrer Institute (PSI, Suiza) es relevante, porque no anuncia un material milagro, sino algo a menudo más decisivo: un proceso de fabricación que ataca simultáneamente las dos barreras con una solución práctica.

El trabajo se centra en un electrolito sólido del tipo argirodita ($\text{Li}_6\text{PS}_4\text{Cl}$), muy atractivo por su alta conductividad iónica, pero difícil de densificar sin defectos. El PSI propone una estrategia

doble. Primero, en lugar de usar presiones extremas a temperatura ambiente (que dejan porosidad) o a >400 °C (que se arriesgan a degradar el material), aplican un tratamiento más suave que densifica el electrolito con una menor penalización química. Esto reduce vacíos y vías de penetración para dendritas. Segundo, la adición de una capa de fluoruro de litio de 65 nm sobre la superficie del litio metal. Esa película actúa como barrera protectora para estabilizar la interfaz y mejorar el ciclado, especialmente en condiciones exigentes como las cargas y descargas rápidas.

En resumen, la combinación de un electrolito más denso y una interfaz más estable puede acercar estas baterías a un escenario industrial más realista, con ventajas en el coste energético de su producción debido a unas temperaturas más bajas. Su escalada industrial tendría repercusiones amplias en la movilidad, las redes eléctricas y los dispositivos electrónicos.

Referencia bibliográfica:

Zhang J, Wullich R, Schmidt TJ, El Kazzi M. Synergistic effects of solid electrolyte mild sintering and lithium surface passivation for enhanced lithium metal cycling in all-solid-state batteries. *Adv Sci* (Weinh). 2026;13 Jan. doi:10.1002/advs.202521791.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Seis años midiendo el cosmos: la energía oscura se resiste al escrutinio, pero las tensiones no desaparecen

El Dark Energy Survey (DES) es uno de los grandes proyectos observacionales de la última década para entender cómo se expande el Universo y cómo crece su estructura a gran escala. Tras seis años de observaciones, el consorcio ha presentado un análisis final que combina varias sondas cosmológicas independientes para acotar con mayor precisión los parámetros del modelo cosmológico estándar.

El DES, en lugar de medir energía oscura directamente, observa el Universo de un modo parecido a como en medicina combinamos biomarcadores, pruebas de imagen y síntomas para inferir un proceso fisiopatológico no observable de forma directa. El sistema cuenta con una cámara de gran campo (DECam) montada en el Telescopio Blanco de Chile. Con ella obtiene imágenes de las galaxias que nos permiten ver cómo se distribuyen en el espacio y cómo la masa distribuida entre nosotros y ellas, compuesta sobre todo de materia oscura, distorsiona ligeramente sus imágenes. Esto nos permite inferir el modo en que la misteriosa materia oscura se distribuye y evoluciona en el tiempo.

Este nuevo análisis refuerza, en conjunto, que el modelo estándar de cosmología, que contempla un Universo dominado por materia (en gran parte oscura) y por energía oscura, a menudo modelada como constante cosmológica, sigue describiendo bien los datos. Dicho de otra forma: no hay un

derribo del modelo, y la expansión acelerada sigue encajando con los parámetros habituales dentro de las incertidumbres lógicas.

Sin embargo, también se subraya que persisten tensiones: discrepancias estadísticamente moderadas entre distintos métodos y experimentos al estimar algunos parámetros (p. ej., relacionados con cuánta estructura se forma o con las tasas de expansión inferidas por vías distintas). Estas tensiones no implican necesariamente una nueva física, pero sí obligan a afinar las calibraciones instrumentales, a evitar los sesgos de selección y a la modelización estadística e integración cuidadosa de las múltiples fuentes de datos.

En resumen, el análisis final de seis años del DES refuerza el modelo cosmológico estándar y acota mejor los parámetros de la expansión, pero mantiene pequeñas tensiones entre medidas que seguirán marcando la agenda de la cosmología de precisión.

Referencia bibliográfica:

Fermi National Accelerator Laboratory. Dark Energy Survey scientists release new analysis of how the universe expands [Internet]. Batavia (IL): Fermilab; 2026 Jan 22 [cited 2026 Feb 23]. Available from: <https://news.fnal.gov/2026/01/dark-energy-survey-scientists-release-new-analysis-of-how-the-universe-expands/>.



Imagen de DECam de un campo en la constelación austral de Lepus que muestra estrellas de la Vía Láctea (pequeños puntos de colores) y un grupo de galaxias (los objetos difusos de mayor tamaño) situado a unos 300 millones de años luz. La imagen corresponde a una pequeña fracción de una de las observaciones realizadas con la Dark Energy Camera. El análisis del DES mide las galaxias más débiles visibles en esta imagen. / Créditos: Erin Sheldon y colaboración DES.

» Ciudad y Medicina

Por Jesús Málaga



Hospital de San Salvador

“La judería salmantina tuvo hospital, hospedería, carnicería con matadero de animales para su sacrificio según la ley de Moisés y fosario. Tras el descubrimiento de la imprenta, gran número de judíos se dedicaron a la edición de libros”

A pesar de haber contado con dos asentamientos judíos, los salmantinos no suelen enseñar los barrios hebreos a los que nos visitan. Cuando algún guía turístico dedica parte de su tiempo a recorrerlos, tiene que pedir a sus oyentes que tengan paciencia, memoria y, lo que es más importante, que estimulen su imaginación. Los judíos estuvieron en Salamanca mucho antes de la restauración de Raimundo de Borgoña y doña Urraca. Cuando los repobladores repartieron el territorio en el que se asentaba la ciudad, los que profesaban la ley de Moisés permanecieron intramuros, junto con los galos y serranos.

El barrio judío salmantino ocupaba una gran extensión; su caserío se extendía por la actual calle de Libreros, desde el patio de Escuelas Mayores hasta su entronque con la calle Veracruz, por la calle Serranos hasta la de los Moros, hoy de Cervantes, y su llegada a la puerta del Sol, en la conocida iglesia de San Isidro, antes San Isidoro. El barrio de los hebreos salmantino cumplía con todos los requisitos para ser considerado un rabinato. En el lugar donde hoy se encuentra el rectorado de la Universidad de Salamanca, antiguo Hospital del Estudio, se instaló el Midrash, escuela religiosa para el estudio del Talmud. Contaba con dos sinagogas muy cercanas entre sí; la mayor se encontraba en lo que hoy es la Biblioteca Universitaria Santa María de los Ángeles y la menor, más conocida por haber tenido lugar en su interior la conversión masiva de los judíos salmantinos tras la predicación milagrosa de san Vicente Ferrer. Esta última estaba ubicada en el lugar donde posteriormente se construyó el convento de la Merced Calzada, hoy Facultad de Matemáticas.

Fosario, hospedería y hospital

La judería salmantina tuvo hospital, hospedería, carnicería con matadero de animales para su sacrificio según la ley de Moisés, fosario y una singularidad que la diferenciaba de otras de su tamaño: gran número de judíos, tras el descubrimiento de la imprenta, se dedicaron a la edición de libros; muchas de las librerías de la calle Libreros eran regentadas por hebreos. Aunque se ha dicho que algunos de sus miembros fueron profesores de su Universidad, parece que fueron los menos. Solamente ocuparon cátedras menores, las referidas a las lenguas semíticas, especialmente hebreo, arameo, siríaco antiguo y caldeo, entre otras orientales.

La gran extensión de la judería salmantina estaba cruzada por callejuelas estrechas, evitando la línea recta, con recovecos y culos de saco en los que era fácil perderse y difícil la persecución; sus viviendas se intercalaban con un caserío perteneciente a cristianos, debido a lo cual en muchas escrituras se entremezclaban las propiedades de cristianos viejos con las de judíos. Sus viviendas llegaban hasta los límites del castillo; los hebreos



Vista general de la calle Libreros de Salamanca. / Foto: Wikimedia Commons - [Jl FilpoC](#)

buscaban la protección del alcaide de la fortaleza, la del Cabildo de la Catedral y la del obispo; todos ellos protegían con esta postura projudía sus intereses religiosos y económicos.

