

26 Palabra de Médico: 'Naprotecnología', 'Neguijón' y 'Kernícterus'
28 Desde la RAMSA: Salamanca, referente en la investigación de las enfermedades raras **35** Ciudad y Medicina: Hospital de San Zoles **49** Salud, Humor y Risa: Un verano de montaña rusa



6 Entrevista al Dr. José Ramón González porras, jefe de la Unidad de Trombosis y Hemostasia

SALAMANCA MÉDICA**92**

Revista Oficial del Colegio de Médicos de Salamanca
Julio - Septiembre 2026



Médicos de pueblo, ¿y mañana?

La medicina rural salmantina afronta el relevo generacional entre kilómetros, guardias y dificultades de cobertura. Los profesionales reclaman recursos, flexibilidad y mayor capacidad para organizar la asistencia según cada territorio

Calcula el seguro de tu clínica

Nueva
**CALCULADORA
ONLINE**



Obtén una **cotización rápida y personalizada** en pocos pasos



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

S PORQUE
somos
sanitarios



**Seguro Multirriesgo de
Establecimientos Sanitarios**

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.

El análisis

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

La Atención Primaria no admite atajos

El pasado miércoles 30 de septiembre se presentó en las Cortes de Castilla y León el IV Estudio de Demografía Médica de Castilla y León. Este informe no solo constituye un diagnóstico situacional sobre la plantilla médica en activo en nuestra comunidad, sino que analiza la evolución demográfica del colectivo durante los últimos veinte años.

En el caso particular de Salamanca, los datos reflejan un incremento continuo en el número de médicos colegiados durante las últimas dos décadas en 521 médicos colegiados. Este crecimiento responde fundamentalmente a dos factores: la ampliación de la oferta de plazas de formación sanitaria especializada (MIR) y la prolongación voluntaria de la vida laboral hasta los 70 años por parte de un número significativo de profesionales. Asimismo, un porcentaje de los facultativos jubilados en el sistema público mantiene su ejercicio en el ámbito de la medicina privada.

Es motivo de satisfacción constatar que Salamanca se sitúa entre las provincias de la comunidad con mayor densidad de profesionales médicos, entendiendo que el capital humano constituye el pilar fundamental para garantizar la calidad, seguridad y sostenibilidad de cualquier sistema de salud.

Sin embargo, estos datos cuantitativos no deben conducir al conformismo. Existen áreas críticas que requieren una intervención prioritaria, siendo la Atención Primaria la más comprometida. La acusada carencia de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria ha sido amortiguada por parte de la Consejería de Sanidad mediante la contratación de facultativos sin la correspondiente titulación de especialidad oficial, vulnerando la normativa estatal vigente en materia de contratación en el sistema público de salud.

Esta praxis condiciona directamente la calidad asistencial y la seguridad del paciente, al situar en dispositivos asistenciales clave —Atención Primaria, servicios de Urgencias Hospitalarias y Emergencias Sanitarias 112— a profesionales sin el marco formativo reglado ni las competencias específicas exigibles para garantizar la máxima capacidad de resolución clínica.

Por todo ello, desde este Colegio Oficial de Médicos instamos a las autoridades sanitarias competentes a abordar con carácter urgente las reformas estructurales necesarias en la Atención Primaria (tanto en el área comunitaria de adultos como en pediatría), las Urgencias hospitalarias y la atención médica en emergencias. Reiteramos nuestra absoluta disposición a colaborar, junto a las autoridades de SACYL, en la búsqueda e implantación de soluciones rigurosas que preserven la excelencia de nuestro ejercicio profesional y la seguridad de los ciudadanos.



SUMARIO92



6 “Cuando un paciente confía en su médico, los resultados globales son mejores”

El Dr. José Ramón González Porras, jefe de la Unidad de Trombosis y Hemostasia del hospital, considera que el servicio de Hematología es una escuela “basada en la generosidad y la admiración entre compañeros”



16 Kilómetros, guardias, dificultades para cubrir ausencias, conciliación y una organización heredada de otra realidad amenazan la viabilidad de la Atención Primaria rural salmantina

22 Noticias Colegiales

26 Palabra de Médico | ‘Naprotecnología’, ‘Neguijón’ y ‘Kernicterus’

28 Desde la RAMSA | Salamanca, referente en la investigación de las enfermedades raras

31 Medicina para Todos | Encorvados o espondiloartrosis. Prevención

32 Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

37 Maestros con Historia | Médicos escritores relacionados con Salamanca (I)

41 Historia | Goswintha. La gran reina de los visigodos de Toledo (y III)

45 Pensamiento poético | ‘Luna, luna’, ‘Salamanca’ y ‘Te quedarás’

49 Salud, Humor y Risa | Un verano de montaña rusa

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 ciencia progresa con rapidez, es un desafío adaptar los recursos del sistema sanitario”

El Dr. José Ramón González Porras, jefe de la Unidad de Trombosis y Hemostasia, valora la generosidad y la admiración que definen al Servicio de Hematología, y pide al Ministerio de Sanidad que escuche a los médicos



Para él, el Servicio de Hematología es una ESCUELA, con mayúsculas, donde la generosidad y la admiración entre compañeros, situando al paciente en el centro, es casi una forma de vida. Por eso, el Dr. José Ramón González Porras, jefe de la Unidad de Trombosis y Hemostasia del Hospital Universitario de Salamanca, va feliz a trabajar. Médico peñarandino, localidad donde sigue pasando sus veranos, lo suyo no fue una vocación temprana, sino un camino que ha ido construyendo y que volvería sin dudarlo a recorrer, sobre todo por la satisfacción que le proporcionan los pacientes. Lamenta, sin embargo, la situación de un sistema sanitario que está muy tensionado, en parte porque el Ministerio de Sanidad se niega a escuchar a los médicos, y donde, además, se plantea el desafío de adaptar progresivamente los recursos a la revolución científica sin precedentes como la que vivimos. A las nuevas generaciones les pide que no olviden la vocación y la base de la medicina, que es la confianza y la empatía que subyacen a la relación médico-paciente.

¿En qué momento, en aquellas calles de Peñaranda, decidió que quería ser médico?

Mi vocación fue progresiva. No hubo una única razón, sino una inclinación que fue creciendo poco a poco. En el instituto me gustaba mucho la biología, pero también las letras, la lectura y el arte. Obtuve matrícula de honor y, en aquella época, parecía que quien sacaba buenas notas tenía que estudiar Ingeniería de Telecomunicaciones u otra ingeniería. A mí, sin embargo, me atraía algo que combinara la biología con el humanismo y que estuviera relacionado con la atención a los demás y el voluntariado. Por eso estudié Medicina en Valladolid, donde entonces trabajaban mis padres, aunque también podría haber ingresado en Salamanca. En mi familia no había antecedentes médicos. No fue, por tanto, una vocación repentina, sino que se fue construyendo con el tiempo.

¿En algún momento se ha arrepentido de aquella decisión?

» Entrevista

En absoluto. De hecho, vengo a trabajar con gusto. Para mí, un lunes no es como lo suele entender la mayoría.

No parece el estado de ánimo más extendido actualmente entre los médicos.

Lo sé. Como fui vicepresidente del Colegio de Médicos, he visto que todas las especialidades están muy tensionadas, aunque quizá de manera especial la Atención Primaria. También desde la Unidad de Trombosis y Hemostasia, que tiene un carácter multidisciplinar, cada día hablo con pacientes, familiares, cirujanos, anestesiistas... y en todos los ámbitos se percibe claramente la sobrecarga. No puedo decir que la Hematología esté mal, pero también está sometida a mucha presión. El avance de las capacidades diagnósticas y terapéuticas requiere optimizar la gestión de unos recursos que crecen a un ritmo diferente. Aun así, vengo feliz a trabajar. En buena medida se lo debo a mi mentor, el Dr. Ignacio Alberca. Era un placer trabajar con él: por su empatía con los pacientes, su responsabilidad y el ambiente de trabajo que creaba, hacía que te olvidaras de que era lunes.

¿Qué imaginaba al comenzar la carrera de Medicina y qué descubrió después que no se parecía a aquella imagen inicial?

Durante la carrera predominaba la teoría, porque entonces las prácticas se realizaban sobre todo en cuarto, quinto y sexto. Al estudiar los tratados, parecía que todo tenía una causa fisiopatológica y una explicación. Sin embargo, especialmente en trombosis y hemostasia, pero también en la medicina en general, muchas veces no somos capaces de explicar por qué sucede algo o por qué aparece un asterisco o una alteración en una analítica. Esto también les ocurre a nuestros residentes: siempre intentan que les expliques el porqué, pero a veces puede haber varias causas y, en otras ocasiones, sencillamente no lo sabemos. El otro gran cambio es el que he vivido durante la última década de actividad asistencial. Hemos asistido a una auténtica revolución diagnóstica y terapéutica. La medicina actual es completamente distinta de la que conocí como



Curriculum vitae

José Ramón González Porras

Los lunes no son lunes para el Dr. José Ramón González Porras. Sigue acudiendo al hospital con la misma ilusión, y parte de esa forma de entender la medicina se la debe a su mentor, el hematólogo Ignacio Alberca, y al Servicio de Hematología, donde aprendió que la excelencia científica debe ir acompañada de generosidad, admiración entre compañeros y una dedicación absoluta al paciente. José Ramón González Porras (1974) es jefe de la Unidad de Trombosis y Hemostasia del Hospital de Salamanca y responsable del grupo de investigación CARD-02 de Patología Trombótica y Hemostasia del IBSAL. Licenciado en Medicina por la Universidad de Valladolid en 1998, realizó la residencia de Hematología y Hemoterapia en Salamanca y se doctoró en 2005. Su tesis, centrada en la trombofilia genética y la enfermedad tromboembólica venosa, orientó una trayectoria dedicada al complejo equilibrio entre la trombosis y la hemorragia. En 2008 completó su formación en el Imperial College de Londres, donde trabajó durante un año bajo la dirección del profesor David Lane. Su investigación se centra en la enfermedad tromboembólica, los tratamientos anticoagulantes, la trombocitopenia inmune y el diagnóstico molecular de los trastornos hemorrágicos hereditarios. Ha presidido el Grupo Español de Trombocitopenia Inmune, ha formado parte de la Sociedad de Trombosis y Hemostasia y ha coordinado el *Manual práctico de hemostasia y trombosis*. Profesor asociado, acreditado para titular, y director de numerosas tesis doctorales, defiende una medicina en la que los avances científicos nunca hagan olvidar lo esencial: escuchar al paciente y mirarlo a los ojos.

» Entrevista

residente. Enfermedades que entonces tenían una esperanza de vida muy corta, como el mieloma múltiple, se encuentran hoy en una situación en la que casi se puede hablar de curación. En nuestro campo, antes solo conseguíamos diagnosticar alrededor del 30 % de los trastornos plaquetarios congénitos; ahora alcanzamos aproximadamente el 70 %. La velocidad a la que han aumentado nuestras capacidades diagnósticas y terapéuticas es extraordinaria. La ciencia avanza por delante de los recursos y del entorno de trabajo necesarios para aplicarla.

Pronto regresó a Salamanca para realizar la residencia. ¿Por qué Hematología?

Hice prácticas de Hematología tanto en el Hospital Río Hortega como en el Clínico de Valladolid, y la especialidad me atrapó desde el principio, porque permite atender al paciente y participar personalmente, desde el laboratorio, en el diagnóstico y en todo el proceso asistencial. Luego se sabía que el Servicio de Hematología de Salamanca era un referente, y por eso decidí venir aquí.

¿Qué recuerda de aquellos años como residente? ¿Quiénes fueron sus maestros y qué permanece de ellos en su forma de ejercer la medicina?

La residencia te marca. Llegué con muchas preguntas, mucha ilusión y también algunas incertidumbres. De aquella etapa destacaría dos aspectos. El primero fueron mis compañeros residentes. Mi compañero de promoción fue el Dr. Fermín Sánchez-Guijo, y entre los residentes más jóvenes estaban la Dra. María Díez-Campelo, actual directora médica del hospital, el Dr. Enrique Ocio o la Dra. Cristina Castilla. No recuerdo

ningún conflicto entre nosotros, éramos una auténtica familia. Tuve el privilegio de formar parte de un grupo extraordinario. El segundo aspecto fueron los adjuntos, porque todos eran maestros. Desde el jefe de servicio, el Dr. Jesús San Miguel, hasta mi mentor, el Dr. Ignacio Alberca, pasando por todos los profesionales que integraban el servicio. Eran excelentes desde el punto de vista científico, pioneros nacionales e internacionales en sus respectivos campos, pero también transmitían con pasión cómo debía tratarse a un paciente, con una dedicación casi absoluta y una disponibilidad total para el residente. Podías llamarles ante cualquier duda, no solo médica, sino también relacionada con la gestión o con una rotación. El Dr. Ignacio Alberca dedicaba su tiempo a ayudarte con todo. Si estabas haciendo la tesis, colaboraba en la recogida de datos clínicos, revisaba tus presentaciones, te escuchaba ensayarlas y te enseñaba a preparar las diapositivas y a hablar en público. Esa generosidad iba acompañada de una admiración sincera: se sentía verdaderamente orgulloso cuando un residente o un adjunto acudía a un congreso para presentar los resultados de una investigación. Con el tiempo, y se lo he oído decir muchas veces al Dr. Jesús San Miguel, comprendes que eso es lo que construye un buen servicio. Estas son las claves: junto a la excelencia técnica y científica, existe una excelencia humana basada en la generosidad y la admiración entre compañeros. Eso me marcó para siempre.

Todos los hematólogos entrevistados en esta revista también han destacado esos valores. ¿Están ustedes hechos de otra pasta?

Eso nos dicen los pacientes. Creo que este servicio es una verdadera escuela de Hematología. No solo enseña



» Entrevista

a diagnosticar y tratar correctamente las enfermedades, sino también a construir una relación médico-paciente equilibrada. Esa cultura se refleja en el compañerismo entre los profesionales y en la convicción de que el paciente es nuestra razón de ser.

Ese espíritu es un patrimonio que conviene preservar. ¿Cómo se garantiza su transmisión a las nuevas generaciones?

Ese es otro aspecto fundamental. Yo también he intentado transmitir estos valores, aunque no puedo compararme con los grandes maestros de los que hablamos. El Dr. Ignacio Alberca tenía claro, diez años antes de jubilarse, que debía formar a otras personas en coagulación y asegurar el relevo generacional. Yo tengo ahora la suerte de contar con el Dr. José María Bastida, que está perfectamente preparado para continuar este camino.

“El Servicio de Hematología es una escuela basada en la generosidad y la admiración entre compañeros”

La Hematología integra clínica, laboratorio, diagnóstico, investigación y medicina transfusional. ¿Es esa amplitud lo que la convierte en una especialidad tan atractiva y, al mismo tiempo, tan transversal?

Creo que es una de las especialidades más integrales que existen. Algunos compañeros dicen que es una especialidad bilingüe; otros, incluso, trilingüe, porque comprende la clínica del paciente, el laboratorio y el banco de sangre o medicina transfusional. Permite ver a un paciente, realizar la historia clínica y la exploración, solicitar las pruebas, efectuar e interpretar esas pruebas, establecer el diagnóstico y tratarlo. Es una especialidad muy completa y, además, facilita enormemente la investigación.

¿Qué tiene la sangre para que, después de tantos años, continúe sorprendiéndole?

Queda muchísimo por conocer. Las muestras de sangre son muy accesibles y nuestras capacidades diagnósticas aumentan cada día. Aplicar todos esos avances al estudio de las enfermedades de la sangre representa un gran reto. Cada vez que una investigación trata de responder una pregunta, aparecen otras dos o tres. Es un avance continuo.

¿Cuál ha sido el mayor avance de la Hematología desde que comenzó su carrera?

En oncohematología, el avance ha sido extraordinario. Cuando comencé la residencia, la esperanza de vida de una persona con mieloma múltiple era de dos o tres años; ahora se habla ya de una posible curación. También han llegado las terapias CAR-T y los anticuerpos biespecíficos. En mi ámbito hemos vivido una auténtica revolución. Un ejemplo claro es la hemofilia, una enfermedad a la que tengo especial cariño por la estrecha relación de este servicio con la asociación de pacientes de Salamanca. Hemos pasado de los concentrados



derivados del plasma a disponer de terapia génica, que puede conseguir una curación funcional. Hoy podemos tratar a una persona con hemofilia mediante una inyección subcutánea mensual, cuando antes necesitaba tratamiento intravenoso dos o tres veces por semana desde el primer año de vida. Es una revolución especialmente valiosa para un colectivo que ha sufrido mucho, entre otras razones por las infecciones por VIH y hepatitis C ocasionadas en el pasado por productos plasmáticos contaminados. Por eso existe una sensibilidad especial hacia estos pacientes. El otro gran avance se encuentra en el diagnóstico. La secuenciación genómica, en la que ha sido crucial la ayuda del Dr. Jesús María Hernández-Rivas y de su laboratorio, ha permitido alcanzar tasas de éxito diagnóstico muy elevadas. Antes sabíamos que una persona podía tener una alteración que favorecía el sangrado, pero no cuál era; hoy podemos determinar la causa en el 70 % de los casos.

Dentro de la Hematología, ¿por qué decidió centrarse en la trombosis y la hemostasia?

Reconozco que hubo algo de casualidad. Durante la residencia estaba rotando por Coagulación y me propusieron hacer la tesis en este ámbito, y esto suele marcar la trayectoria posterior. Mi tesis se centró en la trombofilia genética y la enfermedad tromboembólica venosa, concretamente en el factor V Leiden, una variante que favorece la trombosis y que había sido descrita dos años antes. Junto con mis directores, el Dr. Ignacio Alberca y el Dr. Ramón García-Sanz, nos preguntamos si los pacientes que habían sufrido una trombosis debían

» Entrevista



permanecer anticoagulados de forma indefinida por tener esta alteración genética. Tras estudiar y seguir a casi 500 pacientes, comprobamos que, en los heterocigotos, era más beneficioso suspender la anticoagulación después de un tratamiento corto que mantenerla a largo plazo. La conclusión contradecía lo establecido, pero años después fue confirmada por un metaanálisis. Aquella tesis, nacida de una pregunta clínica y conectada con el laboratorio, marcó mi trayectoria y consolidó mi dedicación a la coagulación.