Otra pequeña vecindad de judíos salmantinos buscó la protección de la Clerecía de San Marcos, institución que acoge hasta nuestros días a todos los párrocos titulares de la ciudad, con fuero sobre un pequeño territorio urbano en el corralón que se encuentra en las inmediaciones del singular templo románico de la puerta Zamora. Seguramente, esta segunda comunidad judía tenía limitada independencia sobre la situada al sur, dependiendo de esta última en todo lo que concernía a asuntos religiosos, comerciales, económicos y administrativos.

Entre los servicios que la judería salmantina aportaba estaba el del fosario, lugar de enterramiento específico para los hebreos, que eran enterrados de una manera especial y del que, desgraciadamente, no ha quedado rastro alguno; solamente sabemos que se localizaba cerca del río Tormes, en su margen derecha.

En otro artículo he tratado de la Hospedería y del Hospital

» Ciudad y Medicina



“En el lugar donde hoy se encuentra el rectorado de la Universidad de Salamanca, antiguo Hospital del Estudio, se instaló el Midrash, escuela religiosa para el estudio del Talmud”. / Foto: © Universidad de Salamanca

de la Estrella, comentando que podía tratarse de una misma institución con dos funciones: la hospedería funcionando como asilo, acogiendo a los ancianos que necesitaban ayuda del barrio en los últimos años de su vida, y el hospital tratando las enfermedades ocasionadas a lo largo de los años, especialmente en la ancianidad, que tendría un funcionamiento más parecido a lo que hoy conocemos como hospital geriátrico.

El Corral de los Pobres

A pocos metros de la hospedería y del hospital de los judíos se encontraba otro centro similar, en este caso ligado a la parroquia de San Salvador, pero en el mismo barrio de los hebreos. En él eran acogidos los pacientes cristianos. Podíamos decir que cristianos y judíos vivían juntos, pero cada uno de ellos recurría a su comunidad para solucionar los problemas que iban surgiendo en la vida. Como hemos hecho constar, a lo largo de la extensa judería se encontraban instituciones religiosas judías como el Midrash y dos sinagogas, pero al mismo tiempo, compartiendo espacio, una decena de templos que hacían de parroquias con una pequeña feligresía. Fueron iglesias que fueron abandonando su actividad y desapareciendo lentamente antes y después de la expulsión de los judíos, lo que nos hace pensar que la competencia entre el judaísmo y el cristianismo era pública de cara a la calle, pero silenciada dentro de los despachos de poder, ya que los judíos, como hemos indicado, controlaban los resortes del dominio económico y no pocos del político.

El hospital de los cristianos, situado en el barrio judío, fue llamado igual que la iglesia parroquial del mismo nombre que lo acogía. Fue fundado en 1250 por el canónigo de la Catedral de Salamanca Ruiz Pérez. El Cabildo concedió sus nueve habitaciones a otras tantas familias necesitadas, llamándose desde entonces *Corral de los Pobres*. Se encontraba en pleno barrio

judío; así lo prueba, según Manuel Villar y Macías, el que varias casas de hebreos lindaran con él.

En la zona estudiada encontramos bolsas de pobreza, marginación, prostitución y violencia. En los límites de la Peña Celestina, en la pequeña meseta superior, una vez traspasada la puerta de la muralla, se encontraban las Tabernas o Tabernillas del Vino Blanco, inmortalizadas en la literatura española y en la historia de Salamanca. Era el lugar donde se despachaba solamente el vino blanco, que soportaba una pequeña tasa impuesta por el alcaide de la fortaleza y donde las busconas encontraban plan para trasladarse posteriormente a la mancebía, situada en la otra margen del río. En la subida al Alcázar desde el paseo del Desengaño se construyeron, en su lado derecho, protegidas por la muralla, un encintado de chabolas e infraviviendas que dieron cobijo a desarrapados, busconas, delincuentes y personajes de mal vivir, entre los que se encontraría la famosa trotaconventos, cuya trágica historia serviría a Fernando de Rojas para escribir *La Celestina*. Muchas de las familias procedentes de este lugar serían las que ocuparían las viviendas ofertadas en el *Corral de los Pobres* por el Cabildo.

Esta pobreza extrema no se daba en otro espacio de la judería, la actual calle Cervantes y anteriormente calle de los Moros. Al asentarse la reconquista en la zona sur del Duero, los árabes fueron desplazados de su céntrica calle, pasando a ocupar arrabales extramuros. Las pocas familias que permanecieron en sus lugares de procedencia fueron desalojadas, surgiendo en los solares resultantes de sus casas mansiones para acoger a la nobleza baja, como el palacete del comunero Francisco Maldonado, señor de Maderal. Otras dos familias nobles construyeron su vivienda en la calle de los Moros: los Nietos, señores de Tirados, y los Guzmán, de los que sabemos que uno de sus miembros más destacado fue regidor de Salamanca.

» Maestros con Historia

Por Ramón Martín Rodrigo

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



Don Alfredo Medina Corbalán

“Porque conocemos muy bien el espíritu activo y emprendedor y la valía del doctor Medina Corbalán, estamos seguros de que el éxito acompañara a su misión”¹

1. SU FAMILIA

Alfredo Medina Corbalán, hijo de don Antonio Medina y de doña Emilia Corbalán de los Hoyos, nació en Salamanca en 1891. Sus dos hermanos eran mayores que él: Antonio fue letrado en Salamanca y Julio fue médico. Alfredo se casó en 1919 con Consuelo Rodríguez García, de la familia de los Galache de Fuenteliante, ricos ganaderos. Este matrimonio tuvo dos hijos, Julia, la primogénita, y Alfredo Santiago Castor, el más pequeño. El esquema familiar va puesto en la nota final número dos².

2. BACHILLER POR SALAMANCA

Alfredo Medina cursó el bachillerato en el Instituto General y Técnico, Fray Luis de León, en Salamanca. Su expediente académico no queda en esta ciudad, porque hizo cambio de matrícula cuando fue a Madrid para estudiar Medicina. No obstante, la prensa local señala que obtuvo la calificación de sobresaliente en Latín y en Francés. Se deduce que realizó los estudios de Bachiller desde 1904 a 1907, por cuanto aprobó el grado de bachiller en junio de 1907 y se expidió el correspondiente título el 9 de julio de dicho año.

El año siguiente cursó las cuatro asignaturas de Ciencias del curso preparatorio para comenzar la carrera de Medicina, que eran Física General, Química General, Mineralogía y Botánica y Zoología, con calificación en todas ellas de aprobado³.

3. CARRERA DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL

En 1908, Alfredo Medina Corbalán solicitó al Rectorado de Salamanca el traslado de su expediente académico a la Universidad Central de Madrid, por cambio de domicilio de su familia, probablemente por un nuevo destino de su padre⁴, que sería funcionario del Estado. Alegado y justificado esto, conforme al Real Decreto de 26/8/1903, la referida solicitud fue atendida y se le concedió el traslado.

En la Universidad, Alfredo Medina no perdió el tiempo, pues, según el anuncio de su clínica instalada en Salamanca en 1918, ya contaba con 8 años de ejercicio. Sin embargo, haciendo cuentas de su hoja de servicios, resultaría que en 1911 ya habría acabado la carrera de Medicina en tres años, y como eso no fue así, cabe pensar que él contaría como tiempo de ejercicio desde los años en práctica siendo estudiante como alumno interno.

DISPENSARIO MEDICO - QUIRURGICO
del DR. MEDINA CORBALAN
EX-INTERNO POR OPOSICIÓN Y MÉDICO AUXILIAR DE LOS HOSPITALES DE LA PRINCESA Y SAN JUAN DE DIOS DE MADRID, CON OCHO AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS MISMOS
Consultas de enfermedades { Del aparato digestivo (estómago, hígado intestinos)..... } De 11 a 1.
{ Secretas (vías génito-uritarias)..... } De 6 a 8.
ANÁLISIS DE JUGO GÁSTRICO: LAVADO DEL ESTÓMAGO
..... REACCIÓN DE WASSERMAN: ANÁLISIS DE ORINA
Se aplican sueros, vacunas, 606, 914, toda clase de inyecciones y se utilizan los más modernos procedimientos terapéuticos.
Calle de Zamora, número 7, principal

4. AL FRENTE DE SU PROPIA CLÍNICA EN SALAMANCA

Tras unos años en Madrid, don Alfredo, ya bien preparado, regresa a Salamanca; quizás también regresara su padre, si por entonces alcanzaba su jubilación. El Salmantino, el 11 de abril de 1918, da la siguiente noticia:

“Clínica nueva. En la calle de Zamora número 3 ha abierto al público una nueva clínica del joven y competente doctor don Alfredo Medina Corbalán. El consultorio está montado con arreglo a los últimos adelantos médicos. Damos por descontados los grandes éxitos que en su especialidad ha de alcanzar el señor Medina Corbalán, pues ello nos lo garantiza la competencia y la cultura del joven médico”.

El anuncio que aquí va inserto se publicó el 29 de mayo de 1918; ya previamente había salido, y se repitió en la prensa varios días⁵, lo que significa que el citado doctor estaba al frente de su clínica. Es importante este anuncio porque se especifican las especialidades que se pueden atender en la consulta médica; también es importante caer en la cuenta de lo que se deja entender del historial médico del doctor Corbalán. En efecto, don Alfredo especifica que él ha sido alumno interno por oposición, que ha logrado la especialidad de Medicina Interna y que lleva ocho años de práctica clínica. El dispensario dejó de anunciarse cuando don Alfredo se fue de médico a Vitigudino, donde montó su clínica.

5. DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN EN SALAMANCA

En 1918, el Colegio Médico de Salamanca convocó una asamblea de colegiados para tratar asuntos de suma importancia para la clase médica. La gran reunión, bajo la presidencia del Dr.

» Maestros con Historia

Bustos, se celebró en el salón de actos del Ayuntamiento, pues el Colegio Médico no tenía sede propia. Los médicos de la provincia, presentes y con infinidad de adhesiones recibidas, apoyaron decididamente los acuerdos adoptados; entre otros, que Medina Corbalán quedase integrado en la Junta Directiva del Colegio Médico como “secretario de actas”, en tanto que como secretario general seguía don Antonio Calama. En julio de ese año había dado una lección sobre cuestiones de urología, y en septiembre de ese año hubo reelección de la Junta Directiva del Colegio Médico, y el doctor Medina Corbalán propuso en ella que se debatiera la Inspección profiláctica de la prostitución.

En febrero de 1919, *El Adelanto* da cuenta de una nueva reunión de la asamblea habida y dijo:

“Hemos alcanzado de nuestro distinguido colaborador y amigo, don Alfredo Medina Corbalán, que escriba una serie de artículos por los que nuestros lectores podrán enterarse de los acuerdos adoptados en congresos y asambleas de médicos que recientemente se celebran en Madrid, a las que asiste como delegado del Colegio Médico de Salamanca”.

Y, en efecto, nuestro biografiado cumplió el acuerdo perfectamente y envió varias crónicas, por ejemplo, la del 5 de mayo de 1919. Igualmente fue valiosa la descripción que hace, el 3 de septiembre de 1929, de la creación del Centro Farmacéutico en la Casa de doña María la Brava y de cómo se le dejó al Colegio Médico de Salamanca una sala que le sirvió de primera sede.

6. DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN EN VITIGUDINO

En 1920, don Alfredo, ya casado, figura como médico titular de esta villa, y él mismo añade en artículo publicado en *El Adelanto* que es “por oposición”. En esta importante villa también había otros dos facultativos titulares, siendo uno de ellos médico forense del Juzgado de Primera Instancia. En esta población, cabecera de partido judicial con funcionarios y mercado semanal, don Alfredo instaló su clínica con rayos X y otros adelantos; y prontamente fue conocido como persona culta y prestigiosa, y a su consulta llegaban no solo los enfermos de esta población, sino también de los núcleos cercanos.

Contribuía a esto último que él tenía un automóvil y se desplazaba a los varios pueblos próximos para traer o llevar enfermos. Como era muy tratable, en su vida social ganaba fácilmente amistades y admiradores, especialmente médicos y farmacéuticos cercanos, así como autoridades locales. En esta población asistió a bodas, bautizos y demás celebraciones del pueblo.

7. DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN EN FUENTELIANTE

Si este doctor fue un personaje distinguido y considerado de gran valía en Vitigudino, no menos era apreciado y querido en el pueblo natal de su mujer, Fuenteliante. Con frecuencia, la prensa salmantina precisa en la sección *Notas de Sociedad* que don Alfredo y su familia han salido para Fuenteliante o que han regresado desde aquel lugar. Así lo hace *El Adelanto* (5/11/1929) en las columnas de un artículo titulado *El Herradero*, firmado por M. Sierra, quien, después de narrar a grandes

trazos la fiesta⁶ de marcar con hierro candente a las reses, dice:

“Luego se suelta un becerrillo para el ‘señorito’. Este año le tocó el turno a nuestro querido amigo, señor Medina Corbalán, culto y competéntísimo médico de Vitigudino”, a quien he saludado juntamente con su mujer y su linda niña Julita”.

Hablando de ese pueblo, no se puede por menos de recordar que recibió el premio de embellecimiento otorgado por la Diputación de Salamanca en 1962, siendo precisamente alcalde del pueblo José, el hermano de Consuelo, la mujer de don Alfredo Medina, y con esa ocasión se celebró allí el Día de la Provincia (reportaje el 19/06/1962), pero no he visto mención del doctor Medina Corbalán.

8. DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN, FORENSE DE VITIGUDINO

El médico de Yecla de Yeltes, don Perfecto Montero, aconsejaba en un artículo publicado en *El Adelanto* (19/10/1927) hacer un homenaje a don Casto Sánchez Tapia, que contaba ya 54 años de ejercicio profesional, casi todos ellos en Vitigudino. Todos los médicos de aquel partido apoyaron la idea y, efectivamente, se le hizo el merecido homenaje.

El Ayuntamiento de Vitigudino admitió a trámite cuatro solicitudes para ocupar la vacante que quedaba de forense del Juzgado de Primera Instancia del referido partido judicial. Estas solicitudes fueron presentadas por don Alfredo Medina Corbalán, don Antonio Egido Vicente, don Manuel Álvarez Sousa y don Cesáreo Urbano Alonso.

“Si fue un personaje distinguido en Vitigudino, no menos era apreciado en el pueblo natal de su mujer, Fuenteliante”

Aproximadamente un año después (24/12/1928), se nombró forense sustituto del referido juzgado y de la prisión del partido judicial al señor Corbalán (Real Orden de 21 del corriente, en virtud del Real Decreto del 12 de abril de 1915). El nombramiento se hizo: “Atendiendo a los méritos que figuran en el brillante informe del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción y a propuesta de la Sala de Gobierno de la Audiencia Territorial, que ha visto en el citado expediente méritos suficientes para proponer su designación”.

Entre sus actuaciones se puede destacar que tuvo que acudir a Aldeadávila de la Ribera, donde, por cuestiones amorosas, se dio una sangrienta riña entre los mozos de aquel pueblo en uno de los salones de baile, resultando tres heridos, uno de ellos de gravedad. Avisada la curia de Vitigudino, sus componentes llegaron a la citada población a las doce y media de la noche y tuvieron que emplear varias horas en el caso.

Hemos de dar un salto adelante de 18 años hasta situarnos en 1946, cuando, por la Orden de 15 de julio de 1946, se nombraban médicos forenses de categoría de entrada de los

» Maestros con Historia

juzgados de primera instancia que se indicaban en una relación adjunta. En ella aparece don Alfredo Medina Corbalán, nombrado forense sustituto del Juzgado de Primera Instancia de Vitigudino.

9. DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN EN POLÍTICA

Con la llegada de la dictadura de Miguel Primo de Rivera, se fue formando la Unión Patriótica en las principales poblaciones. En mayo de 1925, siguiendo el deseo de expansión de la referida Unión Patriótica, se organizó un acto en Villavieja de Yeltes y otro en Lumbrales. En ellos hablaron, entre otras personas, los doctores don Ernesto Sánchez Villares y don Alfredo Medina. Lógicamente, el señor Medina Corbalán era uno de los integrantes de la Unión Patriótica de Vitigudino⁷. En esta villa, don Alfredo fue concejal de 1926 a 1927.