Completó esa formación con una estancia en el Imperial College de Londres. ¿Qué aportó a su desarrollo profesional y personal?

El Dr. Jesús San Miguel tenía muy claro que debíamos completar la residencia con una tesis doctoral y una estancia posdoctoral en el extranjero. En 2008 tuve la suerte de lograr una beca del Ministerio de Educación y Ciencia y pude trabajar durante un año en el Imperial College, bajo la supervisión del profesor David Lane, en un proyecto sobre la proteína C de la coagulación. Aquella experiencia terminó de definirme profesionalmente: desde entonces soy, definitivamente, coagulólogo. Una estancia posdoctoral exige mucho. Supone pasar un año fuera con la incertidumbre sobre lo que harás después y, en aquella época, ese periodo ni siquiera se valoraba en una oposición igual que el trabajo realizado en España. El centro receptor no te pagaba; tenías que conseguir una beca y mantenerte en un país caro. Aun así, siempre animo a los residentes a hacerlo. Una estancia internacional abre puertas, mejora la formación, permite aprender técnicas que quizá no existen en tu centro y que después puedes incorporar. También amplía la mirada sobre el funcionamiento de otros servicios. En Londres conocí una comisión hospitalaria de trombosis,

una estructura que entonces no era obligatoria en España. Al regresar, en 2009, impulsé una comisión similar en nuestro hospital. Fue una iniciativa pionera, integrada por especialidades médicas y quirúrgicas relacionadas con la trombosis. Entre todos elaboramos protocolos y acordamos cómo solicitar determinadas pruebas. Trabajar como comisión, y no únicamente como un grupo informal, nos ayudó mucho. La estancia también me enriqueció personalmente y me hizo valorar lo que teníamos aquí. En el centro en el que trabajé no dedicaban más horas que nosotros, pero optimizaban el tiempo al máximo mediante agendas organizadas con enorme precisión. Además, vivir fuera te obliga a pedir ayuda y a desarrollar la capacidad de adaptación, desde encontrar vivienda hasta desenvolverte en otro entorno.

Cuando se conocen otros sistemas y se dispone de más recursos, ¿aparece la tentación de permanecer fuera?

La tentación existe por los medios que tienen allí, aunque en mi caso había muchas razones para volver a Salamanca. En aquella época, hace casi veinte años, la diferencia de recursos era incluso mucho mayor. Recuerdo que mi jefe, estando yo en su despacho, recibió una llamada en la que le comunicaron la concesión de dos millones de libras para investigar una proteína, el factor de von Willebrand, en un proyecto unicéntrico. Yo actualmente tengo un proyecto FIS, que no suelen superar los 300.000, y varios proyectos de la Gerencia Regional de Salud, dotados con 15.000 euros. Para hablar de millones de euros, normalmente hay que participar en un proyecto europeo multicéntrico.

El organismo necesita mantener un equilibrio muy delicado entre

» Entrevista

evitar una hemorragia y prevenir la formación de un trombo. ¿Es esa complejidad lo que hace tan apasionante la coagulación?

Exactamente. La homeostasia exige un equilibrio preciso: que la persona no sangre, pero tampoco se trombose. Cuando esa balanza se rompe hacia uno u otro lado aparecen los problemas que cada vez somos capaces de diagnosticar mejor. Además, no es un sistema que implique exclusivamente al hematólogo. Cualquier especialidad médica o quirúrgica atiende a pacientes que sangran o que sufren una trombosis. El papel del hematólogo consiste en determinar si existe una alteración propia de la sangre y ayudar a dirigir los tratamientos.

La valoración individual del riesgo de trombosis y hemorragia ha evolucionado de forma notable. ¿Estamos cerca de determinar con precisión quién necesita tratamiento anticoagulante, cuál es el más adecuado y durante cuánto tiempo?

Cada vez estamos más cerca. Uno de los grandes retos es encontrar el anticoagulante ideal, porque todos tienen un precio que pagar: el riesgo de sangrado, pero los tratamientos han mejorado. Los antivitaminas K clásicos, como el Sintrom, presentan un riesgo hemorrágico significativo, pero ya los anticoagulantes orales directos reducen ese riesgo y mantienen, o incluso mejoran, la eficacia anticoagulante. La investigación busca ahora moléculas capaces de actuar de forma más selectiva: prevenir una nueva trombosis en una persona que ha sufrido una embolia pulmonar, un infarto de miocardio o un ictus, sin aumentar el riesgo de hemorragia. Alcanzar ese equilibrio constituiría una auténtica revolución.

¿Existe algún mito sobre la trombosis o los anticoagulantes que convenga desterrar?

Hay una idea que prácticamente se ha superado, aunque tiene una base real: los antivitaminas K se utilizaron inicialmente como raticidas por su capacidad para producir hemorragias internas. Más adelante se descubrió que ese efecto podía aprovecharse terapéuticamente como anticoagulante. El Sintrom ha salvado muchas vidas, aunque tiene mala fama porque resulta difícil de controlar: interacciona con alimentos y con numerosos medicamentos, y obliga al paciente a realizar controles semanales o, si está muy estable, mensuales. Esto puede interferir mucho en la vida cotidiana, especialmente en las personas que trabajan, y además, existe riesgo hemorrágico.

Los anticoagulantes orales directos han mejorado esta situación, porque presentan menos interacciones y no requieren tantos controles. Sin embargo, una vez más, la incorporación al sistema no avanzó al mismo ritmo que la evidencia científica. Durante años solo estuvieron financiados para una indicación, la fibrilación auricular; y para el resto, el paciente tenía que pagarlos. Ahora ya existen genéricos y alguno de ellos está financiado, pero hemos tardado alrededor de diez años en llegar a esta situación.

Ha hablado de su especial sensibilidad hacia las personas con hemofilia. ¿Recuerda algún paciente que cambiara su manera de entender la especialidad o de ejercer la medicina?

Durante la residencia conocí a personas con hemofilia que habían contraído el VIH o la hepatitis a través de los tratamientos contaminados que recibieron, y fue duro, porque algunas fallecieron. Eso te marca. Por eso tenemos una sensibilidad especial hacia este colectivo. Procuramos escucharlos y reunirnos con ellos para responder a sus demandas, como hacemos también con las personas con trastornos plaquetarios congénitos. Queremos explicarles los avances, pero, sobre todo, saber qué necesitan, cómo podemos ayudarlos y qué mejoras proponen. La hemofilia es una enfermedad rara y atendemos a un colectivo pequeño, de unas cincuenta personas, pero constituye un ejemplo muy claro de medicina humanista. No se

trata de tratar enfermedades, sino de atender a personas que tienen una enfermedad. No basta con abordar la biología y los síntomas; hay que considerar también las dimensiones social, psicológica, laboral y emocional. Antes, nuestro objetivo era que la persona con hemofilia no sangrara. Ahora aspiramos a que tenga la misma calidad de vida que cualquier otra persona: que un niño pueda jugar al fútbol, relacionarse y participar en actividades extraescolares como los demás. La hemofilia ejemplifica la revolución diagnóstica y terapéutica, pero también el humanismo en medicina. El primer anticuerpo monoclonal biespecífico, una tecnología muy utilizada ahora en oncohematología, se aplicó en hemofilia. La terapia génica ya está aprobada y, en Castilla y León, nos hemos reunido con los responsables de la Junta para que una persona que la solicite y cumpla los criterios pueda recibirla. Son tratamientos muy costosos, pero pueden conseguir una curación funcional.



» Entrevista

Algunos sangrados se normalizan y se olvida que puede existir una causa relevante y tratable. Su grupo ha investigado a mujeres con sangrado menstrual abundante. ¿Cuántas mujeres han crecido creyendo que debían soportar algo que, en realidad, podía ser una enfermedad?

Es un trabajo del que nos sentimos muy orgullosos, realizado junto al Servicio de Ginecología, que dirige la Dra. María José Doyagüe, y con las doctoras Tatiana Costas y María Ángeles Cabrero, que próximamente defenderá su tesis sobre este proyecto. El sangrado menstrual abundante es muy frecuente y, a menudo, no se consulta porque se normaliza. Algunas mujeres piensan que es hereditario, porque también le ocurría a su madre; otras lo consideran normal o no consultan por el tabú que todavía rodea la menstruación. Además de asistencia, investigación y docencia, este proyecto nos ha enseñado a divulgar. Hemos acordado una definición sencilla para que cualquier persona pueda reconocer el problema: una mujer puede presentar sangrado menstrual abundante si la regla dura más de siete días, necesita cambiar el producto de higiene menstrual antes de dos horas o expulsa coágulos grandes, aproximadamente del tamaño de una moneda de un euro. En esas circunstancias debe consultar. Hemos organizado jornadas en el IBSAL y difundido esta información en la prensa y en las redes sociales para aumentar la concienciación.

“La investigación en España está muy por encima de los recursos que recibe de la administración”

Gracias a ello han consultado muchas pacientes. Esto supone un gran esfuerzo y una sobrecarga tanto para Ginecología como para nosotros. Volvemos a la misma paradoja: aumentan nuestras capacidades diagnósticas, pero seguimos siendo las mismas personas, con el mismo tiempo y las mismas consultas. Pero hemos sido capaces de diagnosticar a mujeres con alguna enfermedad hemorrágica hereditaria. Así, hemos documentado que en mujeres con sangrado menstrual abundante no estructural puede existir una enfermedad hemorrágica hereditaria en el 30% de los casos. Además, este proyecto ha recibido recientemente el Premio Best in Practice 2026, de la Real Fundación Victoria Eugenia, que reconoce iniciativas innovadoras capaces de generar mejoras tangibles en la calidad asistencial, la experiencia de los pacientes y la eficiencia del sistema sanitario.

Han identificado alteraciones genéticas poco frecuentes mediante secuenciación. ¿Qué significa para una familia ponerle nombre, después de muchos años, a lo que le sucede?

Imagínate una enfermedad genética presente desde el nacimiento que no se diagnostica hasta los treinta o cuarenta años. Muchas de estas enfermedades todavía no tienen cura, pero al menos podemos prevenir complicaciones potencialmente graves. El diagnóstico suele ser recibido con una sensación de alivio, al proporcionar una explicación definitiva a síntomas previamente no filiados y reducir la incertidumbre acumulada tras años de consultas médicas.

Estas enfermedades raras y heterogéneas deben estudiarse en grupos multidisciplinares. Disponemos de un grupo específico de investigación y trabajamos también en red. El Dr. José María Bastida es uno de los coordinadores del Grupo Español de Alteraciones Plaquetarias Congénitas, y esta colaboración nacional permite reunir casos, analizarlos mejor y avanzar en el conocimiento de enfermedades muy infrecuentes.

¿Cuáles son actualmente las principales líneas de investigación de su grupo CARD-02 del IBSAL sobre la patología trombótica y la hemostasia?

Nuestro objetivo es seguir creciendo. Comenzamos como grupo emergente y, tras una auditoría del Instituto de Salud Carlos III, pasamos a ser un grupo consolidado hace años. Ahora queremos afianzar dos líneas principales. La primera aborda las enfermedades hemorrágicas hereditarias, que son enfermedades raras en las que todavía podemos mejorar mucho el diagnóstico. La segunda se centra en la trombosis: su abordaje multidisciplinar, la identificación de patrones clínicos, las bases genéticas de la trombosis y la participación en proyectos y ensayos con nuevos anticoagulantes. Es verdad, que en comparación con países de nuestro entorno, como Italia o el Reino Unido, competimos con una financiación muy inferior. Sus grupos pueden estudiar a miles de pacientes mediante grandes plataformas genómicas, algo difícil de alcanzar con nuestros recursos. Aun así, la investigación española tiene un nivel muy alto y se encuentra muy por encima de los recursos que recibe.

¿La investigación sigue dependiendo en exceso de la vocación y del sacrificio personal?

Sí, aunque también quiero ser optimista. Investigar requiere recursos económicos, pero empieza por observar, analizar lo que haces y revisar las historias clínicas. Recuerdo una



» Entrevista

conferencia del Dr. Juan Rodés en el IBSAL que me marcó. Contó que una de las investigaciones que más satisfacción le había proporcionado fue una de las primeras, realizada sin financiación: utilizó un lápiz y las historias clínicas, registró y analizó los casos de enfermedades hepáticas y encontró patrones y respuestas. Los recursos son imprescindibles. Analizar biomarcadores de coagulación es muy costoso y requiere muchos pacientes. Pero la pregunta clínica está delante de nosotros y puede servir como punto de partida para un estudio piloto.

¿Qué aporta desarrollar esa labor en Salamanca, en un entorno que integra hospital, Universidad e IBSAL?

Me encuentro muy a gusto, quizá precisamente por el ambiente. La infraestructura de la que disponemos desde la inauguración del nuevo hospital también ayuda, pero lo esencial es el entorno de trabajo en el servicio y en la Universidad, y la calidad de los compañeros, tanto de nuestra especialidad como de otras. Colaboramos con muchos, por ejemplo, con Mercedes Sánchez-Barba en el ámbito de la estadística. La fortaleza de un servicio y de una universidad depende de sus personas, son ellas las que permiten trabajar bien, facilitan la colaboración y hacen que los proyectos avancen.

“Cuando un paciente confía en su médico, los resultados, incluidos los psicológicos, son mejores”

Aun con ese entorno favorable, ¿cómo compatibiliza la presión asistencial con la investigación y la docencia?

Con muchos sacrificios. Eso no puedo negarlo.

Como docente, ¿qué intenta transmitir a las nuevas generaciones de médicos que no aparece en los libros?

Lo que no aparece en los libros se aprende en la relación médico-paciente. Un estudiante puede conocer perfectamente una enfermedad si cuenta con un docente que tenga las ideas claras y transmita los conocimientos con pasión, pero los libros no enseñan cómo ganarse la confianza de un paciente, y es fundamental. Se consigue mediante la empatía, comprendiendo lo que la persona está viviendo, pero también con coherencia. Si le dices a un paciente que lo llamarás un día concreto para comunicarle los resultados, tienes que hacerlo. Si le dices que estarás disponible en un determinado momento, debes estarlo. Además, la información se tiene que transmitir con claridad, sencillez y un lenguaje accesible. En mi etapa como vicepresidente del Colegio de Médicos aprendí también el valor esencial de la ética médica: respetar la confidencialidad, la autonomía del paciente y los principios deontológicos que el Colegio debe garantizar. Y debemos aprender a comunicar las noticias, sean buenas o malas, y para ello, hay que ser realistas, no generar falsas expectativas y respetar si el paciente desea conocer toda la información o no. Todo esto se aprende con la práctica y debe trabajarse, aunque vivimos en un sistema tan tensionado que muchas veces no disponemos del tiempo



necesario. Pero cuando un paciente confía en su médico, los resultados globales, incluidos los psicológicos y emocionales, son mejores.

¿Qué admira de las nuevas generaciones de médicos y qué cree que todavía debemos enseñarles mejor?

El nivel académico con el que llegan es altísimo. Sin embargo, esta profesión es profundamente vocacional y exige comprender que atendemos a personas. No basta con dominar todos los conceptos; también es necesaria una verdadera relación con el paciente.

La inteligencia artificial ya está transformando la medicina. ¿Qué está aportando al servicio y, en particular, a la Unidad de Trombosis y Hemostasia?

La inteligencia artificial ha llegado para quedarse. Debemos entenderla como un complemento: no sustituirá al médico, porque no puede realizar por sí sola un juicio clínico, carece de ética y no puede ganarse la confianza del paciente. Bien utilizada, sin embargo, es una ayuda extraordinaria. En Hematología ya la incorporamos al análisis de la secuenciación genómica, que genera enormes cantidades de datos. En un futuro muy cercano, y ya ocurre en algunos hospitales, se incorporará también al diagnóstico de laboratorio. Podrá orientarnos, a partir de la clínica y de los resultados preliminares o de cribado, sobre qué pruebas solicitar y qué posibilidades diagnósticas explorar. Queremos poner en marcha, además, un proyecto de visión artificial de las plaquetas: analizar sus características mediante inteligencia artificial para diferenciar, por ejemplo, una púrpura inmune de un trastorno plaquetario congénito. Aún queda mucho trabajo, porque el sistema necesita muchos datos con los que aprender.

» Entrevista

Los médicos denuncian sobrecarga, falta de tiempo y jornadas prolongadas. ¿Qué diagnóstico hace de la situación actual?

Trabajamos en un sistema muy tensionado y se produce la paradoja de que la medicina vive una edad de oro científica, con avances revolucionarios, pero nuestro sistema sanitario no siempre ofrece el entorno adecuado para aplicarlos. Buena parte de la investigación se realiza fuera del horario laboral gracias al esfuerzo individual y a la vocación, y a ello se suman el exceso de burocracia y la falta de equidad entre comunidades autónomas en el acceso a algunos tratamientos.

¿Hemos romantizado el sacrificio del médico y utilizado la vocación para justificar condiciones laborales inadecuadas?

Totalmente, y eso tiene consecuencias. En una guardia de veinticuatro horas, debemos preguntarnos cómo puede ser la atención al paciente durante la última hora. Se necesita un cambio de gestión que será difícil, pero lo principal es que se escuche a los profesionales. Del mismo modo que hablar con las asociaciones de pacientes permite conocer sus necesidades más allá del pronóstico o el tratamiento, es fundamental que el Ministerio escuche a los médicos y se alcance un acuerdo beneficioso para todo el sistema. La huelga puede interpretarse como un conflicto laboral, pero en realidad es también un síntoma de que el Sistema Nacional de Salud se encuentra tensionado al máximo.

¿Qué le sigue emocionando de ser médico?