Llegada la Segunda República, se constituyeron diversos partidos en las principales poblaciones de España. En 1935, don Alfredo Medina es uno de los integrantes en el comité de Acción Popular de Vitigudino⁸.

En Salamanca se hizo en esta etapa política un homenaje a don Filiberto Villalobos, que fue ministro de Instrucción, y otro homenaje a los dos ministros salmantinos Gil Robles y Casanueva, y en los tres estuvo presente don Alfredo. Y, finalmente, en febrero de 1936, don Alfredo Medina presentó, en un acto de propaganda de Acción Popular, al candidato a diputado en Cortes don José María Lamamié de Clairac.

10. DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN NUEVO EN SALAMANCA

En la trayectoria profesional de don Alfredo Medina Corbalán hay algunos hechos que no acertamos a explicar; tal es el caso de la permuta de titularidad de Vitigudino por Yecla de Yeltes. Según el BOE de 10/12/1944, don Alfredo hizo permuta de su plaza de médico de asistencia pública domiciliaria en Vitigudino por la de Yecla de Yeltes, que la desempeñaba don Juan Agustín Rodríguez Herrero. Y, según se mandaba en la Orden Ministerial de 26 de julio de 1943, esta permuta se hizo pública por si había algún interesado que pudiera reclamar.

“D. Alfredo estuvo presente en los homenajes a los ministros Filiberto Villalobos, Gil Robles y Casanueva”

Quizás ese cambio obedeciera a que la plaza de Yecla la pudiera atender más fácilmente desde Salamanca, pero no se dijo la causa ni se conoce fácilmente si llegó a ejercer en este pueblo. De hecho, Medina Corbalán había estado en Salamanca, aunque fuera ocasionalmente⁹, en 1938 (vocal de la Junta Directiva del Colegio Médico), 1939 y 1943. Y ya en 1944 se le ve en un cursillo de perfeccionamiento médico (en febrero), formando parte de una comisión juntamente con los señores médicos Rodríguez Magallanes y Goyenechea.

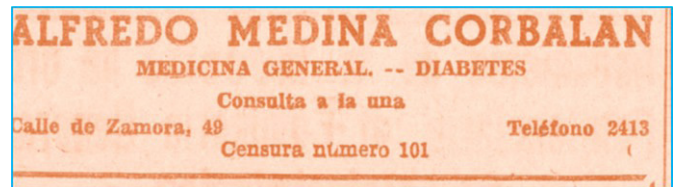
La comisión tenía la misión de visitar a las autoridades para que estas señalasen el día de clausura de un cursillo médico.

Finalmente, en diciembre de 1944, don Alfredo se ve de nuevo citado en la prensa, con ocasión del homenaje que los médicos hacen a don Andrés García Tejado. Él fue el que promovió este homenaje y animó a los médicos que asistieran a los cursos de perfeccionamiento médico para que acudieran a los mismos.

Por eso mismo, en el acto central de este homenaje, que se organizó en el anfiteatro de la Facultad de Medicina, don Alfredo Medina, representando a los cursillistas, estuvo sentado en la mesa presidencial con el rector de la Universidad, el decano de la Facultad, el jefe de Sanidad provincial, el presidente del Colegio Médico de Salamanca y otras personalidades¹⁰.

Si en los años veinte Corbalán era amigo y colaborador de don José Bustos y de don Nicasio Cimas, ahora también es amigo y colaborador de don Antonio García Bernalt (los tres fueron presidentes, cada uno en su momento, del Colegio Médico).

Está claro que don Alfredo era elegido inmediatamente para constituir cualquier comisión que se considerase útil para la clase médica. En 1944 formó parte de dos comisiones. Pero la vida seguía y, por eso, de nuevo aparece su anuncio en la prensa, ahora más abreviado que los de 1918.



Anuncio incluido en 'El Adelanto' el 18 de abril de 1945

Como se advierte, don Alfredo está al frente de posibles consultas en la calle de Zamora nº 49. Diez días más tarde envía un saludo a El Adelanto en el que le comunica que ha tomado posesión de la Jefatura del Negociado¹¹ de Médicos de asistencia pública domiciliaria de la Jefatura Provincial de Sanidad, para la que ha sido nombrado recientemente.

11. PUESTOS Y CARGOS QUE OCUPÓ DON ALFREDO MEDINA CORBALÁN

Por la necesidad de espacio, he de presentar este apartado de forma breve y resumida:

- Médico auxiliar en el Hospital de la Princesa y en el de San Juan de Dios, en Madrid.
- Médico titular de Vitigudino, por oposición.
- Encargado por el Colegio Médico de Salamanca para ir a la asamblea de médicos que se organiza en Madrid para que informe sobre la misma, y lo hace mediante crónicas.
- Es un férreo defensor de la sindicación médica. Expuso la estructura interna de la Casa de doña María la Brava, propiedad del Colegio Farmacéutico de Salamanca, y dentro del mismo la disposición del Colegio Médico de esta ciudad.

» Maestros con Historia

- En el homenaje al doctor Herrera, en representación del Colegio Médico de Salamanca, destacó muy elocuentemente la modestia, la labor intensa y fecunda del doctor Herrera.
- Médico forense del Juzgado de Primera Instancia de Vitigudino.
- Vocal del Colegio Médico de Salamanca en varias ocasiones.
- Médico delegado de la Asociación de Auxilios Mutuos de Toreros y director de la plaza de toros de Vitigudino y su distrito (*El Adelanto*, 6/08/1929).
- Presidió en Vitigudino la constitución de la Asociación de Sindicatos de Funcionarios y Obreros Municipales.
- Estuvo en 1943 en Santander realizando estudios científicos de posgrado en la Casa de la Salud de Valdecilla.
- Representó a los cursillistas y habló por ellos en el homenaje de honor hecho a don Andrés García Tejado.

Don Alfredo tuvo relación y amistad con las grandes figuras médicas de su época en Salamanca: Villalobos, Dámaso de la Peña, Serafín Pierna, Fermín Querolt, Andrés García Tejado, Población, Peralta... Normalmente se dijo de él que era un médico prestigioso, muy culto y competente.

Le volvemos a encontrar citado en la prensa de Salamanca en 1947, 1948, 1951 y 1954. Sin embargo, desde entonces ya no tiene apenas presencia ni eco social en las informaciones salmantinas, añadiéndose que en 1957 era fiscal de Vitigudino don Antonio González. Y, como desde el nacimiento de don Alfredo en 1891 hasta 1961 se cumplen setenta años, es presumible que por esas fechas diera fin a su actividad médica¹².

Notas:

1. *El Adelanto*, 28 de abril de 1945. En la toma de posesión de don Alfredo M. C. de la Jefatura del Negociado de Médicos de Asistencia Pública domiciliaria.

2. Esquema familiar:



3. Este reducido expediente de matrícula y calificaciones se custodia efectivamente en el Archivo Universitario de la Universidad de Salamanca.

4. Parece que fuera funcionario del Estado.

5. Especialmente en el periódico *El Sembrador*.

6. La fiesta se hacía en la finca de Eduardo García Galache, tío carnal de Consuelo Rodríguez.

7. El 29 de abril de 1928, el comité de la Unión Patriótica lo componían los siguientes: D. Francisco de la Gándara, presidente; don Alfredo Medina, vicepresidente; D. Juan M. Hernández y D. Eustasio García Cid, vocales.

8. El comité estaba formado por D. Alfredo Medina, D. Pedro Sánchez, D. Ruperto Rodríguez, D. Rogelio Cañizal, D. Enrique Revesado, D. Juan García y D. Martín Sevillano.

9. En junio de 1939, según *El Adelanto*, el Gobernador Civil le impuso la multa de 5.000 pesetas por difundir verbalmente y por escrito infundios y falsedades con ánimo de vejar y desprestigiar a la organización de la FET y de la JONS. Y en 1943 estuvo en Salamanca una vez terminados los trabajos científicos en el Centro de Estudios Médicos de Postgraduados en la Casa de la Salud de Valdecilla, en Santander.