Me emocionan situaciones como la que viví hace poco, cuando encontré por la calle, fuera de Salamanca, a un paciente al que habían realizado un trasplante de médula cuando yo era residente. Veintiséis años después, lo vi paseando y estaba fenomenal. Me emociona diagnosticar, después de tantos años, a una familia con enfermedad rara, o poder decir a una adolescente con sangrado menstrual abundante que tiene una enfermedad de von Willebrand, que había pasado inadvertida, pero que podemos tratarla y prevenir sus complicaciones. Lo que continúa emocionándome son los pacientes.

¿Cómo se aprende a convivir con los casos en los que no se puede curar o no se ha llegado a tiempo?

Creo que la vocación es lo que permite continuar, porque todos vivimos momentos muy duros. Cuando un paciente fallece y no hemos podido hacer nada más, supone un golpe, pero debe quedarnos la tranquilidad de haber hecho bien nuestro trabajo, de no haber dejado nada por intentar y de revisar después el caso para valorar si algo podría haberse mejorado. Lo importante es saber que has cumplido con tu deber y que has hecho todo lo posible desde los puntos de vista médico, deontológico y humano.

Después de todo el camino recorrido, ¿de qué se siente más orgulloso?

Al mirar mi trayectoria, me siento orgulloso de haber avanzado paso a paso: terminar la residencia, hacer la tesis y realizar la estancia posdoctoral. Y, en paralelo, formar una familia de la que también me siento muy orgulloso, y a quienes agradezco todo el apoyo, pese al tiempo que les he quitado. Me siento satisfecho del camino recorrido y, sobre todo, de haber intentado ayudar y no crear problemas entre compañeros.



El decálogo

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

Un disco o canción. Cualquiera de Queen, y por decir una actual, *La boca del lobo*, de Carlos Ares.

Una película. *El nombre de la rosa*, de Jean-Jacques Annaud.

Un plato. La paella.

Un defecto. La excesiva paciencia, porque muchos me dicen que no me ayuda nada.

Una virtud. La paciencia también.

Una cualidad que valora en los demás. La generosidad.

Un sueño. Que los médicos logren un Estatuto propio.

Una religión. La católica.

Un chiste. Me encanta escuchar chistes, pero no sabría contar uno.

¿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

Atención Primaria Rural - Sobre el terreno



“Yo me voy cuando acabo”

La Dra. María José González Pimienta recorre cada día unos 200 kilómetros para atender a sus pacientes de Bocacara y Sancti-Spíritus. Defiende la medicina rural como la “más cercana, familiar y comprometida”, pero tiene un precio: jornadas sin hora de salida, guardias, carretera y una gran implicación. Después de 26 años de profesión, asegura que volvería a elegirla «una y mil veces». La pregunta es quién querrá hacerlo cuando su generación ya no esté

Son las nueve de la mañana y ya hay pacientes esperando a la Dra. María José González Pimienta en Bocacara. En la agenda solo aparecen seis nombres para la hora de consulta que tiene asignada en este pequeño pueblo salmantino los lunes y los jueves, pero cuando vuelva a arrancar el coche, más de dos horas y media después, habrá atendido a quince personas y habrá realizado una visita a domicilio.

Aquí la agenda es solo una aproximación a lo que ocurrirá durante el día. Llegan los citados y los que no lo están. Una analítica, un catarro, un dolor de estómago, un golpe en un dedo, la tensión. Se saludan, preguntan por la familia y esperan. “¿Pero está Mari Jose?”. Está. Y hay enfermera. La tranquilidad parece volver inmediatamente al pequeño consultorio.

“Cuando falta Mari Jose, estamos perdidos”, dice una paciente. Durante los diez días de vacaciones de la médica, recuerda, apenas tuvieron consulta. “Es como de la familia”, enfatiza.

Y quizá esa frase explique mejor que ninguna otra lo que vamos a ver durante la jornada. Porque esta médica rural de gran vocación no habla de Bocacara y Sancti-Spíritus como dos lugares a los que viene a trabajar, habla de ellos como si fueran un poco suyos. Y a los pacientes los conoce por el nombre, por

sus enfermedades, por sus hijos y, muchas veces, por aquello que todavía ni siquiera le han contado.

“La medicina rural es la forma más cercana, más familiar y más comprometida”, explica.

La consulta oficial de Bocacara terminaría a las 10.30, pero pasadas las 11.30 horas, María José González Pimienta sigue allí. Después toca carretera hasta Sancti-Spíritus. Allí hay 22 pacientes citados, pero verá a 35. Y es un día tranquilo.

“Yo me voy cuando acabo”. Lo dice varias veces durante el día, y no es una frase hecha, porque llegar a casa a las cuatro, las cinco o las seis de la tarde no es excepcional. Tampoco tener más de 50 pacientes al día. Si alguien llama al consultorio porque tiene fiebre o le duele la barriga, al otro lado no hay un administrativo que decide si queda un hueco en la agenda, porque es ella misma quien coge el teléfono, o la enfermera.

“Yo no puedo decirle a nadie: hoy ya no hay citas disponibles. Es imposible. Y más cuando los conoces”. Ahí está la otra cara de esa cercanía que tanto reivindica. Conocer a quien tienes delante hace mejor, como ella dice, la medicina, pero también hace mucho más difícil cerrar la puerta.

La Dra. María José González Pimienta llegó a Sancti-Spíritus

Atención Primaria Rural - Sobre el terreno

en 2017 como interina. Estuvo cinco años, hasta que aprobó la oposición y tuvo que marcharse, porque aquella plaza tenía propietario. Los vecinos se movilizaron para intentar que se quedara y le hicieron un homenaje que “no olvidará jamás”. No pudo ser. Pasó dos años en Ciudad Rodrigo hasta que tuvo la oportunidad de pedir de nuevo Sancti-Spíritus. Aunque podía haberse acercado a Salamanca, eligió volver: “Era como algo que tenía pendiente y tenía que recuperar. Era volver a casa”.

De hecho, había seguido encontrándose con algunos de sus pacientes durante las guardias en Ciudad Rodrigo, y nunca perdió completamente el contacto. Ahora tiene unas 700 tarjetas sanitarias en Sancti-Spíritus y más de un centenar en Bocacara.

“Es algo habitual tener 70 pacientes en un día”

En septiembre estuvo diez días de vacaciones — solo pueden cogerse los periodos vacacionales por decenas o, como mucho, quincenas—, y aunque podría haber librado el día 9 para unirlo al festivo, decidió trabajar para que sus pacientes no acumularan tantos días sin médico. Ese día atendió a 70 personas, y en su ausencia solo hubo un día de consulta.

“No fue algo extraordinario. Esto es lo habitual. Yo tengo incluso más carga asistencial que cualquier consulta urbana”, reconoce. Cuando ella no está, hay cuestiones que se resuelven en Ciudad Rodrigo, por supuesto, las urgencias, pero otras esperan a que vuelva. Y ahí aparece una palabra que se repite cuando María José habla de faltar a su consulta: la culpa.

Ha ido a trabajar con un esguince y con muletas. Y aunque sabe perfectamente que nadie es imprescindible, y que otro profesional podría hacer su trabajo igual o mejor, “si tú consideras tuya tu consulta, el trabajo va un poco más allá. Más que un trabajo es una forma de vida, y sabes que, si tú no estás, hay muchas cosas que no se hacen”.

La medicina rural también ocurre fuera de la consulta. Hace unos 200 kilómetros diarios, acaba de dejar un coche de cuatro años con 180.000 kilómetros y calcula que gastaba más de 6.000 euros al año en gasóleo, que, por supuesto, salen de su bolsillo. Por eso ha optado por uno eléctrico, ya que tampoco tiene muchas opciones de compartir vehículo: nunca sabe cuándo terminará ni cuándo tendrá que salir hacia un domicilio o atender una urgencia.

“El coche es casi más importante que el fonendo”, bromea. Y el fonendo, por cierto, también es suyo, un precioso regalo en el que tiene grabados los nombres de sus hijos. Como son suyos el otoscopio y otros pequeños materiales que lleva consigo.

En los consultorios, sin embargo, María José considera que ha tenido suerte. Tanto en Bocacara como en Sancti-Spíritus los ayuntamientos han ido respondiendo a sus peticiones y ha logrado que haya la equipación suficiente y necesaria. Ya hay desfibriladores en los dos municipios, e incluso han formado a los vecinos en reanimación cardiopulmonar.

Sin conexión a internet

“Tengo buenos consultorios porque los hemos ido mejorando”, asegura, pero sabe que no ocurre igual en todos los pueblos.

Y aun con buenos consultorios, hay problemas que siguen sin resolverse. En Bocacara la conexión a internet falla continuamente, y si no puede consultar un resultado o renovar una receta, tendrá que hacerlo después desde Sancti-Spíritus. Y también hay días muy duros que no se arreglan con mejor conexión,



Arriba y abajo, fachada e instalaciones del consultorio de Sancti-Espíritus. A la izquierda, la Dra. María José González Pimenta posa con la enfermera en la puerta del consultorio médico de Bocacara antes de la visita a domicilio de una paciente mayor.



Atención Primaria Rural - Sobre el terreno



más material ni una agenda más holgada. María José ha vivido dos paradas cardiorrespiratorias estando sola, sin enfermera. Una ocurrió prácticamente al lado del consultorio, empezó la reanimación desde el primer momento, utilizó el desfibrilador, pero no pudo hacer más. La otra iba precisamente a visitar al paciente al que habían dado de alta del hospital y estaba aparcando cuando salió su hijo a buscarla porque su padre se encontraba en parada. Ninguna terminó bien, y por supuesto, los conocía y les tenía cariño. “Cuando ya ha pasado todo, te montas en el coche y empiezas a llorar desconsoladamente”.

Después hay que seguir. “Esto es como una mochila. Vas cargando, vas cargando y a veces no te queda más remedio que descargar”.

Conoce a todas las personas que faltan, las puede recordar una por una, porque después de nueve años vinculada a estos pueblos, la continuidad asistencial, para ella, no es un concepto teórico. “Me hicieron pruebas en Ginecología porque tenía algo y quedaron en llamarme dentro de un mes. Pero mi médica dijo: ‘no podemos esperar tanto’, e hizo todo lo posible. Cuando me llamaron, yo ya estaba operada y todo. Pero fue por ella, solo por ella”, recuerda una paciente.

Y así es. Se preocupa por resultados pendientes; por diagnósticos que ha tenido que acelerar porque sabía que algo no encajaba; por los mayores que viven solos con hijos que solo regresan en verano e intentan resolver en diez días todo lo ocurrido durante el año; por personas que vuelven de Salamanca del especialista con los informes para preguntarle a ella qué significan...

“Tú eres la que junta todo”, dice. Y eso es, precisamente, la gran esencia olvidada, y a menudo maltratada, de la Medicina Familiar y Comunitaria: no tratar únicamente una enfermedad, sino al enfermo dentro de su comunidad.

La Dra. María José González Pimienta lleva 26 años trabajando como médica de Atención Primaria, casi siempre en el medio rural, y lo ha compatibilizado con cuatro hijos —tres de ellos

estudian Medicina— y con su marido, que también es médico. Ha conciliado con desplazamientos, guardias y años de trabajo en distintos pueblos de Zamora y de Ávila, además de Salamanca. Recuerda épocas en las que conducía embarazada de un lugar a otro y jornadas en las que pensaba que cualquier día podía matarse en la carretera, como así le ha pasado a algunos compañeros, fallecidos por accidente después de una guardia.

Ella tiene cinco guardias al mes, de 17 o 24 horas, y cuando se va de vacaciones, no desaparecen: se hacen las mismas, pero se concentran en menos días.

“Se han aprovechado toda la vida de nuestra vocación”

Entiende, por tanto, que quienes vienen detrás no quieran vivir igual. “Se han aprovechado toda la vida de nuestra vocación”, asegura. Pero no lo dice para renegar de ella. Al contrario, habla con entusiasmo de su profesión. Lo que cuestiona es que la vocación tenga que convertirse en el recurso que cubra todo aquello a lo que no llega la administración y que, a día de hoy, se siga sin poner en valor la medicina rural entre los jóvenes.

Por eso le resulta especialmente esperanzador que ahora tenga una residente a su cargo como tutora por primera vez —hasta 9 en el área de salud de Ciudad Rodrigo, todo un récord—, y también el haber recibido estudiantes de Medicina gracias a un programa de prácticas rurales, a quienes les sorprendió muy gratamente todo lo que se hace en una consulta de pueblo. “La medicina rural puede resultar atractiva cuando se conoce desde dentro, el problema es el desconocimiento”, asegura. “Yo haría una y mil veces Medicina de Familia. Es la más bonita que existe”, añade.

Pasan ya las tres de la tarde en Sancti-Spíritus y hoy ha sido “un día muy, muy tranquilo”, como recalca una y otra vez María José, algo sorprendente teniendo en cuenta que ha visto a 15 pacientes en Bocacara cuando solo había seis citados; después de un domicilio; después de la carretera; después de otros 35 pacien-

Atención Primaria Rural - Sobre el terreno

tes en Sancti-Spíritus; después de las recetas que hace al final del día gracias a un buzón que ha instalado para que los pacientes depositen sus peticiones; y luego otra vez la carretera para volver a casa. Pero se va muy feliz.

Y claramente no cree que la solución pase por alejar al médico de los pueblos. Habla, por poner solo un ejemplo, de esa mujer de 90 años que necesita que le revisen una úlcera, la tensión o la diabetes. “¿Cómo la mueves en un autobús?”, se pregunta, y cree firmemente, que si para una consulta rutinaria muchos mayores tuvieran que desplazarse, sencillamente dejarían de ir al médico hasta encontrarse realmente mal.

“Estos pacientes tienen el mismo derecho”

“Estos pacientes tienen el mismo derecho a poder ir caminando hasta su consultorio y ser atendidos por un especialista en Medicina de Familia que aquellos que viven en la ciudad”, defiende. Pero también sabe que mantenerlo exige profesionales dispuestos a venir. Y ahí aparece la incógnita.

María José volvió a Sancti-Spíritus pudiendo elegir otros destinos. Se paga el coche con el que hace 200 kilómetros diarios. Se queda cuando termina su horario. Coge el teléfono. Ve al que tiene cita y al que no. Persigue una prueba que no llega. Se lleva a casa la muerte de alguien a quien conocía desde hace años. Y al día siguiente vuelve.

No porque crea que tenga que ser así necesariamente, porque insiste en que faltan medios, tiempo y condiciones que permitan ejercer sin depender exclusivamente del sacrificio personal. Pero



ella ama su trabajo y lo transmite, tanto que hasta uno de sus hijos siempre decía que quería ser médico de pueblo. “Ya veremos”, asegura.

Y quizá esta duda contenga la pregunta que queda después de acompañarla durante toda una jornada. María José sabe quién atenderá mañana Bocacara y Sancti-Spíritus, porque a las nueve volverá a haber gente esperándola y ella volverá a entrar por la puerta. Lo que nadie sabe todavía es quién lo hará cuando médicos como ella ya no estén.

El coche, otra herramienta de trabajo

Para María José González Pimienta, el coche es “casi más importante que el fonendo”. No es una exageración. Recorre alrededor de 200 kilómetros diarios para desarrollar su trabajo, y solo en combustible gasta más de 6.000 euros al año, que paga de su bolsillo.

Acaba de cambiar un vehículo con apenas cuatro años por uno eléctrico después de echar cuentas, pero también pensando en la seguridad. Porque conducir no es solo la forma de llegar al consultorio: forma parte de su jornada.

No puede compartir coche, porque nunca sabe exactamente a qué hora terminará, y porque puede necesitar desplazarse en cualquier momento para atender un domicilio o una urgencia en cualquiera de los dos pueblos. A ello se añaden las guardias, unas cinco al mes, de 17 o 24 horas.

María José recuerda épocas en las que enlazaba consultas, pueblos y guardias y pensaba que cualquier día podía sufrir un accidente en la carretera. El cansancio, insiste, también cuenta. En la medicina rural, la distancia no se mide únicamente entre un pueblo y otro. Son horas de vida, kilómetros acumulados y un vehículo particular convertido, por necesidad, en una herramienta más de la consulta.



Atención Primaria Rural - El futuro

El relevo de la medicina rural exige algo más que nuevos médicos

Kilómetros, guardias, dificultades para cubrir ausencias, conciliación y una organización heredada de otra realidad amenazan la viabilidad de la Atención Primaria rural salmantina. Pablo Baz reclama adaptar el modelo a cada territorio, reforzar los medios y devolver a los médicos capacidad de decisión para reorganizar la asistencia

La Dra. María José González Pimienta sabe quién abrirá mañana la consulta de Bocacara y quién estará después en Sancti-Spíritus. Lo que resulta más difícil es saber quién querrá hacer ese mismo recorrido dentro de diez o quince años. La pregunta que deja abierta su jornada se repite, con distintos matices, por buena parte de la provincia. Salamanca combina una población envejecida y dispersa con núcleos próximos a la capital que han crecido y otras zonas alejadas en las que el médico continúa recorriendo numerosos kilómetros para atender pequeños consultorios. Y, sin embargo, según el Dr. Pablo Baz, vocal de Atención Primaria Rural del Colegio de Médicos de Salamanca, la organización no ha evolucionado al mismo ritmo: “Seguimos teniendo las mismas plantillas de los años 90 cuando se abrieron los centros de salud, y vamos camino de 2027”.

Para Baz, médico rural en el centro de salud Periurbana Norte, además de representante colegial, ahí empieza buena parte del problema: intentar responder a una realidad nueva con una estructura demasiado rígida. No se trata únicamente de contar cuántos médicos faltan. En la ecuación entran la dispersión, las guardias, los desplazamientos, la conciliación, la sobrecarga cuando falta un compañero y las dificultades para hacer atractivos determinados destinos.

También las peculiaridades del trabajo. En algunos consultorios, explica, el médico se desplaza solo y asume tareas que en otros entornos se reparten entre diferentes profesionales, como los administrativos o los celadores. “El médico sigue llevando el material a sus consultas y sigue poniendo su coche. Si aparece una urgencia en otro punto de la demarcación, deja la consulta, se desplaza y regresa después para continuar”, explica.