10. *La Gaceta Regional de Salamanca* publicó una fotografía de la mesa presidencial en la que aparece don Alfredo, pero está sumamente borrosa que no se puede utilizar. *El Adelanto* también incluyó una foto, la del grupo de cursillistas, pero tampoco es posible identificar a Corbalán en el conjunto de todos los médicos.

11. Esta oficina tenía más trabajo del que se puede suponer, pues aún surgían problemas de intrusismo profesional, de médicos que no se afiliaban al sindicato, de denuncias de médicos en alguna que otra plaza titular, de interinos que no acababan de obtener plaza por oposición, de problemas con el cobro de cuotas médicas, dado que en algunos casos se hacía el retraso en el pago de las cuotas por no tener dinero suficiente el afiliado, etc.

12. La investigación sobre la formación académica del señor Corbalán en Salamanca no ha dado el apetecido resultado de conocer los cursos de doctorado ni la tesis doctoral que realizase, ni quién se la dirigió. No obstante, también es significativo que él no optase por ingresar en el claustro de doctores de Salamanca, sino que se dedicase al ejercicio médico directamente.

“Don Alfredo tuvo relación y amistad con las grandes figuras médicas de su época en Salamanca. De él se dijo que era un médico prestigioso, muy culto y competente”

» Historia

Por José M^a Manuel García-Osuna y Rodríguez**Doctor Cum Laude en Medicina y Doctor Sobresaliente en Historia Antigua y Medieval*

Goswintha.

La gran reina de los visigodos de Toledo (I)

Este estudio profundiza en la figura de una de las reinas más influyentes del reino visigodo de Toledo, cuyo papel político y religioso fue decisivo durante décadas. El autor revisa su protagonismo en un contexto marcado por tensiones entre arrianismo y catolicismo, desmontando la visión tradicional que relega a las mujeres a un segundo plano en la Alta Edad Media

I.- 'PRAEFACTUM'

El presente trabajo está dedicado a una fémina regia importante, ya que durante unos cincuenta años fue el determinante paradigmático de la política global del reino visigodo de Toledo. La realidad no coincide con la ficción ahistórica relativa a que las reinas —y, por extensión, las mujeres— ocupaban un rol secundario en la Historia del Medioevo. Este aserto es totalmente falso, ya que Goswintha no sería una excepción, y estaría siempre en el cenit del gobierno de Toledo. Estaría capacitada y autorizada para enfrentarse a la resistencia de las élites hispanorromanas, siempre reticentes al poder visigodo, y al poder de la Iglesia católica, que intentaba conseguir que el catolicismo romano, con mayor inteligencia y moral, se impusiese al arrianismo.

Serán aquellas fuentes las que intentarán descalificar a la soberana, que, por su acérrima defensa del arrianismo, sería retratada como fanática religiosa, manipuladora política e intransigente social. Pero, por el contrario, su vida sería muy complicada y difícil. Era, por lo tanto, una mujer plena de determinación y de coraje. Su importancia está clara en el nombre de su hija Galswinta o Gailswintha, ya que el mismo es una aliteración con el de su madre, lo que demuestra la importancia de la reina, ya que en esta época era costumbre, sobre todo entre los romanos, que las mujeres portasen como nombre el de su familia paterna; verbigracia: Claudia o Julia, como hija de Claudio o Julio.

Por lo tanto, este nombre de su hija demuestra, de forma prístina, que esta llevará el nombre por sus lazos maternos. Cuando se case con un rey visigodo tan poderoso como Leovigildo, el hecho demostrará que esta mujer será el nexo de unión determinante entre los visigodos y los hispanorromanos, algo esencial para el trono toledano.

Por consiguiente, Goswintha dejará una gran huella dentro de la cúspide del poder en una Hispania tan convulsa como la del siglo VI d.C. Estimo que con este trabajo se podrá conseguir un conocimiento más fehaciente sobre la gran reina visigoda de Toledo.

II.- INTROITO FAMILIAR

La reina Goswintha nació hacia el año 520 (*"nec dat origo locum"*), lo que alude según el cronista Venancio Fortunato (*Venantius Honorius Clementianus Fortunatus*. Valdobbiadene,



Treviso, ca. 536-Poitiers, 14 de diciembre de 610) a su vinculación con una familia visigoda (godos de occidente) de noble estirpe (Próceres, Gardingos, Duques y Espotarios). Fallecería por suicidio-ahorcamiento en el año 589. Su religión sería el arrianismo, atribuida al presbítero y teólogo de Alejandría (siglo IV) llamado Arrio (ca. 256 / Libia-Cirenaica-336 / Constantinopla), que sostenía que el Hijo de Dios / Jesucristo habría sido engendrado por Dios-Padre, por lo que no sería coeterno con el Padre Eterno.

» Historia

Se casaría con dos reyes visigodos de Toledo: 1º) Atanagildo / Athanagildus / Atanagilds (¿?-Rey entre 551 y 554, y 555 y Toledo, 567); y 2º) Leovigildo / Liubagilds / Flavius Leovigildus (¿?-Rey entre 568 y 569 hasta Toledo, primavera de 586).

Tuvo dos hijas: 1ª) Galswinta-Gailswintha / Fortaleza de la Fe (Toledo, 540-Soissons, 567/568, muerte por estrangulamiento. Sería Reina-consorte de Neustria). Casada con Chilperico I (Franco-merovingio. 525 y 527 o 534. Rey de Neustria desde 561 hasta Chelles, 20 y 28 de septiembre de 584), a quien el cronista y obispo Gregorio de Tours (Gregorius Turonensis. Riom, 538-Tours, 594) calificaría como: *El Nerón* y el *Herodes de nuestro tiempo*. 2ª) Brunequilda / Brunegilda / Brunilda (Toledo, 545-547-Renève, 613. Muerta por desmembramiento. Reina de los francos de Austrasia), hija del rey Atanagildo.

III.- IDIOSINCRASIA DE LA REINA GOSWINTHA Y SU ÉPOCA

En el inicio de la Edad Media, en las tierras hispánicas que están siendo gobernadas por los visigodos o godos del oeste, sus mujeres son importantes y poderosas. Una de ellas es la reina Goswintha, que, en la terminología de la época, sería denominada como *ricahembra*.

Goswintha era una mujer acérrimamente arriana, poco dada a la negociación política y familiar, pero con unas dotes para el gobierno de primera magnitud, y por ello jugaría un papel esencial en la segunda mitad del siglo VII. Goswintha nació en una Hispania dominada y gobernada por la égida de los gobernadores ostrogodos o godos del este.

En el año 510, el *imperium* y la *auctoritas* en las tierras hispánicas pertenecen a Teodorico I “el Grande o el Amalo” (Flavius Theodericus / Theuderijos. Dacia, 12 de mayo de 454-Rey de los ostrogodos, entre 474 y 526. Regente de Hispania de 511 a 526. Fallecería en Rávena, 30 de agosto de 526), y denominado como *Augustus* por el resto de los gobernantes de Italia, ya que su regencia está teniendo lugar durante la minoría de edad de su nieto, quien ya será un monarca visigodo y se llamará Amalario (502-Rey de los visigodos entre 511 y 531); quien era hijo de Alarico II (Alareiks. 458-Rey de los visigodos desde 484 hasta 507. Su obra cumbre sería *El Breviario de Alarico* o *Lex Romana Visigothorum*), y de Teodegonda / Tiudigota (Reina-consorte entre 484 y 507), que era hija espuria de Teodorico “el Grande”.

Este matrimonio entre un visigodo y una ostrogoda sería más que necesario para poder hacer frente al poder del reino de los francos. No obstante, Alarico II moriría en la batalla de Vouillé-507 (*ad Gothorum gentem delendam*) luchando contra el rey de los francos-salios Clodoveo I “el Grande” (Chlodovechus / Clovis, 16 de diciembre de 466-Rey de los francos entre 21 de junio de 481, hasta ¿509-511?, y luego hasta, París, el 27 de noviembre del año 511. Enterrado en la Abadía de Santa Genoveva / Basílica de Saint Denis).