“Seguimos teniendo médicos que hacen muchísimos kilómetros a lo largo del día”, señala Baz, y cita especialmente el entorno de Ciudad Rodrigo, la periferia de Béjar, la Sierra de Francia o Las Arribes del Duero. En algunos momentos del año, añade, el profesional puede recorrer grandes distancias para atender una demanda reducida o no atender a nadie. “Es tener un médico en la carretera, y eso es poco útil”.

Cuando falta un compañero

El equilibrio se vuelve todavía más frágil durante las vacaciones, una baja o cuando una plaza queda sin cubrir. “Tenemos que acumular el trabajo del compañero que se va del pueblo de al lado”. Un problema, como explica Pablo Baz, que se intensifica en verano, cuando la población de determinados municipios aumenta y coinciden las vacaciones de los profesionales.

Para el vocal, esa forma de sostener el sistema también influye en el atractivo de las plazas rurales. Una cosa es elegir Medici-

na Familiar y Comunitaria y otra aceptar un destino alejado, con muchos kilómetros, guardias, dificultades de conciliación y la posibilidad de asumir además la actividad de otros compañeros.

Y no todo el medio rural es igual. “No es lo mismo la zona de Pedrosillo o Calzada, núcleos periféricos a Salamanca, que Fuenteguinaldo”, ejemplifica. Sin embargo, considera que el sistema continúa aplicando soluciones demasiado homogéneas a territorios con poblaciones y necesidades diferentes.

El relevo pasa también por conseguir que los nuevos especialistas quieran quedarse en el medio rural. Y en ese punto, Baz advierte de un serio problema: ante las dificultades para cubrir plazas, se están contratando médicos sin la especialidad vía MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, una práctica que fue extraordinaria en tiempos de la covid-19, pero que la administración ha seguido utilizando.

“La Medicina Familiar y Comunitaria es mucho más que pasar consulta. La especialización es necesaria para desarrollar también prevención, medicina comunitaria, investigación y



Atención Primaria Rural - El futuro

seguimiento continuado de los pacientes”, defiende. Para Baz, el reto es doble: formar especialistas y ofrecerles condiciones que hagan atractivo quedarse en el medio rural, en lugar de cubrir las necesidades de personal con soluciones temporales o con profesionales de otras categorías, o sin la formación reglada y exigida en el sistema sanitario español.

No todo puede ser “café para todos”

Si el diagnóstico apunta a problemas conocidos desde hace años, la pregunta inevitable es si el modelo actual puede sobrevivir sin cambios. Baz no plantea eliminar de manera generalizada los consultorios ni concentrar toda la asistencia en los centros de salud. Su propuesta pasa por algo menos visible, pero más profundo: flexibilizar. “No es café para todos”, dice.

Defiende que sean las características de cada zona —envejecimiento, dispersión, número de niños, inmigración, salud mental, frecuentación o distancias— las que determinen la organización de la asistencia. Y que el profesional que conoce esa población, que es el médico, tenga más capacidad para decidir cuánto y cómo acudir a cada consultorio.

Y esto no significa que todos los recursos tengan que estar disponibles en cada pequeño consultorio, ya que lógicamente determinadas prestaciones deberán permanecer centralizadas, pero sí es fundamental reforzar económicamente y tecnificar la Atención Primaria rural.

Y no se olvida de la prevención, de estudiar de qué enferma una población, de detectar por qué determinadas patologías aparecen con mayor frecuencia en un territorio, de desarrollar medicina comunitaria, docencia e investigación. En definitiva, de conseguir que trabajar en un pueblo no sea visto como un destino al que se llega porque no queda otra opción, sino como un ámbito profesional con posibilidades propias.

El desafío, por tanto, no parece reducirse a encontrar profesionales suficientes para reproducir exactamente la organización que existe hoy. Tampoco de elegir entre mantener todos los consultorios como están o concentrarlos todos. Está en encontrar un modelo capaz de adaptarse a una provincia profundamente desigual en distancias, población y necesidades; garantizar que vivir lejos de Salamanca no implique renunciar a una asistencia cercana; y conseguir que ejercer en esos territorios resulte profesional y personalmente atractivo.

Porque el sistema todavía cuenta con médicos como María José González Pimienta, que cuando termina su horario continúa hasta que sale el último paciente. Pero precisamente ahí está uno de los avisos que dejan ambas historias: el futuro de la Atención Primaria rural no puede descansar únicamente sobre la disponibilidad y la vocación de profesionales dispuestos a hacer siempre un poco más.

“Como no haya cambios, esto no irá a mejor”, advierte Baz, y ya vamos muy tarde.

Sin respuesta de la Gerencia

Para este reportaje, la revista del Colegio de Médicos solicitó al gerente de Atención Primaria de Salamanca, Luis Javier González Elena, conocer la situación actual de la asistencia rural y los planes de la Gerencia para los próximos años.

Se le preguntó por la plantilla y las plazas sin cubrir; las zonas y plazas de difícil cobertura; el número de médicos que trabajan sin la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; las



5 retos en los pueblos

1. ATRAER Y RETENER PROFESIONALES

No basta con cubrir una plaza durante unos meses. El desafío es conseguir que los especialistas jóvenes encuentren estabilidad, condiciones laborales y posibilidades profesionales que hagan atractivo desarrollar su carrera en el medio rural.

2. CUBRIR VACACIONES, BAJAS Y PERMISOS

Cuando no hay sustituto, son los compañeros quienes terminan asumiendo la asistencia. Las acumulaciones permiten mantener la atención, pero trasladan la carga a unas plantillas ya ajustadas y pueden generar jornadas con una elevada presión asistencial.

3. ADAPTAR EL MODELO A CADA TERRITORIO

No tiene las mismas necesidades un municipio próximo a Salamanca que una zona alejada y muy dispersa. Hay que dar mayor capacidad al profesional para organizar frecuencias, agendas y recursos.

4. GARANTIZAR FORMACIÓN ESPECIALIZADA

El Colegio defiende que las dificultades de cobertura no se solucionen recurriendo de manera estructural a médicos sin la especialidad.

5. MÁS MEDIOS E INVERSIÓN EN PRIMARIA

Pablo Baz reclama aumentar el peso de la Atención Primaria en el presupuesto sanitario hasta alcanzar el 25% y que esa inversión se traduzca en recursos reales: más profesionales, personal de apoyo, medios materiales y tecnología.

jubilaciones previstas para los próximos cinco años; la cobertura de vacaciones, bajas y ausencias; la formación y posterior incorporación de los MIR; las medidas para atraer y retener profesionales y los posibles cambios en la organización de la asistencia rural para garantizar su sostenibilidad.

Al cierre de esta edición, la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca no había dado respuesta a estas preguntas.

» Noticias Colegiales



La tasa de mortalidad de los médicos estuvo por debajo de la población general los últimos 20 años

Una investigación identifica el cáncer como principal causa de muerte, seguido de enfermedades del corazón y cerebrovasculares. El estudio persigue integrar estos resultados en las estrategias de salud laboral de los profesionales

La Organización Médica Colegial (OMC) ha presentado el estudio *La mortalidad de los médicos en España: análisis de las causas de muerte durante el periodo 2003-2022*, una investigación realizada en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE) que actualiza el conocimiento sobre la mortalidad en la profesión médica y profundiza en aspectos especialmente relevantes como el suicidio y la salud mental.

Los resultados muestran que la tasa de mortalidad de los médicos se ha mantenido de forma constante por debajo de la registrada en la población general durante el periodo 2003-2022, un patrón compatible con el denominado *healthy worker effect*, asociado a colectivos con características laborales y formativas específicas.

El estudio confirma además que, en el conjunto del periodo 2003-2022, el cáncer constituye la principal causa de muerte tanto entre los médicos

como en la población no médica, seguido por las enfermedades del corazón y cerebrovasculares, que ocupan la segunda y tercera posición en ambos grupos. Estos datos reflejan una estructura de mortalidad similar a la observada en la población general, aunque con tasas globales inferiores en la profesión médica.

El presidente de la OMC, Tomás Cobo, destacó que conocer con precisión cómo mueren los médicos y cuáles son los principales factores de riesgo asociados constituye una información clave para diseñar políticas preventivas eficaces y avanzar en un sistema sanitario más fuerte.

“Nuestro objetivo no es solo conocer la realidad, sino contribuir a transformarla cuando sea necesario, favoreciendo la salud y el bienestar de los profesionales y, en consecuencia, la atención que reciben los pacientes”, señaló el presidente de la OMC. | [ACCEDE AL INFORME COMPLETO](#)

La muertes por suicidio son más elevadas en las mujeres médicas

La mortalidad por suicidio en la población médica se sitúa por debajo de la población general. No obstante, el análisis por sexo y edad permite identificar diferencias de interés. En concreto, mientras que entre los hombres médicos las tasas son inferiores a la población no médica, entre las mujeres médicas más jóvenes (25-34 y 35-44 años), así como entre las de 55-64 años, se observa mortalidad por suicidio superior a la de las mujeres de la población general. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de continuar profundizando en el conocimiento de los factores que pueden influir en la salud mental de los profesionales sanitarios.

» Noticias Colegiales

El Colegio convoca las XV Becas de Formación para programas formativos, estancias o rotaciones

La nueva convocatoria recoge 14 ayudas con dotaciones netas de 600 o 1.200 euros. La presentación de solicitudes será hasta el 30 de diciembre

El Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, en colaboración con la Fundación Mutual Médica, ha convocado 14 becas de apoyo económico para realizar estancias o rotaciones en centros nacionales o internacionales, o para cursar actividades de formación, dentro de la especialidad correspondiente, y con la finalidad de complementar la formación recibida en la vía MIR. El periodo de realización de estas actividades es el comprendido entre el 1 de junio de 2026 y el 31 de mayo de 2027.

La convocatoria está dirigida a médicos colegiados en el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca que hayan finalizado los dos primeros años de residencia, y a médicos especialistas de Salamanca que hayan obtenido el título de médico especialista en los últimos tres años. En total son 14 becas, con las siguientes finalidades:

- Para apoyo a rotaciones en el extranjero de al menos 4 semanas de duración, se establecen dos becas con una dotación cada una de 1.200 euros netos (se

aplicará la fiscalidad vigente).

- Para apoyo a rotaciones nacionales de al menos cuatro semanas de duración: seis becas con una dotación de 600 euros netos cada una.

- Para apoyo a programas de formación complementaria (cursos, másteres, etc.): seis becas con una dotación cada una de 600 euros netos (se aplicará la fiscalidad vigente), dirigidas a cubrir gastos de matrícula o desplazamiento motivados por la realización de programas de formación complementaria (cursos, másteres, etc.).

El plazo de presentación de solicitudes será el comprendido el 1 de octubre y el 30 de diciembre de 2026. El plazo de presentación para completar la documentación solicitada será el comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 2027. La resolución de la convocatoria se publicará en la página web y en el tablón de anuncios del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Salamanca a partir del 15 de febrero de 2027. | [CONSULTA LAS BASES SOLICITUD Y AUTOEVALUACIÓN](#)



Confirmado Ángel Luis Montejo como jefe del Servicio de Psiquiatría

La Gerencia Regional de Salud ha nombrado a Ángel Luis Montejo González jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, según publicó el Bocyl el 29 de julio. El nombramiento tendrá una duración máxima de cuatro años. La designación llega después de que la anterior resolución de 2024 fuera impugnada y anulada judicialmente, lo que obligó a cumplir la sentencia y realizar una nueva valoración de méritos, ahora resuelta.

Salamanca alcanzará las 107 plazas MIR en 2027

El Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó el 10 de agosto la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas para el acceso en 2027 a plazas de formación sanitaria especializada. En el conjunto de España salen a concurso 9.676 plazas de Medicina, frente a las 9.276 de la convocatoria anterior. En Salamanca la especialización hospitalaria contará con 5 plazas más, 89, frente a las 84 de la anterior convocatoria. Medicina Familiar y Comunitaria mantiene las mismas 18 plazas.

Félix Lorente ingresa en la Real Academia de Medicina de Salamanca

El doctor Félix Lorente Toledano, catedrático jubilado de Pediatría y ex jefe del Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Salamanca, ingresó el pasado 17 de septiembre en la Real Academia de Medicina de Salamanca como nuevo académico de Número. Durante el acto de incorporación, que se celebró en el Paraninfo de las Escuelas Mayores de la Universidad de Salamanca, pronunció el discurso titulado *La Pediatría de ayer y de hoy*. Contestó al nuevo académico el doctor Juan Jesús Cruz Hernández.



» Noticias Colegiales



Los médicos convocan una huelga indefinida a partir del 28 de octubre

Los sindicatos intensifican las movilizaciones contra el proyecto de Estatuto Marco y reclaman al Ministerio de Sanidad una negociación específica

Los sindicatos médicos y facultativos han anunciado una huelga indefinida en todo el Sistema Nacional de Salud a partir del miércoles 28 de octubre, como respuesta a la falta de avances en el conflicto por el nuevo Estatuto Marco con el Ministerio de Sanidad.

La decisión llega después de meses de movilizaciones y paros, que desde febrero han incluido semanas de huelga. Las organizaciones consideran que no se han producido avances suficientes para resolver las principales reivindicaciones del colectivo.

El Comité de Huelga está integrado por CESM, Sindicato Médico Andaluz (SMA), Metges de Catalunya (MC), AMYTS, Sindicato Médico de Euskadi (SME) y O'MEGA, organizaciones que han coordinado las movilizaciones estas contra la reforma.

El conflicto se centra en el proyecto de Estatuto Marco, que regulará las condiciones laborales del personal sanitario. Los sindicatos critican la posición mantenida por Sanidad y consideran que las particularidades de médicos y facultativos no están suficientemente

reconocidas. Entre sus principales reivindicaciones figuran un ámbito propio de negociación, la jornada de 35 horas, cambios en las guardias y descansos, una clasificación profesional acorde con la formación y responsabilidad y mejoras en las condiciones de jubilación.

Los sindicatos sostienen que estas demandas buscan reconocer las singularidades del ejercicio médico y reclaman que cualquier reforma que afecte directamente a sus condiciones laborales sea negociada con los representantes específicos de médicos y facultativos.

Ámbito parlamentario

Además de las movilizaciones, CESM ha anunciado que continuará trasladando todas sus reivindicaciones al ámbito parlamentario durante la tramitación del Estatuto Marco, después de considerar agotada la interlocución mantenida hasta ahora con el Ministerio de Sanidad.

Aun así, las organizaciones mantienen abierto el conflicto y la posibilidad de negociación antes del 28 de octubre.

La RAMSA convoca sus ayudas y premios científicos con una dotación de 15.500 €

La Real Academia de Medicina de Salamanca ha convocado sus Premios Científicos y Ayudas para 2026 integrada por un total de doce galardones y una ayuda que suman 15.500 euros:

- Premio Real Academia de Medicina de Salamanca a trabajos científicos publicados en 2025/2026: 2.000 euros.
- Premio Real Academia de Medicina de Salamanca a investigadores jóvenes: 1.000 euros.
- Premio Colegio Oficial de Médicos de Salamanca-Real Academia de Medicina de Salamanca a la trayectoria MIR: 1.000 euros.
- Premio Colegio Oficial de Médicos de Salamanca-Real Academia de Medicina de Salamanca en investigación en AP: 1.000 euros.
- Premio Colegio Oficial de Médicos de Segovia-Real Academia de Medicina: 1.000 euros.
- Premio Colegio Oficial de Médicos de Zamora-Real Academia de Medicina: 1.000 euros.
- Premio Colegio Oficial de Médicos de Ávila-Real Academia de Medicina de Salamanca 1.000 euros.
- Premio Colegio Oficial de Médicos de Cáceres-Real Academia de Medicina: 1.000 euros.
- Premio Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca-Real Academia de Medicina de Salamanca: 500 euros.
- Premio AECC de Salamanca-Real Academia de Medicina: 1.000 euros.
- Premio Hospital Universitario de Salamanca-Real Academia de Medicina: 1.000 euros.
- Premio IBSAL-Real Academia de Medicina: 1.000 euros
- Ayuda para estancia sobre cáncer en centros de investigación: hasta 3.000 euros. | [CONSULTA LAS BASES](#)

» Noticias Colegiales

La FPSOMC ayuda con 155.000 € a 34 beneficiarios en Salamanca

La Fundación de todos los médicos refuerza su compromiso con la profesión con 2.414 prestaciones a nivel nacional y un desembolso de 13,5 millones

Desde hace más de un siglo, la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) apoya y cuida a los médicos y sus familias en momentos difíciles, garantizando su bienestar y protección cuando más lo necesitan.

En 2025 se destinaron a nivel nacional casi 13,5 millones de euros al total de las 2.414 ayudas gestionadas. En Salamanca se gestionaron una media de 26 prestaciones al mes y se concedieron un total de 155.323 euros (unos 13.000 €/mes) a un total de 34 beneficiarios.

Por tipos de apoyos, la principal partida, con 85.585,56 euros, se destinó a ayudas asistenciales, dirigidas a médicos y familiares sin recursos. Los beneficiarios de este grupo son: médicos jubilados y/o discapacitados; huérfanos discapacitados mayores de 21 años y apoyos a la familia y tratamientos especiales. Una media mensual de 14 personas reciben prestaciones mensuales.

El segundo gran grupo de ayudas, que sumó 30.173,03 euros en 2025, son las prestaciones educacionales. Por una parte, las ayudas mensuales dirigidas a huérfanos menores de 21 años, que tuvieron una media de 4 beneficiarios al mes, con un importe mensual de 387



euros. En el apartado educacional hay que sumar también la concesión de 3 becas de estudios superiores dotadas con 3.830 euros cada una.