Toda esta regencia o protectorado ostrogodo tendrá su final con la muerte del rey ostrogodo hispano llamado Theudiselo/Theudis (ca. 480-Rey de los visigodos entre 531 y 548, asesinado en su palacio de Barcelona por un godo que simuló locura).

Existen dos definiciones, primero sobre Alarico II de San Isidoro de Sevilla (¿Sevilla?, ca. 560-Sevilla, 4 de abril de 636) en su *Historia Gothorum*, en relación con su ociosidad y mollicie: ‘*cum a pueritia uitam in otio et conuiuio peregisset*’. Por el contra-



rio, el obispo Niceto de Tréveris (¿?,ca. 566) define a Clodoveo como: ‘*Homo astutissimus*’.

Goswintha se va a matrimoniar en primer lugar con Atanagildo —entre los años 545 y 548—, que es un magnate del grupo social de los duques, que eran los más paradigmáticos del Aula Regia visigoda de Toledo. Tras el asesinato del citado Theudiselo, ese magnate reclamará el derecho a sentarse en el trono de los godos en Toledo. Antes ascenderá al trono el *dux* Agila (¿?-Rey de los visigodos de Toledo entre 549 hasta Mérida / Augusta Emerita, 18 al 31 de marzo de 555); pero, tras transcurrir tres años, de nuevo Atanagildo encabezará un complot contra el monarca citado, y se piensa que Goswintha pudo influir en su esposo para que se lanzase al ruedo político de la Alta Traición.

IV.- LA CONQUISTA DEL TRONO VISIGODO DE TOLEDO

En este siglo VI d.C., la ancestral Hispania romana está en plena ebullición de acontecimientos políticos muy complejos. La debilidad de la Curia Regia toledana, antes del ascenso al trono de Leovigildo, conllevaba que muchas regiones y algunas ciudades se rebelasen contra Toledo. Una de ellas sería Córdoba, y por todo lo que antecede será por lo que el citado rey Agila I se va a dirigir contra ella en los meses finales del año 551, para tratar de someterla *manu militari*.

» Historia

Los soldados visigodos arrianos se dedicaron a profanar la tumba de un santo cordobés, que era un mártir muy querido por los fieles, y que se llama San Acisclo (¿?-Córdoba, 17 de noviembre de 304), quien sería martirizado durante el gobierno del emperador Diocleciano (Gayo Aurelio Valerio Diocleciano Augusto. Salona / Ilírico, ca. 22 de diciembre de 244-Reinado-solo desde 20 de noviembre de 284 hasta 1 de abril de 286. Augusto de Oriente, hasta 1 de mayo de 305).

El hecho citado se tradujo en una reacción furibunda de los cordobeses, que aplastaron a las mesnadas reales de Agila I, que se vio obligado a retirarse derrotado hasta Mérida, tras haber perdido a muchos de sus soldados, el trono regio y hasta a su propio hijo. Esta debilidad obvia —y su mal gobierno— sería aprovechada por el duque Atanagildo, que ya se alzara en Sevilla contra el propio Agila I.

Sevilla era la capital de la región de la Turdetania, y en ella tenían su residencia grandes familias católicas, pero hispanorromanos. Puesta sobre el tapete político de la época una nueva guerra civil entre godos, Atanagildo solicitó la ayuda a la milicia bizantina del gran emperador de Bizancio, Justiniano I “el Grande” (Flavio Pedro Sabacio Justiniano. Tauresium, 482-Emperador del Imperio romano de Oriente desde el 1 de agosto de 527 hasta Constantinopla, 14 de noviembre de 565. *Recuperatio Imperii*).

«El basileus de Constantinopla, que había reconquistado ya el África vandálica y luchaba por el dominio de la Italia ostrogoda, no se hizo rogar demasiado y envió una expedición de soldados bizantinos, que desembarcaron en las costas del sureste de la Península. Al cabo de tres años de guerra intestina, los godos -refiere san Isidoro-temerosos de que los imperiales se aprovecharan de su discordia para apoderarse de España, asesinaron a Agila y reconocieron todos a Atanagildo como su único monarca» (*Semblanzas Visigodas*. Apud José Orlandis, páginas-19/20. Rialp-1992).

V.- LA MONARQUÍA EN TOLEDO

Será, por consiguiente, Atanagildo el primer monarca visigodo de Toledo. La *caput regni* había estado basculando desde los valles de los ríos Guadalquivir y Guadiana hasta el nordeste peninsular. Atanagildo decidió, pues, colocar su Aula Regia en el centro de la Hispania del momento, es decir, en Toledo, la antañona *Toletum* de los carpetanos prerromanos. La corte, por lo tanto, residió como capital estable ya en esa ciudad.

El Rey Atanagildo y su regia esposa Goswintha tuvieron dos hijas, llamadas Galswintha / Gailswintha y Brunekhilda, las cuales ya estaban en la edad de matrimoniar. En la segunda de estas jóvenes puso sus ojos maritales ya el rey Sigeberto I de Austrasia (ca. 535-Rey de Austrasia entre 561 hasta Vitry-en-Artois, ca. 575). Austrasia era la parte nororiental del reino de los francos, durante el período de los reyes merovingios, la capital sería Metz.

VI.- EL ENLACE MATRIMONIAL

El Rey Sigeberto I de Austrasia decidió, pues, casarse con una princesa *sensu stricto*, y Brunekhilda cumplía todas las condiciones de incremento para su prestigio regio. Según el cronista Gregorio de Tours la princesa visigoda: “... era una

doncella de grácil figura y hermoso rostro, de costumbres castas y limpias, prudente en sus juicios y de agradable conversación” (*Semblanzas Visigodas*. Apud José Orlandis, página-21. Rialp-1992).

Entonces, el monarca de Austrasia envió una embajada de categoría para recoger a la citada princesa, la cual estaba mandada por Gogón, el mayordomo de palacio. Llegado a Toledo, pidió la mano de Brunekhilda, y el rey Atanagildo se la concedió sin el más mínimo problema.

La princesa abandonó el Aula Regia con la típica parsimonia real, camino del reino de Austrasia, y acompañada por un riquísimo ajuar. Sigeberto la recibió con una gran parafernalia de todo tipo de fiestas y celebraciones, y se casaron en la ya citada ciudad de Metz, capital de Lorena.

Los clérigos católicos del Aula Regia instruyeron a la nueva soberana en la doctrina católica-apostólica-romana y, por lo tanto, ella adjuraría del arrianismo. Brunekhilda sería la protagonista especial en la complicada y difícil historia del reino franco-merovingio.

«Pero la tragedia que iba a herir muy pronto a Goswintha y a su esposo, Atanagildo, tendría por víctima a su otra hija, Gailswintha, la hermana mayor de Brunekhilda. Uno de los degradados hermanos de Sigeberto era el rey de Neustria, Chilperico, de conducta muy desarreglada y que tenía, no una, sino varias mujeres o concubinas.



» Historia

Chilperico, ante la noble boda de su hermano, sintió deseos de emularle y envió una embajada a Toledo para pedir la mano de Gailswintha, comprometiéndose a despachar a las demás mujeres, con tal de recibir una esposa que fuera hija de reyes y digna, por tanto, de su propia condición real. La demanda fue aceptada, y Gailswintha emprendió viaje hacia Neustria, un viaje que estaba destinado a ser camino fatal hacia la muerte» ('Semblanzas Visigodas'. Apud José Orlandis, página-22. Rialp-1992).

VII.- EL SACRIFICIO DE GAILSWINTHA

Cuando Goswintha vio alejarse de Toledo a su primera hija, lloró amargamente, ya que presagiaba o presumía el infortunado destino que podría padecer su hija mayor. El poeta contemporáneo a la época Venancio Fortunato escribió un poema, que el autor pone en la boca de la reina Goswintha.