El otro grupo fueron las prestaciones para la conciliación de la vida personal, familiar y profesional. Doce médicos o familiares se beneficiaron de la ayuda mensual (hasta un máximo de 523 euros) destinada a cubrir el coste que origina la estancia en un centro residencial para personas mayores en situación de dependencia. | [CATÁLOGO DE PRESTACIONES](#)

Nueva edición del programa para un envejecimiento activo de MEVEFARES

La Fundación MEVEFARES, integrada por los Colegios oficiales de Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos y de Estomatólogos/Dentistas de Salamanca, pone a disposición de los colegiados de los cuatro colectivos una nueva edición del programa *Tu Colegio te activa*, integrado por actividades de envejecimiento activo dirigidas a mejorar la calidad de vida de los mayores, como pueden ser el yoga, pilates, baile, talleres de memoria, talleres

de independencia digital o inglés.

Los objetivos propuestos son desarrollar hábitos y prácticas saludables; mejorar y mantener las mejores condiciones físicas y psíquicas; potenciar el autocuidado, la autonomía y la seguridad en el hogar; promover la estimulación cognitiva; Y estimular la adquisición de habilidades y competencias que contribuyan al bienestar físico y psicológico. | [CONSULTA TODA LA INFO AQUÍ](#)

También fue noticia...

✓ [En recuerdo de los últimos compañeros fallecidos](#)

✓ [Disponible la app Médicos de Salamanca: carné de colegiado digital, realización de trámites, agenda, notificaciones...](#)

✓ [Relación definitiva de admitidos y excluidos para la acreditación y reacreditación de tutores de FSE de Sacyl \(2025\)](#)

✓ [Relación provisional de admitidos para trabajar en la Administración de Castilla y León como médicos de Medicina del Trabajo o Empresa a segunda convocatoria para fidelización de residentes](#)

✓ [Ya disponible la Lotería Navidad 2026 Colegio de Médicos de Salamanca](#)

✓ [Premios Real Academia Nacional de Medicina de España 2026](#)

✓ [Cambios en las demarcaciones asistenciales médicas y de enfermería de Salamanca](#)

Accede 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'

VOCABLOS NOVEDOSOS

Naprotecnología



Aunque se habla poco de ello, la Iglesia católica —que defiende el carácter sagrado del matrimonio como íntima comunidad de vida y amor de naturaleza unitiva y procreadora, creado por Dios y, en consecuencia, regido por sus leyes— sigue considerando inmorales la mayoría de las técnicas habituales de reproducción asistida: inseminación artificial; donación de óvulos o de semen; fecundación *in vitro*; inyección intracitoplásmica de espermatozoides; selección de ovocitos o de embriones; cultivo, crioconservación, transferencia o eliminación de embriones. En unos casos, porque los métodos empleados reemplazan el acto conyugal o lo violan con la presencia de terceros; en otros casos, por tratarse de métodos artificiales o incompatibles con la dignidad de la personita concebida, o que ocasionan su muerte intencionada. El matrimonio no confiere a los cónyuges el derecho a tener un hijo, sino solamente el derecho a llevar a cabo los actos naturales que de suyo vayan encaminados a la procreación.

Ello no quiere decir, sin embargo, que la Iglesia se oponga a toda técnica de tratamiento de la esterilidad o infertilidad. Según la Instrucción *Dignitas Personae* sobre algunas cuestiones de bioética, publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe en 2008, «Son [...] admisibles las técnicas que se configuran como

una ayuda al acto conyugal y a su fecundidad. La Instrucción *Donum vitæ* se expresa en este modo: “El médico está al servicio de la persona y de la procreación humana: no le corresponde la facultad de disponer o decidir sobre ellas. El acto médico es respetuoso de la dignidad de las personas cuando se dirige a ayudar al acto conyugal, ya sea para facilitar su realización, o para que el acto normalmente realizado consiga su fin”.

Se explica así el éxito que, entre los matrimonios católicos más tradicionales, vienen cosechando en España, desde hace cosa de siete años, las técnicas naprotecnológicas de fecundación *in vivo* por métodos exclusivamente naturales en el seno de la pareja. Pero ¿y el nombre que recibe? ¿Se han preguntado alguna vez de dónde viene el término **naprotecnología**?

A primera oída suena a griego, pero no. Desarrollada a partir de 1985 por el ginecólogo Thomas Hilgers y su equipo en el Instituto Pablo VI (hoy San Pablo VI) para el Estudio de la Reproducción Humana, en Omaha (Nebraska, EE.UU.), la naprotecnología toma su nombre del inglés *NaProTechnology*, formado por acronimia de *natural procreative technology* (tecnología de procreación natural). Y busca abiertamente ser eso mismo: un proceso natural de optimización de la fecundidad que evita la fecundación *in vitro* y la destrucción de embriones.

» Palabra de médico

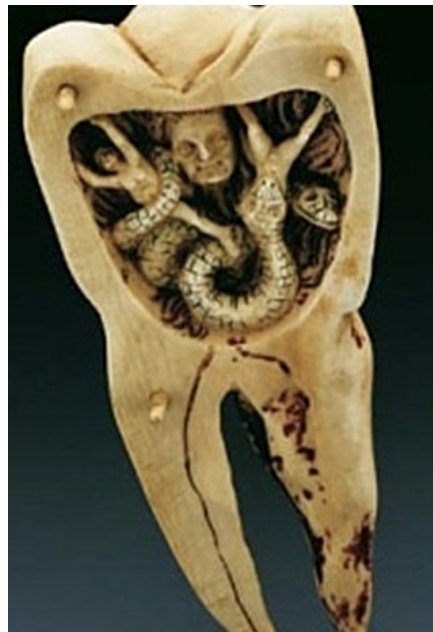
VOCABLOS OLVIDADOS

Neguijón

Creo no equivocarme al suponer que pocos lectores de *Salamanca Médica* sabrían decirme qué cosa es un neguijón, vocablo médico que nuestros colegas de hace cuatro siglos usaban con toda soltura.

No es grave esta ignorancia en un médico de nuestra era, pues el término ‘neguijón’ designa un concepto etiopatogénico ampliamente superado en patología dental. Confieso, de hecho, que yo mismo desconocía la palabra hasta que leí una novelita ambientada en las ciudades de Sevilla y Lima allá por los albores del siglo XVII y escrita por un tocayo mío —el escritor peruano Fernando Iwasaki—, que llevaba por título, precisamente, *Neguijón* (Madrid: Alfaguara, 2005).

Según una creencia antiquísima, que algunos hacen remontar hasta asirios y sumerios, durante más de dos mil años los médicos antiguos



atribuyeron la caries a un gusano que anidaba en el interior de las piezas dentales, se nutría de su meollo y las iba carcomiendo y corroyendo lentamente, en un proceso que nuestros colegas de antaño consideraban causa directa del atroz dolor de muelas. Y a ese asqueroso gusanejo es a lo que llamaban **neguijón**, voz castellana derivada del latín *nigellus*, diminutivo de *niger* (negro), por el desagradable color de las cavidades negruzcas tan características de la caries.

En la medicina europea, la creencia generalizada en estos neguijones responsables de la caries tardó en desaparecer por completo hasta bien entrado el siglo XVIII, tras la publicación en París de la obra en dos volúmenes *Le chirurgien dentiste ou traité des dents* (1728), del cirujano francés Pierre Fauchard, que marca el nacimiento de la odontología moderna.

¿DE DÓNDE VIENE?

Kernícterus

He hecho la prueba, en repetidas ocasiones, y siempre con idéntico resultado. Cada vez que pregunto a un médico español de dónde cree que nos vino esta sonora palabra, **kernícterus**, obtengo la misma respuesta: «¿Del griego?». Debe de ser, creo, por esa *k* inicial, tan característica de las palabras griegas.

Pero no; *kernícterus* no es voz griega, sino un tecnicismo médico que tomamos directamente del alemán; más concretamente, de la palabra *Kern*, que significa ‘hueso’ (de una fruta), ‘pipita’, ‘pipa’ o ‘semilla’, así como ‘núcleo’ de una célula o de un átomo (obsérvese la semejanza con el inglés *kernel* y su doble significado de ‘almendra’ y ‘núcleo’).

En su sentido de ‘núcleo atómico’, el alemán *Kern* entra en la composición de varios compuestos de uso frecuente en la actualidad, como *Kernenergie* (energía nuclear), *Kernkraftwerk* (central nuclear), *Kernphysik* (física nuclear) y *Kernwaffen* (armas atómicas). Pero en medicina lo veremos usado con más

frecuencia en su sentido anatómico, para designar los núcleos del sistema nervioso central.

En la época heroica de la medicina germana —de 1850 a 1915, aproximadamente—, Alemania sola realizaba más avances científicos y médicos que todos los demás países del mundo juntos. Muchos descubrimientos y nuevos conceptos acuñados en esa época se tomaron directamente de las revistas alemanas, a menudo con la incorporación de flagrantes germanismos. Tal fue el caso de **Kernikterus** —con *Ikterus*, forma germanizada del latín *icterus*, este a su vez del griego hipocrático *ikteros* (ictericia)— para referirse a la lesión de los núcleos basales del cerebro causada por la ictericia neonatal. Este germanolatinismo pasó al inglés, donde se conserva con la grafía **kernicterus** (el latinismo *icterus* es el nombre técnico que dan en inglés habitualmente a la ictericia), que suele imitarse en las traducciones al español, a pesar de que muy bien podríamos decir, castizamente, **ictericia nuclear**.

» Desde la RAMSA

Por María Isidoro García

*Académica Correspondiente de la RAMSA**

Salamanca, referente en la investigación de las enfermedades raras

La unidad DiERCyL ha atendido ya a más de 9 000 pacientes, logrando que la edad media de los niños que se diagnostican en Castilla y León haya descendido de los 11 a los 5 años



En una primera reflexión sobre la situación de la investigación de las enfermedades raras (ER) en Salamanca, es necesario considerar la visión del paciente como punto de partida para su abordaje. Desde esa perspectiva, el planteamiento inicial debería ser considerar las expectativas de las personas con enfermedades raras y sin diagnóstico (ER-SD) y de sus familias respecto de la cobertura. Más allá de los avances científicos, los pacientes buscan respuestas que les permitan mejorar directamente su calidad de vida, lo cual, indefectiblemente, está ligado a una reducción de la incertidumbre asociada a esas enfermedades.

Por supuesto, en un lugar preeminente se encuentra la búsqueda de un diagnóstico más rápido y preciso, que acorte la denominada odisea diagnóstica: una peregrinación por distintos profesionales, especialidades e incluso hospitales que añade importantes complicaciones logísticas al sufrimiento inherente a la enfermedad. El modo en que la investigación desarrollada en Salamanca ha respondido a esta expectativa pone de manifiesto el enorme esfuerzo de nuestros profesionales.

Salamanca se ha convertido en el centro de referencia en el diagnóstico avanzado de ER en Castilla y León y uno de los faros hacia los que mira la actividad asistencial de toda España. Este proceso tiene una historia apasionante que comienza cuando

las madres de dos niños con ER se dirigieron a nuestro hospital para solicitar apoyo que les permitiera afrontar las enormes dificultades asistenciales que atravesaban. Fue en ese momento cuando adquirí un compromiso personal, compartido con el entonces jefe de servicio de Pediatría, el **Dr. Félix Lorente**, que comenzó con el análisis de las causas que complicaban aún más unos diagnósticos ya de por sí complejos. No se debe olvidar que el escasísimo número de pacientes afectados de cada una de estas más de 8 000 enfermedades constituye la principal razón por la que se dispone de un conocimiento limitado sobre ellas y convierte su abordaje en un auténtico ejercicio de investigación traslacional, siendo uno de los retos sanitarios más complicados. Comenzamos entonces a elaborar una vía clínica que permitiera detectar las principales barreras, despejar el camino asistencial para, al poco tiempo, descubrir que la citada estrategia de una vía clínica era claramente insuficiente. La implicación de más de 100 profesionales, solo en el área de salud de Salamanca, hacía necesaria una estrategia de mayor calado.

Nos planteamos, así, una guía de gestión que igualmente terminó por revelarse insuficiente, dada la enorme dimensión del problema sanitario, por lo que finalmente desembocamos en un modelo autonómico. Este modelo culminó en la creación de la unidad de referencia DiERCyL, actualmente integrada por

» Desde la RAMSA



Real Academia de Medicina de Salamanca

cientos de profesionales de todas las áreas de la salud de Castilla y León, del ámbito clínico y de laboratorio, tanto desde la perspectiva de la atención hospitalaria como de la atención primaria que desempeña una labor ciertamente relevante en la asistencia de estos pacientes. En su creación participó también el posterior jefe de servicio de Pediatría del Hospital de Salamanca, el **Dr. Pedro Gómez de Quero**, así como los equipos directivos existentes en aquel momento, contando además con el decidido apoyo de la Consejería de Sanidad y de las direcciones generales implicadas.

Desde su creación, bajo la coordinación clínica del **Dr. Pablo Prieto** y de laboratorio de la **Dra. Belén García Berrocal**, y junto con sus correspondientes equipos profesionales, llevamos atendidos en la unidad más de 9 000 pacientes, habiendo conseguido que la edad media de los niños que se diagnostican de estas enfermedades en Castilla y León haya descendido de los 11 a los 5 años. Aún más, en la actualidad, el 30 % de las ER se diagnostican en nuestro centro antes de los 3 años. Este éxito se basa no solo en la excelencia de los profesionales que la componen, tanto clínicos como de laboratorio, y en su estrecha colaboración en el proceso diagnóstico, sino también en la disponibilidad de tecnología innovadora de elevada complejidad. En Castilla y León disponemos del primer secuenciador masivo de genoma completo dedicado a la asistencia lo que convierte a nuestro hospital en el primer centro nacional que dispone de esta prestación en la cartera de servicios. En la actualidad, el estudio del genoma constituye para nosotros la primera línea de abordaje, lo que incrementa enormemente la tasa de éxito y velocidad diagnóstica.

Avances en terapia celular y génica

Otro de los aspectos que los pacientes esperan con gran ansiedad es la búsqueda de terapias eficaces. Una de las mayores esperanzas de los afectados es que la investigación en este campo conduzca al desarrollo de tratamientos que permitan controlar y, en su caso, frenar o incluso curar la enfermedad, objetivo claramente complejo, ya que, en estas enfermedades, desafortunadamente, aún no se han encontrado enfoques curativos en una proporción relevante. Sin embargo, los grandes avances en la terapia celular y génica están suponiendo una gran revolución. En ese sentido, Salamanca ha participado de forma notable en el desarrollo del Plan de Terapias Avanzadas, impulsado por la Dirección General de Planificación, con la colaboración del **Dr. Fermín Sánchez-Guijo**. Nuestro hospital dispone, a su vez, de una Unidad de Terapia Celular fundada por la **Dra. Consuelo del Cañizo**.

Pero, en realidad, una de las principales expectativas de nuestros pacientes es la mejora de la calidad de vida; no esperan únicamente un tratamiento más eficaz, sino que confían en que la investigación contribuya a reducir el número y la intensidad de los síntomas. No olvidemos que suelen ser enfermedades que conllevan afectación multiorgánica en una gran proporción de los casos. Se precisa generar conocimiento sobre la evolución natural de la enfermedad que permita identificar biomarcadores de seguimiento, de modo que la investigación contribuya a retrasar su progresión, disminuir las complicaciones e incrementar su autonomía. Se requieren medidas de intervención rehabilitadora y de apoyo que permitan mejorar el bienestar físico y psicológico de los pacientes, así como su integración educativa, social y laboral. De nuevo, Salamanca desempeña un papel extraordinariamente relevante a través de la Dirección Científica del Plan



Integral de ER de Castilla y León (PiERCyL). En este plan, impulsado por la Consejería de Sanidad de la mano del actual consejero, el **Dr. Alejandro Vázquez**, a través de la Dirección General de Planificación, han participado, con un carácter integrador, las consejerías de Educación, de Familia e Igualdad de Oportunidades y de Empleo e Industria. Su materialización en el ámbito del adulto en Salamanca se constata a través del PiERSal, liderado por la **Dra. María Luisa Pérez García**, que, con el apoyo de un importante equipo de profesionales de múltiples especialidades y la dirección del hospital, está proporcionando un enorme impulso a la atención sanitaria de los pacientes adultos con ER.

Muchas de las enfermedades raras tienen una base genética específica que caracteriza la enfermedad y la evolución de cada paciente. Una misma enfermedad no se manifiesta de la misma manera en todos los pacientes, incluso cuando comparten la misma base genética. Los pacientes no solo esperan que la investigación genere conocimiento sobre la enfermedad, sino sobre cómo la enfermedad se manifiesta en un individuo en concreto, por lo que resulta esencial adaptar la asistencia sanitaria a las características específicas de cada paciente. Esto es lo que denominamos medicina personalizada, a la que el empleo de tecnología de alto rendimiento vuelve aún más precisa. Surge así la denominada medicina personalizada de precisión (MPP).

En este ámbito, destaca también Salamanca a través de la Dirección Científica del Plan Estratégico de Medicina de Precisión de Castilla y León (PEMPCyL), uno de los escasos planes publicados en España y, probablemente, el más completo. Un plan que impulsa el desarrollo de una medicina que permite diseñar herramientas diagnósticas específicas en áreas como la cardiología de precisión, iniciada por el **Dr. Cándido Martín Luengo** e implementada con éxito por el **Dr. Pedro Luis Sánchez**, mediante la creación, junto con el servicio de Laboratorio Clínico, del CSUR de cardiopatías familiares. Destaca también la alergología de precisión, liderada por el **Dr. Ignacio Dávila**, presidente de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica y

» Desde la RAMSA



Real Academia de Medicina de Salamanca

editor del primer libro internacional sobre este tema, así como la psiquiatría de precisión, liderada por los **Dres. Manuel Franco y Jesús Sánchez Pérez-Toledo**, o la oncopatología de precisión por los **Dres. Juan Jesús Cruz, Dolores Ludeña y Mar Abad**. Esta MPP se centra en la búsqueda y el tratamiento adaptados a cada paciente, lo que incrementa su eficacia al permitir la selección de los tratamientos con mayores probabilidades de éxito.