«Hispania, tan ancha para tus moradores, eres angosta para la madre; desde que mi hija está ausente, la tierra resulta estrecha para mí; sin ti —hija mía— me sentiré aquí errante y extranjera; y en la propia patria seré a la vez ciudadana y proscrita» ('Semblanzas Visigodas'. Apud José Orlandis, página-23. Rialp-1992).

La joven Gailswintha llegó hasta la capital de la Galia Narbonense visigótica, Narbona, cruzando los Pirineos por su parte oriental. Para introducirse en el territorio de los francos, se dirigió desde Toulouse por la ribera del río Garona hasta la capital de la Gironda, Burdeos.

Desde allí, por la región de la Turena, y por las riberas del río Loira, llegaría hasta la ciudad de Poitiers, luego hasta Orleans, para llegar hasta París; desde aquí cruzó el río Sena, y, de esta forma, entró en la ciudad fortificada normanda de Ruán.

El rey Chilperico la acogió con todo el honor que le fue posible, y ella, asimismo, le correspondió apostatando del arrianismo, para luego ser bautizada y confirmada dentro de la Iglesia católica.

«Muy pronto las relaciones conyugales se crisparon, pues Chilperico no cumplió su palabra de romper con las anteriores concubinas;



Gailswintha rogó entonces que la dejaran retornar a España, renunciando al ajuar y a las joyas que había traído consigo: “la virgen —escribe Fortunato—, temblando de miedo, corre, ¡oh Goswintha!, a refugiarse en tus brazos”. Pero el marido la retuvo con engañosas promesas hasta que, poco más tarde, la mandó asesinar por uno de sus servidores. El rey aparentó aflicción ante la muerte de su esposa, pero sólo por breve tiempo, pues algunos días después contrajo matrimonio con su amante Fredegunda, la instigadora del asesinato de Gailswintha. Fredegunda, convertida así en reina de Neustria, sostendría durante largos años feroces luchas con Brunekhilda, la reina de Austrasia, antigua princesa visigoda y hermana de la desdichada Gailswintha» ('Semblanzas Visigodas'. Apud José Orlandis, páginas-23 y 24. Rialp-1992). *Continuará...*

(* El Dr. José María Manuel García-Osuna y Rodríguez es:

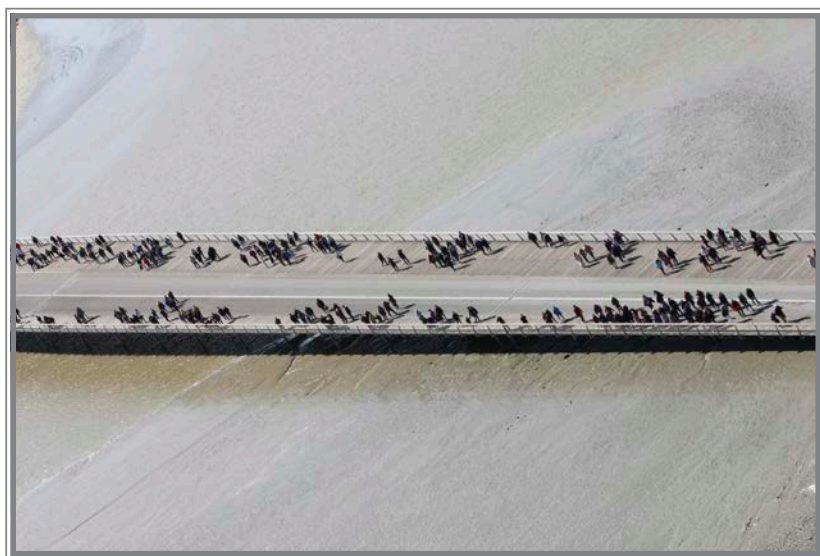
Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Asturias. Cofrade de Número de la Imperial Cofradía de Alfonso VII el Emperador de León y el Pendón de Baeza. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Castilla-La Mancha. Socio de Número de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas. Doctor en Medicina y Cirugía -'La Medicina en el Antiguo Egipto y Dioscórides' (Sobresaliente 'cum laude'). Socio de Número de la Asociación de Hispanistas del BeNeLux. Historiador de HISTORIA-16. Historiador diplomado en Estudios Avanzados de Historia Antigua y Medieval. Académico correspondiente del Instituto de Estudios Históricos Bances y Valdés. Miembro de: la Asociación Hispania Nostra; el Instituto de Estudios Zamoranos 'Florián de Ocampo'; el Ateneo de Valladolid; el Instituto de Estudios Gerundenses; la Real Sociedad Arqueológica Tarraconense; el Círculo Cultural Péndulo de Baza; el Centro de Estudios Históricos de Granada y su Reino; el Centro de Estudios Benaventanos 'Ledo del Pozo'; el Centro de Estudios Fenicios y Púnicos; el Centro de Estudios Históricos Jerezanos; la Asociación Cultural Héroes de Cavite; el Ateneo Jovellanos; la Sociedad Española de Estudios Clásicos; la Sociedad Española de Estudios Medievales; el Instituto de Estudios Bercianos; la Asociación Cultural de Estudios Históricos de Galicia; la Asociación Cultural Arte, Arqueología e Historia de Córdoba. Historiador colaborador de la Fundación Gustavo Bueno-Oviedo. Vicepresidente del I Concurso de Trabajos Cortos de Investigación en Historia de la Medicina en Asturias (Colegio de Médicos de Asturias). Autor de 585 críticas literarias/ensayo en 'Todo Literatura'; 57 trabajos-enayos curriculares de Historia en 'La Gaceta de Almería'; 53 trabajos publicados en Dialnet (2024); 35 trabajos/libros publicados (2024) en 'Regesta Imperii' - Universidad de Maguncia/Mainz; 250 trabajos de Historia publicados; 41 biografías de músicos de música académica publicadas; 152 conferencias impartidas sobre Historia.

Instantes de Vida

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



Sin título © EMILIO FONSECA



Sin título © EMILIO FONSECA



Ogro de yedra 2 © SANTIAGO ALBERCA

» Instantes de Vida



Paraíso serrano © SANTIAGO ALBERCA

¿Cómo colaborar?

Por e-mail:

salamanca@saludadiario.es

Características técnicas:

.jpg .tif o .pdf de alta calidad

Por correo ordinario:

C/ Bientocadas, 7

37002- Salamanca

(Ref.: Salamanca Médica)



Nubes caprichosas © SANTIAGO ALBERCA



Atardecer en el Nilo 2 © EMILIO FONSECA

Pensamiento poético

Enero

*Una tarde de sol de enero,
aburrimiento en el comedor,
los visillos de encaje blanco,
y tras ellos la azalea de color.*

*De testigo fiel de los instantes,
hace dulcemente el gran reloj,
su presencia es la única notada,
soledad y silencio al mismo son.*

*Y mientras hilvanaba,
mil esperanzas vanas,
más allá del cristal,
el frío, sonrió.*

© **Macarena Hernández Prieto**

Doctora en Medicina

De la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas

Pensamiento poético

Exegesis de iris y ceniza

*Apreciar uno a uno los colores,
diferenciar la forma y la figura,
contar estrellas en la noche oscura,
aprehender los matices de las flores.*

*Estimar en los ojos los amores,
las mares navegar con desmesura,
el mundo divisar desde la altura
es milagro de miles de sensores.*

*Báculos para luz blanca y luz negra,
que captan la divina alba belleza
cautiva en la redonda luna plena.*

*Al tiempo el tono y el matiz integra
de los miles de conos la corteza
en arcoíris de beldad serena.*

© Ignacio Dávila

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

Pensamiento poético

No quiere perseguirte

*Bien lo sabe
que bebes los vientos por ella;
si no te quiere aún
es porque no te ha tenido cerca,
ni a su lado,
ni tampoco en sus brazos,
ni por dentro.*

*Nunca has llegado a ser
el alma de su vida,
su encendida tormenta.*

*Su plácida quietud
cuando se duerme,
los vibrantes latidos
cuando se despierta.*

*No quiere perseguirte ni un poquito,
aunque le gustaría de golpe, por sorpresa,
rodearte y oler sólo tu aroma dulce.*