En este sentido, otro de los grandes objetivos, por tanto, ha sido incrementar la seguridad de la prescripción, disminuyendo así los efectos adversos. En Salamanca hemos diseñado un modelo farmacogenético específico, de innovación internacional, 5SPM (5 pasos en medicina de precisión), que permite analizar los marcadores genéticos de respuesta al tratamiento junto con la prescripción completa del paciente en condiciones de práctica clínica habitual. Hasta el momento, los modelos y los consensos internacionales, así como las agencias reguladoras, solo proporcionan información sobre la interacción entre pares o, como mucho, entre ternas de fármacos, pero nuestro modelo permite analizar simultáneamente toda la medicación prescrita. Este modelo ha recibido varios reconocimientos, entre ellos el del Congreso de los Diputados. Destaca el enorme papel desempeñado por el equipo de Farmacogenética y Medicina de Precisión del servicio de Laboratorio Clínico de nuestro hospital y por la Dirección General de Salud Digital, que han permitido la integración innovadora de la inteligencia artificial en el modelo.

Equidad asistencial

Pero si algo reclaman con intensidad los pacientes con ER-SD es acceder a una asistencia sanitaria equitativa. Esperan que los descubrimientos lleguen realmente a la práctica clínica a través de una investigación claramente traslacional que lleve los avances al pie del paciente y que este pueda beneficiarse de ellos con independencia de su lugar de residencia. El objetivo es poner fin al peregrinaje comentado y a las desigualdades asistenciales. Para ello se precisa trabajar previamente en equipo a través de las distintas estructuras regionales y nacionales.

Desde Salamanca colaboramos también en estas iniciativas, asesorando al Ministerio de Sanidad en el desarrollo de la cartera nacional de servicios de genómica tanto en la identificación de marcadores como en su implementación, con el objeto de que en todas las comunidades autónomas se ofrezcan las mismas prestaciones a estos pacientes. Participamos también en el desarrollo de una biblioteca de variantes común para todo el país, a través de la iniciativa SiGenES. En Castilla y León se traduce en el proyecto GenCyL, que implica la creación de un Big Data genómico para toda nuestra región, gracias al enorme trabajo de Salud Digital. Participamos también en varios proyectos de integración nacional para el abordaje de las ER como Únicas.

Para mejorar el conocimiento de las ER se precisa indagar con mayor profundidad en las posibles causas y en los meca-

nismos biológicos, tanto celulares como moleculares, creando modelos experimentales que surgen en el ámbito de la investigación básica, transitan por la investigación traslacional hasta materializarse en forma de herramientas diagnósticas, como es el caso de la investigación transferencial. En ese sentido, resulta esencial el papel desempeñado por todos los grupos de investigación tanto del hospital como del CSIC o de la Universidad de Salamanca; cabe destacar el del grupo liderado por el **Dr. Rogelio González Sarmiento**. En este contexto, el IBSAL, actualmente dirigido por el **Dr. Luis García Ortiz**, ha promovido la colaboración de investigadores de orígenes diversos en el estudio de las ER. Pero no solo destaca el papel del IBSAL a nivel local, sino también en el impulso de proyectos nacionales: participamos de forma relevante en la iniciativa IMPACT como plataforma de investigación de ER, coordinamos el proyecto BioFram para la implementación de la farmacogenómica en España y podemos destacar también el proyecto MedPerDC de Medicina Personalizada en la detección precoz del deterioro cognitivo. A nivel internacional, el IBSAL es líder en el desarrollo de ensayos clínicos y en importantes proyectos europeos como el proyecto Harmony, dirigido por el **Dr. Jesús María Hernández Rivas**. Destaca también nuestro liderazgo directo en la generación del consorcio europeo Nexus-RD, en el que también participan los doctores **Pablo Prieto** y **Jesús Lacal** con un enfoque holístico multiómico, enfocado en el empleo de tecnología de alta complejidad, modelos celulares y aproximación bioinformática reforzada con IA. Finalmente, colideramos además el proyecto 1 Millón de Genomas en el área farmacogenómica en España.

En definitiva, los pacientes con ER-SD buscan esperanza para sí mismos y para las generaciones futuras. Muchas de estas

enfermedades tienen carácter hereditario, por lo que confían en que los avances científicos mejoren el consejo genético, el diagnóstico precoz y el pronóstico, y ofrezcan oportunidades terapéuticas para sus hijos y familiares de riesgo, hacia una atención más temprana. La investigación no es solo una actividad científica, sino también una oportunidad para reducir la incertidumbre y avanzar hacia una medicina más precisa y personalizada. Tenemos ante nosotros una nueva frontera: el gran reto de transformar en conocimiento la enorme cantidad de información que generan las nuevas tecnologías y que este conocimiento pueda plasmarse en resultados reales de mejora de la práctica clínica. En Salamanca estamos muy orgullosos de poder contribuir a mejorar este espectro investigador y asistencial, y lograr grandes avances para nuestros pacientes.

* La Dra. María Isidoro García es directora científica del Plan Integral de Enfermedades Raras y del Plan Estratégico de Medicina de Precisión de Castilla y León y jefe de servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Universitario de Salamanca



» Medicina para todos

Por Iluminado Oliva



Encorvados o espondiloartrosis. Prevención

Las deformidades de la columna aumentan con la edad, pero también están relacionadas con hábitos posturales y sedentarismo. Prevenir las requiere cuidar la postura desde la juventud, fortalecer la musculatura y mantener una vida activa

La espondiloartrosis (espondilo: columna vertebral) es una degeneración y desgaste de los cartílagos y los discos de este órgano.

Es sorprendente la cantidad de personas, sobre todo de edad avanzada, con deformidades vertebrales.

¿Por qué se producen?

- La cifosis —arqueamiento redondeado de la espalda, también llamada giba o chepa—, la lordosis —curvado hacia adentro de la columna— y la escoliosis —curvado hacia los lados— son un hecho cada vez más frecuente. El aumento de la supervivencia en nuestras sociedades es un factor, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Con los años, las articulaciones van perdiendo movilidad, elasticidad, se desgastan (artrosis), y también los discos intervertebrales.

- Hay varias patologías que favorecen este fenómeno: las artritis de muy diferentes causas, los traumatismos, alteraciones congénitas, la osteoporosis (formación de poros, descalcificación de los huesos y pérdida de densidad), la sobrecarga, etc. Pero en otros casos son posturales: hábitos inadecuados, caminar encorvados por comodidad, como ocurre, por ejemplo, con las personas sordas, para oír mejor a los otros.

El diagnóstico es habitualmente sencillo: nada más ver las posturas, pueden ayudar las radiografías, tomografías o la resonancia magnética, sobre todo para conocer las lesiones nerviosas que produzca el encorvamiento.

Son muchas las patologías que puede acarrear: alteración estética, dolores vertebrales, alteraciones respiratorias (peor ventilación pulmonar), dificultad para caminar, tromboembolias venosas, etc. En los casos más avanzados, incluso puede ser invalidante, impidiendo total o parcialmente la marcha.

Las terapias son muy variadas: tratar las artritis del tipo que sean cuando estas sean la causa, fisioterapia, colocar corsés, analgésicos, calor seco sobre las zonas doloridas, etc. En algunos casos necesita cirugía.

PREVENCIÓN: En varios casos la espondiloartrosis se puede evitar: cuidar la postura desde la juventud, procurar caminar erguidos, realizar ejercicios para enderezar la columna y fortalecer la musculatura, andar “como los soldados”, fisioterapia, natación, evitar el sedentarismo, etc. Puede ayudar a los afectados el marchar con un palo o bastón rígido detrás de los hombros recogido con los brazos, para, poco a poco, ir enderezando la columna.



» 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)

Selección de cuatro avances científicos no médicos publicados entre el 21 de mayo y el 21 de agosto de 2026, elegidos por su novedad, solidez, trascendencia y capacidad para ampliar la cultura científica de un lector no especialista

El agua no es un solo líquido: aparecen dos estructuras que se transforman entre sí

El agua presenta anomalías conocidas —se expande al congelarse y alcanza su máxima densidad cerca de 4 °C— que desde hace décadas alimentan una hipótesis: el líquido podría adoptar dos organizaciones microscópicas distintas. Observarlas es difícil porque se distinguen mejor en agua profundamente sobreenfriada, una región en la que la cristalización interfiere rápidamente.

Liwen Li y sus colaboradores analizaron simulaciones masivas del modelo TIP4P/Ice mediante aprendizaje profundo no supervisado. El algoritmo identificó, sin imponer ninguna variable previa, la combinación de rasgos moleculares que mejor describe los estados y sus transiciones. El resultado muestra dos estructuras locales interconvertibles y propone el mecanismo por el que una de ellas pasa a la otra.

Cerca de la frontera entre los estados de densidad alta y baja, la transformación recorre un circuito con tres puntos de paso energéticos; lejos de ella sigue una ruta más sencilla, con uno solo. La descripción puede ayudar a explicar otras transiciones entre líquidos y demuestra cómo la inteligencia artificial puede descubrir variables útiles para formular una teoría física.

Pero es esencial ser cauteloso. Se trata de dinámica molecular aplicada a un modelo computacional, no de una observación directa del agua real. En resumen, el estudio convierte la hipótesis de dos organizaciones líquidas en una descripción dinámica concreta, pero todavía no resuelve definitivamente la controversia experimental sobre el agua sobreenfriada

Referencia bibliográfica:

Li L, Zhong J, Zhang J, Wang Z, Zeng XC, et al. Evidence for the generic existence of two local structures in liquid water. *Nature Physics*. 2026;22:1144-1151. Publicado el 4 de junio de 2026. [doi:10.1038/s41567-026-03301-8](https://doi.org/10.1038/s41567-026-03301-8).



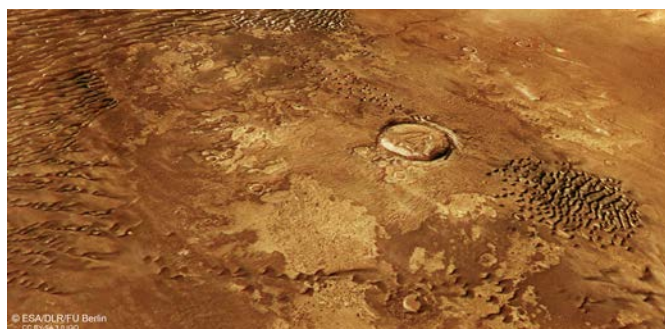
» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Cristales de yeso en Marte revelan agua en su superficie mucho antes de lo esperado

La mayor parte de los ríos y lagos marcianos se sitúa hace más de 3.000 millones de años. Sin embargo, el rover chino Zhurong fotografió en Utopia Planitia una capa de rocas claras, de 5 a 10 centímetros, sobre una superficie de unos 760 millones de años. Su aspecto apuntaba a minerales hidratados, pero faltaba explicar su origen.

Jiacheng Liu y su equipo identificaron cristales tabulares decimétricos y maclas en «espina de pez», formas características de la selenita, una variedad de yeso. Los interpretan como una evaporita primaria: un depósito dejado por agua salina al evaporarse o congelarse. Para producirlo habría hecho falta una columna acumulada equivalente a entre 6,25 y 25 metros de agua.

Eso no exige un lago de tal profundidad presente de una vez. El agua pudo aflorar de manera sostenida o episódica desde un acuífero salino y formar una lámina somera, quizá de un metro o menos y parcialmente helada. Los cristales podrían además conservar inclusiones diminutas de la salmuera original, objetivos valiosos para una futura misión de retorno de muestras. La identificación procede de imágenes y datos remotos: no demuestra un lago permanente ni la existencia de vida, y deberá confirmarse en laboratorio. En resumen, Zhurong



aporta indicios sólidos de agua líquida superficial en un Marte relativamente reciente y convierte estos yesos en posibles archivos químicos de antiguas salmueras.

Referencia bibliográfica:

Liu J, Wu B, Gao W, et al. Primary evaporite in southern Utopia Planitia on Mars from Zhurong rover observations. *Nature Astronomy*. Publicado el 29 de julio de 2026. doi:10.1038/s41550-026-02917-3.

El plástico más incómodo de reciclar se convierte en un lubricante de gran valor

El PVC se emplea en tuberías, cables y ventanas, pero su contenido en cloro dificulta el reciclaje: al calentarlo puede liberar compuestos corrosivos y desactivar catalizadores. Eric Munyaneza Nuwayo y sus colaboradores proponen aprovecharlo como materia prima y plantilla química para fabricar polialfaolefinas, hidrocarburos sintéticos que se usan como lubricantes con prestaciones elevadas.

La reacción emplea cloruro de aluminio a 70 °C. El PVC pierde cloro, sus cadenas se fragmentan y reaccionan con alfaolefinas añadidas. Así guía la formación de nuevas cadenas ramificadas sin los catalizadores de metaloceno habituales. Los productos alcanzaron viscosidades de 14,9 a 26,3 centistokes a 100 °C, coeficientes de fricción de 0,08 a 0,15 e índices de viscosidad de hasta 130.

El método funcionó también con residuos reales y aborda simultáneamente la descloración y la obtención de un material útil: un ejemplo de suprarreciclaje. Pero todavía



necesita alfaolefinas, reactivos y separación posterior. Antes de escalarlo habrá que evaluar recuperación del catalizador, gestión del cloro, aditivos presentes en los residuos y balance ambiental; varios autores han declarado además una solicitud provisional de patente.

En resumen, el PVC puede actuar como plantilla para producir lubricantes sintéticos de propiedades ajustables a temperatura moderada.

La técnica no resuelve por sí sola el problema mundial del plástico, pero ofrece una ruta ingeniosa para transformar uno de los residuos más difíciles en un producto duradero y de mayor valor.

Referencia bibliográfica:

Munyaneza Nuwayo E, Thompson C, Civiello A, et al. Upcycling of polyvinyl chloride into polyalphaolefin lubricants. *Nature*. 2026;656:376-382. Publicado el 5 de agosto de 2026. doi:10.1038/s41586-026-10867-z.

» Noticias científicas que nada tienen que ver con la Medicina

Los grandes herbívoros africanos desaparecieron porque dejaron de surgir especies nuevas



Los ecosistemas africanos albergaron durante millones de años una variedad de animales de más de una tonelada muy superior a la actual. Elefantes, rinocerontes, hipopótamos y otros grandes ungulados actuaban como «ingenieros del paisaje»: derribaban árboles, abrían claros, dispersaban semillas y modificaban la disponibilidad de agua y nutrientes. Su declive suele atribuirse a una especial vulnerabilidad a la extinción, provocada por cambios climáticos o por la actividad humana.

Juan L. Cantalapiedra y sus colaboradores reconstruyeron 23 millones de años de evolución de los ungulados africanos mediante el registro fósil y modelos de redes neuronales. El objetivo era separar los dos procesos que determinan el número de especies: la extinción, que elimina linajes, y la especiación, que produce otros nuevos. Una fauna puede empobrecerse porque desaparezcan muchas especies, pero también porque las pérdidas normales dejen de ser compensadas por la aparición de especies nuevas.

El análisis revela que las tasas generales de especiación y extinción comenzaron a acelerarse hace unos 7,2 millones de años. La especiación se estabilizó después de hace 3,6 millones de años, mientras que las extinciones aumentaron al comienzo del Pleistoceno, hace 2,58 millones. Sin embargo, los linajes de mayor tamaño no presentaban tasas de extinción especialmente elevadas; dentro de una misma familia, las especies mayores tendían incluso a extinguirse menos. Los dientes de corona alta, mejor adaptados a vegetación dura y abrasiva, también se asociaron con una menor extinción.

La desventaja de los megaherbívoros estaba en el otro lado de la balanza: producían especies nuevas con menor frecuencia. En algunos linajes, además, la creciente aridez africana de los últimos cinco millones de años redujo todavía más esa especiación. El estudio no niega que se produjeran extinciones ni excluye efectos posteriores del clima o de los seres humanos. Propone que el declive profundo y prolongado de estos animales no se explica por una mortalidad evolutiva excepcional, sino por una capacidad insuficiente para reemplazar las especies que iban desapareciendo.

La conclusión depende de modelos estadísticos aplicados a un registro fósil necesariamente incompleto. Las tasas de especiación y extinción no se observan directamente, sino que se infieren a partir de la distribución temporal, el parentesco y los rasgos de los fósiles disponibles.

En resumen, la diversidad de los grandes herbívoros africanos disminuyó principalmente porque sus linajes originaban pocas especies nuevas, no porque sufrieran una tasa de extinción intrínsecamente superior. El hallazgo cambia la imagen habitual de su declive: además de preguntar qué los hizo desaparecer, obliga a investigar por qué dejaron de diversificarse.

Referencia bibliográfica:

Cantalapiedra JL, Lazagabaster IA, Blanco F, et al. Lower speciation, not higher extinction, drove African megaherbivore diversity collapse. *Nature Communications*. Publicado el 31 de julio de 2026. doi:10.1038/s41467-026-76105-2.

» Ciudad y Medicina

Por Jesús Málaga



Hospital de San Zoles

“Antes de convertirse en templo, la ermita de San Zoles fue hospital con el mismo nombre. Se conoce su funcionamiento desde el año 1272, cuando Pedro de Alimoges vende al Concejo de la ciudad de Salamanca dos casas de su propiedad”

Tuve la suerte de visitar con la arqueóloga Elvira Sánchez el gran descubrimiento arqueológico del siglo XXI en Salamanca, el cubo de la primitiva muralla vetona-vaccea de la calle de la Rúa. En el solar resultante del derribo de la casa de mis amigos y compañeros de colegio Goyo y Miguel Ángel Rodilla, se conserva en perfecto estado este monumento, esperando se encuentre una solución para incorporar el hallazgo a los paseos culturales y turísticos de la ciudad del Tormes. Se trata de uno de los vestigios mejor conservados de la cerca construida por los primitivos salmantinos para defenderse de sus enemigos y de la que apenas nos quedan unos metros de lienzo, enmascarados con intervenciones posteriores, comenzadas ya con la romanización.