*Nunca habría perdido el tiempo derrochado
porque le quedarían incontables recuerdos,
paseos, días, horas, gloriosas acechanzas.*

*No quiere perseguirte por no descolocarte
de tu trono, confundirte un instante,
intentando robarte un pensamiento,
alguna vez, tal vez, coger tu mano,
una caricia, un beso.*

*No estará tras de ti, ni de tu puerta,
y dejará la guardia
que no podría aguantar
una mirada tuya con desdén,
una puntita de odio incontrolado.*

*Y le puede ocurrir que se le arregle todo,
por un azar sublime o un concentrado rezo,
con un final al fin con unas Santas Pascuas.
Se curará su angustia, el desconcierto,
y podrá distinguir la historia de los sueños,
sopesando el engaño
por la solanera de la Plaza Mayor.*

© **Julio de Manueles**

Envíe sus versos

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

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

» Salud, Humor y Risa

Por Germán Payo Losa

Director de Educahumor



Chistes e historias

El autor ofrece una reflexión sobre la diferencia entre chistes y el sentido del humor, subrayando el valor de la risa y de las anécdotas divertidas para conectar y aliviar las dificultades de la vida. “Todos podemos aprender a contar historias que hagan reír a los demás”, recuerda

En esta revista, el cuestionario a la persona protagonista del número acaba con un chiste. Los contados son simpáticos.

Las personas que cuentan chistes quieren provocar una risa, lo cual es saludable. Algunos chistes malos tienen el efecto contrario. Tenía un compañero experto en estos últimos. “Pero ¿qué te he hecho? Perdóname, pero no me tortures así”, le decía. Él insistía: “¿Cuál es el animal que es dos veces animal? El gato, porque es gato y araña” (hace poco encontré una añadidura: “anda igual que tu mujer, que es zorra y cobra”).

No se puede confundir el sentido del humor con los chistes. El humor es un modo divertido de vernos a nosotros mismos y a la vida. Como unas gafas para descubrir lo gracioso (aunque E. Jardiel Poncela decía que “intentar definir el humor, el humorismo, es como pretender atravesar una mariposa usando, a manera de alfiler, un poste telegráfico”).

Llevo muchos años trabajando sobre cómo potenciar el sentido del humor y la capacidad de reír, sobre todo cuando la vida se pone cuesta arriba, y sus aplicaciones. Esto poco tiene que ver con chistes. En un congreso nacional de educación presenté el programa de cómo, en nuestro centro, aplicábamos el humor a la autoestima, asertividad, creatividad, inteligencia emocional, comunicación, relaciones, conflictos, actitud lúdica... Pues, al final, el presidente pidió que, para acabar, y a modo de resumen, podía contar un chiste. ¡No ha entendido nada!, pensé frustrado. Tenía tan clara la diferencia que, en cursos de verano de cuarenta horas, divertidísimos, jamás conté un chiste.

Pero cambié.

Salgo de clase con adolescentes y un compañero me pregunta: “¿Dónde vas con esa cara?”. “Estoy contento porque no he matado a nadie. Salgo destrozado”. “Ven”, me agarró del brazo. “Una mujer, desde el balcón, grita a su marido, que está en el bar: ¡Manolo! ¡Que nos han tocado 3 millones en la bonoloto!. Manolo deja la cerveza y cruza la calle gritando: ¡Maríaaaaa!, abriendo los brazos y sin mirar. Le pasa un camión por encima y le deja planchado. María, desde el balcón, susurra: ‘Si es que cuando una anda de buena racha, anda de buena racha’. Me hizo reír tanto que se me alivió el enfado. La risa nos puede cambiar el ánimo y es buena para la salud. Un chiste puede provocar la risa.

Tengo una hermana con alzhéimer. Por las tardes salíamos a pasear. Yo quería que riese todo lo posible. Cantábamos, le contaba historias graciosas y chistes. Sus dos favoritos eran estos:

Entrevistan a una mujer: “En sus cincuenta años de matrimonio, ¿nunca le pasó por la cabeza la idea del divorcio?” / “Del divorcio, jamás, pero del asesinato, ¡muchas veces!”.



Suena el teléfono. La esposa contesta. “Señora, hemos secuestrado a su marido. O hace lo que le decimos o no volverá a verlo”. / “Pues, ¿sabe qué le digo? Que le echaré de menos, pero a todo se acostumbra una”. Y cuelga.

Lo malo de los chistes es que muchos son conocidos; por eso yo insisto en las anécdotas, propias o ajenas. Son originales. Y todos podemos aprender a contar historias que hagan reír a los demás.

En Gijón tenía dos horas para mi taller en unas jornadas educativas para gente que trabajaba en hospitales y con

» Salud, Humor y Risa

discapacitados. Unas 100 personas. Propuse un juego: ¿cuántos de vosotros pensáis que podéis salir aquí delante y hacer que todos se partan de risa? Ninguno. Yo creo que todos. Vamos a demostrarlo. Al final, salieron 10, uno por uno. No había tiempo para más. La gente se tronchaba.

Les dije que pensasen en algo divertido que les hubiese pasado y lo contasen a 2, 3, 4, 5. Luego, que cambiasen de grupo y contasen algo de otros y cambiar de grupo. Di algunas directrices: aprende la historia bien, no dudes. Si es propia es más fácil. Acompaña con gestos. Si puedes usar otra voz para otro personaje, mejor. Si hay un final divertido, haz una pequeña pausa y suelta el fin. No digas: “Me pasó una cosa más graciosa...”. Empieza directo: “Me pasó esto”. Si es graciosa, ya lo verás. No digas jamás: “Cuéntalo tú, que tienes más gracia”. Practica. ¿Y si no se ríen? Tienes que practicar más. Si siguen sin reír, la historia puede no ser tan divertida. Usa otra. Todas estas directrices son flexibles. La práctica ayuda a la perfección.

En la piscina, en verano, coincidía con gente y charlábamos. En invierno, un grupo de mujeres venía hacia mí. “Hola”, me dice una. Yo me quedo perplejo. “¿Pero no me reconoces?”. / “Ni idea”. / “¿De la piscina!”. / Ya caí y solté: “Disculpa, no te reconocía vestida”. Las amigas le lanzaron unas miradas pícaras, a las que reaccionó con voz fuerte: “En bikini, ¡eh! En bikini”.

Aún en la situación de guerra actual podemos escrutar algo divertido. Publicaron fotos de Marco Rubio, secretario de Estado con Trump, con unos zapatos excesivamente grandes. Él explicó que se los regaló Trump y que, si no los lleva puestos, se enfada. Un humorista gráfico pinta a Rubio con unos calzoncillos inmensos. Otro colega, con chaqueta, pantalón y zapatos grandísimos, le dice: “Afortunado tú, que solo te compró zapatos”.

Aquí tenemos cosecha propia. Me encantaba Rajoy en sus fallos. Yo le percibía más humano ahí. “Cuanto peor, mejor para todos, y cuanto peor para todos, mejor”; o cuando se excusó: “Me ha pasado una cosa verdaderamente notable: lo he escrito aquí y no entiendo mi letra”. Y la vicepresidenta Díaz cuando dijo: “Tenemos gobierno de corrupción para rato” (quiso decir coalición).

En Barcelona hay una librería, La Llama, dedicada solo a objetos humorísticos y fundada por Abigail L. Enrech. En el instituto, un chico la llamaba gorda. Un día le enfrentó: “Oye, deberías cambiar el insulto, porque es evidente que soy gorda, y al final pensaremos que eres tonto”. Autoestima con humor enriquece la persona.

Y he encontrado una aplicación interesante del humor. Marc Abraham, fundador de los premios Ig Nobel (premios de



investigación indignos, como disfrazar vacas de cebras para que no les piquen las moscas), declara: “La ciencia es una profesión muy difícil, muy frustrante. Sabes que la mayoría de lo que haces va a fracasar y, si tienes sentido del humor, eso ayuda muchísimo”.

El no tomarnos tan en serio contribuye. Y contar historias divertidas es preferible a los chistes. Pero si son buenos y hacen reír, bienvenidos.

Ah, pero esto ¿no iba a acabar con un chiste?

¿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