Sería de desear una integración en el tejido comercial de la calle de la Rúa, al estilo de como se ha hecho con los restos del convento e iglesia de San Antonio El Real en la calle Toro. Me imagino el atractivo del lugar para tomarse un café al lado de una de las obras humanas con más de dos mil años de existencia. Placer que compartimos al contemplar la primera muralla en el yacimiento arqueológico del cerro de San Vicente o los siete picones de la cuarta cerca, en la Salamanca medieval.

He querido comenzar con este descubrimiento para introducir al lector en el abigarrado espacio donde se encontraban los desaparecidos hospital y ermita de San Zoles. Esta zona surge extramuros, como necesidad de buscar un lugar más centrado para ubicar el comercio de una ciudad en expansión, la puerta del Sol. Ese movimiento económico fue seguido por otro urbanístico de ocupación y traslación de las Casas Consistoriales; a partir de la mudanza, los ediles comienzan a recibir en los portales del primitivo ayuntamiento en audiencia pública. Para ello ocupan unas casas propiedad del entonces todopoderoso Cabildo de la Catedral, institución que había adquirido la mayoría de las viviendas del entorno, muchas de ellas destinadas al alquiler.

Un recorrido por la calle de Palominos

Para seguir comprendiendo el lugar, tenemos que recorrer la actual calle de Palominos, de origen medieval, cuyo nombre se pluralizó con el tiempo, pero que en un principio era Palomino, en singular. Para profundizar en el recorrido podemos seguir las aportaciones de Ángel Vaca Lorenzo al tratar sobre la calle en el Callejero Histórico de Salamanca, editado por EDIFSA. Al bajar desde la Rúa hasta la calle de San Pablo, nos queda a nuestra derecha un altozano que ocupa la trasera del Colegio de San Bartolomé, el más antiguo de los seis que hubo en la Península Ibérica. Fundado por Don Diego de Anaya Maldonado, recibió este nombre por haber sido construido en los terrenos donde se alzaba la iglesia de San Bartolomé el Viejo.



Vista general de la calle de Palominos de Salamanca, que inicialmente se llamó de Palomino. / Foto: [Salamanca Film Commission](#)

En la actualidad, la zona está muy modificada por las diversas intervenciones habidas desde el siglo XV, cuando fue fundado. El viejo inmueble colegial fue derribado en 1760 para edificar el impresionante edificio actual, cuya belleza ensalza la plaza de Anaya. Los planos fueron realizados por José de Hermosilla y Sandoval y la dirección se debe al buen saber de Juan de Sagarvinaga. Entre los años 1977 y 1979 se construyó un nuevo pabellón para albergar la biblioteca de la entonces Facultad de Filosofía y Letras, hoy de los estudios de Filología. Esta última intervención fue proyectada por Fernando Chueca Gotia.

En Palominos se encontraba también la casa palacio de los Godínez, señores de Tamames, donde residía la muy influyente Inés de Limoges, ama de leche del rey Alfonso XI, esposa de Juan Alfonso Godino, conocidos ambos por ser benefactores de la consolidación en Salamanca del convento de San Esteban de los padres dominicos.

» Ciudad y Medicina

Un accidente geográfico y otro defensivo destacan al bajar por Palominos. El agua de lluvia descende para encontrarse con el arroyo de Santo Domingo, y en lo alto, donde se ubica el Colegio Mayor de San Bartolomé, se insinúa la línea por donde iría el lienzo de muralla primitiva desde la puerta del Sol hasta la de San Sebastián.

Desaparición de la ermita y de la devoción al santo

La ermita de San Zoles, antes de convertirse en templo, fue hospital con el mismo nombre. Se conoce su funcionamiento desde el año 1272, cuando Pedro de Alimoges vende al Concejo de la ciudad de Salamanca dos casas de su propiedad situadas en la Puerta del Sol; una de ellas lindaba con el adrial (atrio) de San Zoles y con casas del Concejo. Años después, en 1278, Doña Sancha, hija de Ruy García, dictó testamento, siendo testigo Juan Fernández, capellán de San Zoles.

En otra escritura posterior, fechada en 1299, el Concejo hace un intercambio de tres calles por un casar y las casas del Hospital y el adrial de San Zoles. En 1313, doña María, viuda de don Pedro de Alimoges, vecina de la calle Palomino, deja en su testamento doscientos maravedíes para la fábrica de San Zoles. Esta misma señora, en su memoria dada en 1404, recoge un dato que nos interesa: cita a Fernán Vázquez, bachiller en leyes y alcalde de la ciudad de Salamanca. Fernán hacía audiencia pública en el portal de las Casas del Concejo, lugar que se encontraba entre la ermita de Santa Catalina y San Zoles.

Todo ese espacio urbano sufrió una gran transformación con la construcción del Colegio del Espíritu Santo de la Compañía de Jesús. Las ermitas de Santa Catalina y San Zoles desaparecieron; también lo hicieron las Casas Consistoriales, que se trasladaron junto a la plaza de San Martín, aunque la calle de la Rúa tendría que esperar para abrirse por un tramo nuevo con la plaza de Anaya.

La devoción al santo se desvaneció, como también lo hizo su memoria; hoy ningún salmantino le recuerda, ni siquiera los más ilustrados. Se dijo que los restos del santo habían encontrado descanso en la iglesia conventual de las benedictinas de Alba de Tormes, afirmación que me ha sido negada por la comunidad religiosa a la que he preguntado al respecto. Palominos siguió siendo una calle viva; se comenta que, en las discusiones dialécticas entre dominicos y jesuitas, cuando ya no valían los razonamientos, comenzaban las peleas físicas entre los miembros de ambas comunidades religiosas y era la calle Palomino el escenario de aquellas contiendas.

El Hospital de San Zoles fue una de esas instituciones que desaparecieron sin dejar rastro alguno; siguió los mismos derroteros que el santo sanador. Seguramente, el culto a su memoria celebrado por el pueblo salmantino empequeñeció también. De todos modos, a la hora de rememorar la veintena de hospitales que tuvo en su día la ciudad de Salamanca, era necesario dejar un hueco para este seguramente pequeño hospital, como pequeña fue la ermita que le dio cobijo.



El viejo inmueble del Colegio de San Bartolomé fue derribado en 1760 para edificar el impresionante edificio actual, cuya belleza ensalza la plaza de Anaya. / Foto: [Flickr - Javier Martín Espartosa](#)

» Maestros con Historia

Por Ramón Martín Rodrigo

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

Médicos escritores relacionados con Salamanca (I)

Una muestra de médicos que hicieron de la escritura una vocación paralela y que, al margen de su actividad profesional, dejaron su huella en la literatura, la historia, la poesía y otros campos de la cultura



1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina de Salamanca cuenta en su haber con un prestigioso catedrático de Historia de la Medicina, don **Luis Sánchez Granjel**. Este eximio historiador dejó publicadas obras como *Catálogo de médicos escritores*; *médicos novelistas*; *novelistas médicos*, así como también biografías de médicos concretos. D. Luis Sánchez Granjel, con infinidad de publicaciones de *Historia de la Medicina* y de *médicos*, se convirtió en el caso más paradigmático de médico

historiador de Salamanca. Así pues, mirando hacia el pasado, ya está investigado quiénes fueron los principales doctores que publicaron trabajos sobre aspectos geográficos, históricos, artísticos, biográficos, antropológicos, etc., al margen de los temas profesionales.

Sin embargo, la vida ha continuado y, posteriormente al doctor Granjel, otros médicos han ingresado en ASEMEYA. Este artículo es solamente una recopilación de **médicos escritores relacionados con Salamanca**. Pensaba en medio centenar, pero he de limitarme a cuarenta, porque el tema es extenso, incluso limitando la exposición a dos o tres líneas. Por tanto, de algunos de los aquí presentados solamente diré algunas de sus obras, y de los médicos que han escrito reiteradamente añadiré algo más, pero sin contar su biografía. La revista *Salamanca Médica* ha dado lugar a que en este medio se presenten numerosos escritores —cuando crea oportuno, en vez de citar la revista correspondiente pondré entre paréntesis solo el número correspondiente—. No me es posible citar a todos de una tacada. Ruego a los médicos que queden en omisión que no se sientan agraviados; podrán relacionarse en una segunda parte.

Infinidad de escritos de los médicos han quedado olvidados: discursos, palabras en un homenaje, en bodas de oro, ponencias en congresos, etc. **D. Saturnino García Lorenzo** expuso en la citada revista *Salamanca Médica*, nº 1, año 2003, los motivos por los que escriben los médicos, y a ellos remito.

2. MÉDICOS EN SALAMANCA FAMOSOS DE HACE TIEMPO POR SUS ESCRITOS

1. D. Luis Martín de Santos. Se extendió su fama con su obra *Tiempo de silencio*, una de las cien mejores novelas del siglo XX. Escribió también otras novelas. Podría ser considerado el ejemplo más representativo de médicos escritores. Acabó su carrera de Medicina en la Universidad de Salamanca. Sin embargo, apenas pasa por ser un personaje representativo de nuestra ciudad.

2. D. Luis Sánchez Granjel. Trabajador, sabio, afable y excelente persona. No dejó faceta, rama o especialidad que no estudiase. Investigó incansablemente y publicó sus trabajos. Autor prolífico, ha quedado como una figura clave en la historiografía médica intelectual. Lo demuestran los nombramientos como socio, miembro de honor o presidente de instituciones, los honores tributados (medallas, doctor honoris causa) y los cálidos homenajes. Lo han dicho las dos universidades de Salamanca, la Junta de Castilla y de León, la RAM, la RAMSA, el Ayuntamiento de Salamanca, el Centro de Estudios Salmantinos e infinidad de discípulos y médicos seguidores de sus enseñanzas, y otras muchas entidades e instituciones nacionales e internacionales. (50).



3. D. Hipólito Rodríguez Pinilla. Profesor de la Universidad de Salamanca, obtuvo sucesivamente varias cátedras. Pasó a la categoría de “médicos de baños”, tema sobre el que publicó varios trabajos. Ganó la Cátedra de Enfermedades de la Infancia, el cargo de inspector de Sanidad y la Cátedra de Hidrología Médica de la Universidad Central. Ingresó en la RAM; fue nombrado consejero de Estado. Entre sus publicaciones se pueden señalar *Historia de la Sociedad Hidrológica*, *Costumbres balnearias*, *Diccionario General Hidrológico*, *Manual de Climatología General y Española*. La revista semanal *El Resumen*, en 1911, dice de don Hipólito: “Médico notable, catedrático sapientísimo,

» Maestros con Historia

publicista y literato, hombre de muchas ideas y de grandes iniciativas, laborioso, inquieto, prolífico (4).

3. AMPLIA RELACIÓN, A ESCALA PROVINCIAL, DE MÉDICOS ESCRITORES

3.1. UNOS CUANTOS QUE SE PUEDEN ENCASILLAR

Médicos geógrafos. Así llamó a unos pocos don Amable García, que escribía en la prensa local de Salamanca, haciéndolo desde Béjar.

4. D. Anastasio García López. Estudió Medicina en la Universidad Central, en 1848. Publicó en *La Correspondencia de España*. Dirigió la revista *El Criterio Médico*, que estudió los balnearios de España. Y él publicó una obra titulada *Mapa Balneario de España*; y una monografía de los Baños de Ledesma, donde ejerció un tiempo (5).

5. D. Félix Antigüedad. Fue corresponsal del Instituto Médico Valenciano, de *La Tribuna de Madrid* y de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Publicó en *El Lábaro* varios capítulos de sus *Impresiones y recuerdos de un congreso al que asistió*. Sus publicaciones en 1927 alcanzaban 837 trabajos, y en su necrológica se señala que pasaban de mil.

6. D. Dionisio García Alonso, médico de Villavieja de Yeltes. Escribió en 1907, en la *Revista Médica Salmantina*, *Geografía de Villavieja*, lo que fue una descripción perfecta y amplia de esta población, abarcando aspectos demográficos y económicos. Sus conciudadanos le rindieron un cariñoso homenaje (*El Adelanto*, 26/8/1924). Murió en 1930.

7. D. Manuel Muñoz Orea. Destacó por su libro *Datos para la Geografía Médica de Salamanca*, con el prólogo de don Hipólito Rodríguez Pinilla, que incluye un plano de la ciudad de Salamanca.

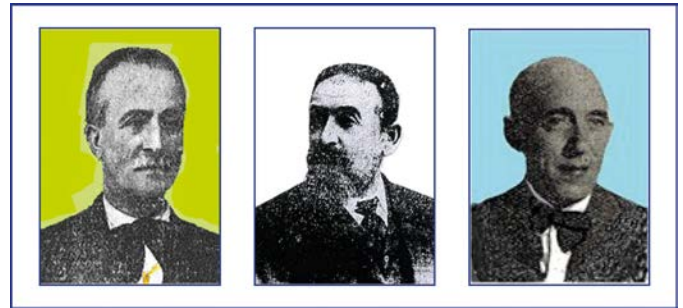
8. D. Jerónimo Sánchez García-Galache. Escribió un libro sobre la Virgen de los Caballeros, patrona de su pueblo, Villavieja de Yeltes. También se interesó por la heráldica: *Estudio genealógico, heráldico y nobiliario de la sociedad española*.

Médicos seguidores de la Historia del Arte:

9. D. Miguel Ferrer. Escribió en *Salamanca Médica* bastantes artículos en los primeros números, y lo hace bajo el título general de *Arte, Siempre Arte*. Fue analizando obras de diferentes artistas, como Jacinto Oejudo, Lorenzo González, Ricardo Montero y Picasso, también la *Pintura abstracta*. Gran coleccionista de obras de arte, dio algunas conferencias sobre exposiciones de pintura (10).

D. José Almeida Corrales. Va escrito y numerado más adelante.

10. D.ª Ana María de Cecilia San Román. Se definió a sí misma como médico y escritora: *Luis Martín en Salamanca*. *El Chatarrero*, que es un largo romance (14). *Soneto de los girasoles* (15). *La flor del Almendro*. Y el libro *Golondrinas en la playa*. También presenta cuadros de sus colecciones de arte (40).



Desde la izquierda, los doctores Félix Antigüedad, Dionisio García Alonso y Luciano Barcala Moro.

Médicos escritores de poesías. Lo que no quiere decir que no escribieran en prosa, ni que, además de los señalados, otros médicos no escribieran algún poema:

11. D. José Manuel Santalla. Poemas: *Un niño enfermo* (1), *A Consuelo* (3), *La Gran Palmera* (9), *Alba Renacida* (13), *Aire* (22), *Ofelia* (25), *Enigma* (27), *Hálito* (37).

12. Luis Calama Rodríguez. *Mis silencios*, *Tus palabras*, *Miré la luz del rostro de la tarde* (1); *Canto de libertad* (5); *Cuando todo acabe* (20); *Atardecer*, *Puerta de la Nada* (5); *Demencia*, *Elegía* (35).

13. D. Julio de Manueles Jiménez. Poemas: *Lluvia de la Nana* (3), *Me dijiste adiós* (5), *Tío Vivo* (10), *Resignación* (20), *Sed* (23).

Médicos autores de relatos:

14. D. José E. Rodríguez Martín, forense, que escribió en *El Adelanto*, aprovechando que este periódico publicaba como suplemento *Plana Literaria*, por ejemplo, el artículo *La Fiesta Mayor*, que contiene una redacción bella y agradable.

15. D. Domitilo Rodríguez, que narró *La Vida en Salamanca* durante sus años de estudiante y entregó su escrito al Casino de Salamanca, pero no llegó a publicarse.

16. Don Francisco Muñoz García. Licenciado en Salamanca, pediatra que ha ejercido en San Sebastián. Presidente de la Academia Médico-Quirúrgica de Guipúzcoa, y otros cargos importantes; miembro de ASEMEYA. Ha escrito el libro *Cuentos y relatos de paz y concordia*, año 2025. También ha publicado en diferentes medios artículos como *Cervantes en Salamanca*.

17. D. Manuel Marcos Robles. Dirige la Clínica de Oftalmología Las Claras. Ha publicado dos obras: *Pupilas Blancas, miradas que sanan*, que es un relato de su viaje a Mauritania y de su experiencia personal operando cataratas, juntamente con otros doctores, en el hospital de Nouadibou, y *el Santísimo Cristo de la Luz de El Zarzoso*.

18. Tomás Hernández Corral. Relato de su estancia de diez semanas en Bolivia, en el que muestra sus experiencias personales al tratar diversos enfermos.

» Maestros con Historia



Desde la izquierda, los doctores José González Castro (Crotontilo), Primo Garrido Sánchez y Antonio Calama Sanz.

Médicos miembros de ASEMEYA:

19. D. Iluminado Oliva. Su discurso de ingreso en ASEMEYA fue *Sensibilidad Química Múltiple*, que fue contestado por don Fernando Navarro González. Necrológica sobre don Luis Santos al año de su muerte. Ha publicado varios artículos en *Salamanca Médica*, especialmente en los últimos años.

20. D.ª Macarena Hernández Prieto. De qué murió Mozart. Libro *El viaje de las palabras*.

21. D. Lorenzo Jiménez Cosmes. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Ejerció muchos años en Macotera. Recientemente ha dado una conferencia sobre *Nuestro cuello, centro de comunicación*, siendo presentado por don Cándido Martín Luego. Trató singularmente sobre Frida Kahlo y sus representaciones artísticas.

3.2. MÉDICOS ESCRITORES DE DIFÍCIL ENCUADRE, ATENDIENDO A SUS VARIADOS ESCRITOS

22. Don Lucas García Martín. Corresponde al siglo XIX; estuvo de médico en La Alberca, pero se trasladó a Salamanca, donde fue auxiliar de Medicina en la Escuela Libre de Medicina. Pronunció el discurso de apertura del curso 1873-74 y escribió sobre la *Historia de la Universidad de Salamanca*.

23. D. José González Castro (Crotontilo). Escribió sobre casos de enfermedades, presentando ejemplos de pacientes por él observados, pero también, en ocasiones, escribió sobre temas ajenos a la materia médica, por ejemplo, *Cuatro casinos de Béjar* (año 1919). También publicó en *Revista Médica Salmantina*.

24. D. Ramón Escalada Carabias, que tenía una sección reservada en *La Gaceta Regional*, cuyos artículos tenían alguna ironía y cierta gracia.

25. D. Filiberto Villalobos. 1879-1955. Escribe sobre él su hijo, D. Enrique Villalobos, en *Salamanca Médica* (Nº 1 y 2). Se vuelve a escribir sobre él en *Salamanca Médica* N.º 10, con ocasión de erigirle un monumento en Salamanca en el año 2005. Ejerció de forma constante el periodismo de opinión y la crónica social. Más recientemente escribió su biografía don Ignacio Francia.

Son artículos de don Filiberto: *Impresiones del Hospital* (1929); *Triunfo de don Casto Prieto Carrasco*.

26. D. Antonio Álvarez Morujo. Estando en las islas Canarias realizó varios estudios de Antropología. De carácter literario fue *Cantos de Navidad en la villa de Alburquerque*. También escribió en *Anales de la Facultad de Medicina* (85).

27. D. Luciano Barcala Moro. Se le hizo un homenaje en La Alberca el 4 de octubre de 1974. Libro: *Las voces del silencio* (1923). Varios artículos en las *Hojas Volantes del Centro de Estudios Salmantinos*, del que era miembro, sobre costumbres y trajes tradicionales de La Alberca. En la prensa local de Salamanca y *Las Hurdes* (71).

28. D. Primo Garrido. Obras: *Rasgos fisiológicos y clínicos del pueblo salmantino*. *Temperamento y carácter*. *Estudio del bocio y cretinismo endémico*. También describe una excursión desde su pueblo, Valero, a la Peña de Francia.

29. D. Luis Carlos Tejerizo López. Licenciado en Salamanca en 1972. Jubilado en 2012: *La dama de la noche*; *Real Academia de Medicina de Salamanca: una crónica muy personal*, que hace historia de la RAMSA y presenta perfiles personales de muchos médicos, generalmente con fondo elogioso, muy bien encajado en una redacción agradable.

30. D. Javier Viejo. Publicó en *Salamanca Médica* una larga serie de capítulos muy documentados y con notas de pie de página, que titula *Para una antropología del toro*. Comenzó a hacerlo en el número 1 y continuó escribiendo en la citada revista, aportando a cada capítulo un subtítulo como *El toro, la oscuridad y las sobras en la poesía* (4); *El toro y el miedo según los poetas*. Siguió luego con otra serie de taurología: *El torero y el miedo, cornadas de muerte*.

4. MÉDICOS PROPIAMENTE LITERATOS DE TEMAS NO PROFESIONALES



31. D. José López Alonso (Solón Zapelo). Publicó numerosas obras. Fundó con Alvarado *El Correo Médico*. Fue socio y representante en Salamanca de la Sociedad de Escritores y Artistas Españoles, socio corresponsal del Ateneo de Madrid y fundador del periódico *El Fomento*. En unión con otros señores fundó la revista *Salamanca Festiva*. Logró merecida fama como «literato». Entre las obras en prosa, realizadas con lenguaje selecto, pulcro, elegante, castizo y rebosando un estilo

propio y peculiares sus composiciones poéticas, hay que destacar las siguientes: *Oda a la muerte del cardenal Cuesta* (1873); el largo poema *La Conciencia*, en décimas, narra el encuentro en Yuste de Carlos I de España con su hijo don Juan de Austria (23).

32. D. Arturo Núñez García. Escribió primeramente en la *Plana Literaria de El Adelanto*. Se atrevió con un melodrama, *La Semilla del Pecado*, que se estrenó aquí con gran éxito en 1915. Entre otros artículos suyos, se puede citar la necrológica que hizo

» Maestros con Historia

del doctor López Alonso, con quien fundó el periódico semanal *Salamanca Festiva*. Su composición poética *El Poema de la Vida* narra la aventura de un niño que ha de abrirse camino en la vida, que no es otra cosa sino el trabajo y la constancia, etc. También escribió en *El Estudiante de Salamanca* y en *El Porvenir* (20).

33. D. Antonio Calama Sanz. Quedan en periódicos y en pequeñas revistas provincianas sus breves artículos, relatando costumbres antiguas por él revividas y pormenores de una Salamanca que en nada se parece a la actual. Estuvo al frente de *La Regeneración Médica*, donde escribieron un gran número de médicos. Fue presidente de la Cruz Roja de Salamanca, e incluso tuvo que actuar de forense. Por eso tenía muchas experiencias que comunicar. Sorprendía por su agudeza, claridad de ideas y la gracia de no pocas ocurrencias. Necrológica en *La Gaceta Regional* el 12 de julio de 1969 (28).

34. D. José Almeida Corrales. Salamanca, 1931-2019. Licenciado en Medicina. Doctor en Medicina y Cirugía en 1964 con premio y por la USAL. Fue profesor adjunto y profesor titular de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Miembro de ASEMEYA y colaborador de *Salamanca Médica*. Licenciado en Bellas Artes por la Universidad de Salamanca (2007), es autor de *Hospital General de la Santísima Trinidad*, que fue su discurso de ingreso en el CES (2016), y de *Salamanca Monumental: Vivencias gráfico-literarias*, *Salamanca Románica*, *Salamanca Gótica*, con varios capítulos en *Salamanca Médica*.

35. D. José Miguel López Novoa. Catedrático de Fisiología en la USAL. También se dedicó a la literatura, y son varias sus publicaciones importantes. Entre ellas: *Pequeñas Personas Peculiares* (Pi Ediciones); el poemario *Evocaciones*, *Hogueras de amor* y *llama de Olvido* (Letrame); una novela, *El Sino de los Rebolledo* (E. Atlantis); un segundo poemario, *Aromas de despedida* (E. Tegra); otros relatos cortos: *Pequeñas Personas Perplejas*. Obtuvo varios premios literarios como ganador de diferentes concursos, como el de Pluma de la Cigüeña, con *La Inmortalidad* (E. Pi Ediciones); el de Historia del Confinamiento (Famasa); el de Relatos Románticos, con el relato *Ella* (E. Embrujos) o el de poesía Bolboretas ao Amencer, con *Aromas de despedida* (E. Tegra), etc. (73)

36. D. Jesús Málaga Guerrero. Escribe de continuo en *Salamanca Médica*, historiando los antiguos hospitales, como el de San Antón, el del Estudio, las iglesias románicas como la de San Cristóbal y góticas de Salamanca, los médicos y santos sanadores, otros monumentos salmantinos, todos bien ilustrados. Y, al margen de la citada colaboración en la aludida revista, sus últimas obras son libros, como *La vida cotidiana en la Salamanca del siglo XX. 1898-1923*; *La vida cotidiana en la Salamanca del siglo XX. 1924-1939*; *Rincones de la historia salmantinos*, que fue su discurso de ingreso en el Centro de Estudios Salmantinos en 2016.

37. Don Luis Alonso Gutiérrez. Se definió a sí mismo como cirujano, traumatólogo e internista. Escribió libros, artículos varios en la prensa local y artículos en *Salamanca Médica* como *Dislexia*; *Biblia*, *poesía* y *retórica*. Realizó muy buenos dibujos de anatomía humana. También escribió alguna poesía (16).



Desde la izquierda, los doctores José Almeida Corrales, José Miguel López Novoa y Jesús Málaga.

38. D. Saturnino García Lorenzo. La imaginación (genética) al poder; el Mundo, el Verano y la Carne; Las profundidades médicas de Nietzsche; Los niños indigos; Miguel Servet y la libertad de conciencia; Lo que va de ayer a hoy.

39. D. Julio González Iglesias. Se licenció en 1970, precisamente, en el Instituto de Historia creado por don Luis Sánchez Granjel. Luego, en Madrid, obtuvo el título de doctor Estomatólogo en la Cátedra de don Pedro Laín Entralgo. Ha sido profesor en la Universidad Complutense 40 años. Autor de numerosas publicaciones narrativas e históricas. Entre sus obras destacan *La Parábola de los juncos rotos* y *Por aquellos caminos de entonces*.

40. Fernando Diego Domínguez. Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria que ha trabajado en el Centro de Salud de San Juan, de Salamanca, y actualmente en Gestión Sanitaria. Ha escrito varias novelas, cito cuatro de ellas: *Mitín el día 18* (año 2014), *policíaca*; *El recuerdo escondido*, *policíaca*; *Pequeñas desavenencias de la familia Álvarez de Antoná*, *costumbrista*, y *Libélula blanca*, *histórica* (año 2022). **Continuará...**



» Historia

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

Goswintha. La gran reina de los visigodos de Toledo (y III)



Las Fuentes Visigodas no traslucen ningún tipo de emoción por la muerte de Hermenegildo y de Ingunda. En la reina Goswintha prevalecía siempre el sentido político y religioso que representaba el arrianismo, en lugar del afectivo. Era una mujer visceralmente anticatólica, sin medias tintas. No obstante, nunca se opuso a la boda de Recaredo I con Riguntha/Rigunda, hija de Chilperico I y de Fredegunda de Neustria (Montdidier/Picardía, 543-París, 597), paradójicamente, los asesinos de su hija Gailswintha. Pero la boda no tuvo lugar, ya que Chilperico I sería asesinado cuando la novia estaba a punto de cruzar la frontera visigoda. Cuando Leovigildo murió en el año 586, ella siguió siendo la autoridad para regir el Reino de Toledo.

XII.- LAS RELACIONES CON RECAREDO

Su poder y su autoridad están tan por encima del trono del nuevo monarca, que ya es a Recaredo I al que no le queda el más mínimo remedio que crear un convenio político con su regia madrastra y reconocerla como si fuese su propia madre; y, además, siguiendo sus inteligentes consejos, iniciará las diversas firmas de tratados de paz con los francos-merovingios.

Para ello se concentrará en celebrar un nuevo matrimonio de Recaredo con otra princesa franca, ahora se llamará Clodosinda/Clodosvinta, que era la hermana de Ingunda y nieta, por consiguiente, de Goswintha. No obstante, el hecho generó un rechazo total y absoluto hacia este enlace marital por parte del ya citado Rey Gontran I.

«No puede parecerme bien, fue su respuesta, que mi sobrina marche a donde fue muerta su hermana. No puedo aceptar de buen grado que no sea vengada la muerte de mi sobrina Ingunda» ('Semblanzas Visigodas'. Apud José Orlandis, página-32. Rialp-1992).

Podría ser que por todos estos hechos sea por lo que el matrimonio no se llevó a efecto. En este momento, una anciana, que ya lo es para la época que estamos analizando, como ya lo es Goswintha, que ya tiene entre 60 y 70 años de edad, va a comenzar a padecer problemas de salud. Entre otros se escribe que padecía algo que se equipara a una catarata blanca senil en el ojo derecho, que ya es hipermadura, con un estado avanzado en la opacidad del cristalino; la pupila está blanca y la visión se reduce, de forma drástica, hasta un 98 o 99%, y solo se percibe la luz. El cristalino absorbe mucha agua, se vuelve edematoso,

» Historia

con lo que se incrementa la presión ocular interna. Entonces, el cronista Gregorio de Tours considera que esta patología es un tópico y patognomónico signo del castigo divino, por su visceral e incorregible odio contra la iglesia católica apostólica y romana.

XIII.- SU FINAL VIVENCIAL

Goswintha no está nada contenta con los derroteros que se están produciendo en el Reino visigodo de Toledo hacia la exaltación y preeminencia del catolicismo, que está teniendo lugar en la corte del Rey Recaredo I “el Grande”, por lo que, de acuerdo con el obispo arriano de Toledo llamado Uldida, deciden crear una conspiración contra Recaredo I, al tiempo que realizaban ocultas profanaciones eucarísticas del pan y del vino consagrados.

Al ser descubiertos, el prelado sería condenado al exilio, mientras que la anciana soberana, según el historiador Juan de Biclano, “siempre enemiga de los católicos, llegó al fin de su vida”. Por este texto se puede colegir que sufrió una muerte no excesivamente natural, y se puede sugerir que su deceso sería por el suicidio o autolisis, que pudo ocurrir por medio de ahorcamiento.

Lo único cierto es que cuando se reúna el III Concilio de Toledo (mayo de 589), organizado en la iglesia-catedral de Santa María de Toledo y presidido por el obispo Leandro de Sevilla y el abad y obispo Eutropio Servitano de Valencia (siglo VI-ca. 609) —en el que todos los visigodos adjuraron del arrianismo y fueron aceptados solemnemente en el seno de la iglesia católica, con el monarca Recaredo I a la cabeza—, en este momento histórico, la reina Goswintha ya se encontraría *sub altare Dei*, y así no tuvo que padecer esa humillación como acerva arriana que era, y ver cómo su mundo religioso y político se venía abajo.



XIV.- BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL:

- Alvar Ezquerro, J. (director): *Entre Fenicios y Visigodos. La Historia Antigua de la Península Ibérica*. La Esfera de los Libros.
- Castellanos, S. (2007): *Los godos y la cruz. Recaredo y la unidad de España*. Alianza.
- Castellanos, S. (2018): *Los Visigodos. Síntesis*.
- Díaz y Díaz, M. C. (1991): *Historia de España* (III, 1). Ramón Menéndez Pidal. España Visigoda. Las Invasiones. Las Sociedades. La Iglesia. Espasa-Calpe.
- Ladero Quesada, M. A. (2025): *Historia de la Edad Media*. Dykinson.
- Mitre, E. (2009): *Una Primera Europa*. Encuentro.
- Newman, J. H. (2020): *Los Arrianos del Siglo IV*. Encuentro.
- Orlandis, J. (1992): *Semblanzas Visigodas*. Rialp.
- Orlandis, J. (2003): *Historia del reino visigodo español*. Rialp.
- Ruiz Asencio, J. M. (1991): *Historia de España* (III, 2), Ramón Menéndez Pidal. España Visigoda. La Monarquía. La Cultura. Las Artes. Espasa-Calpe.
- Soto Chica, J. (2020): *Los Visigodos, hijos de un Dios furioso*. Desperta Ferro.
- Soto Chica, J. (2023): *Leovigildo*. Desperta Ferro.
- Valverde Castro, R. (2017). *Los viajes de los Reyes Visigodos de Toledo (531-711)*. La Ergástula.



Libros publicados por el autor:

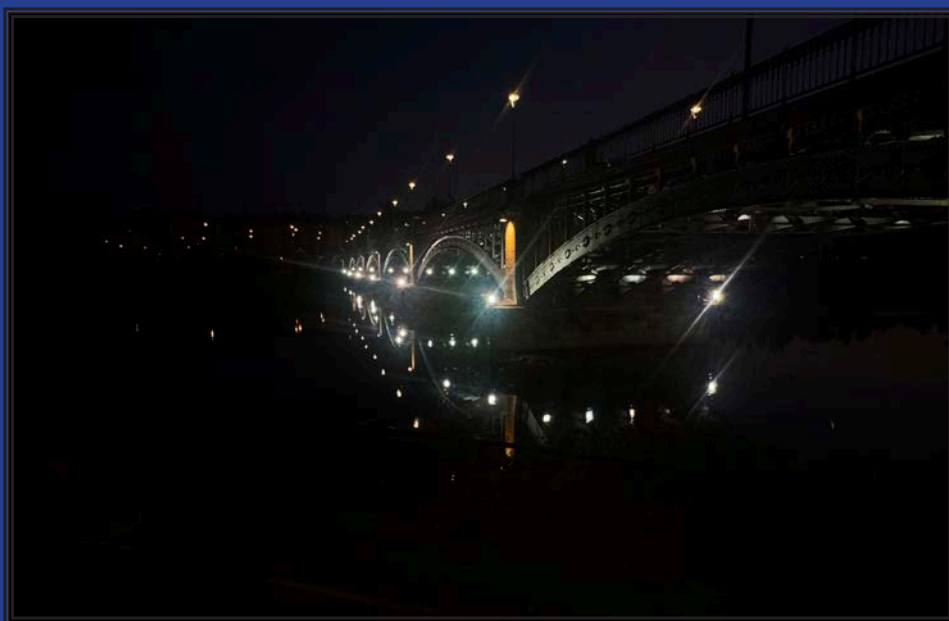
- 1.- El gran Rey Alfonso VIII de Castilla, “el de las Navas de Tolosa”. Editorial Alderabán. 2012. Cuenca.
- 2.- Breve historia de Fernando “El Católico”. Editorial Nowtilus. 2013. Madrid.
- 3.- El Rey Alfonso X “El Sabio” de León y de Castilla. Su vida y su época. Editorial El Lobo Sapiens. 2017. León.
- 4.- El Rey Alfonso VII “El Emperador” de León. Editorial Cultural Norte. 2018. León.
- 5.- Urraca I de León. Primera reina y emperatriz de Europa. Editorial El Lobo Sapiens. 2020. León.
- 6.- El Rey Ramiro II “El Grande” de León. El “invicto” de Simancas. Editorial Alderabán. 2021. Cuenca.
- 7.- La batalla de las Navas de Tolosa. Un mito histórico. Editorial Alderabán. 2023. Cuenca.
- 8.- Hernán Cortés. Su personalidad y su carácter en el imperio azteca. Editorial El Lobo Sapiens. 2024. León.
- 9.- Ramiro III, Rey de León. Señorío de mujeres. Editorial Alderabán. 2025. Cuenca.
- 10.- Los cartagineses en la Península Ibérica. 2025. Cuenca.
- 11.- La guerra de las comunidades de los Reinos de Castilla y de León. Nuevo estudio. Editorial Alderabán. 2025. Cuenca.
- 12.- Historias de la Reina Isabel I “La Católica” de Castilla y de León. Editorial Alderabán. 2026. Cuenca.
- 13.- Herencia terapéutica del Antiguo Egipto en la Medicina grecorromana: de los papiros médicos a De Materia Médica de Dioscórides. Ed. Alderabán. 2026. Cuenca.
- 14.- Ordoño IV “El Malo”, Rey de León. La Psicología en la Edad Media. Editorial Nowtilus. Madrid. 2026.

Instantes de Vida

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



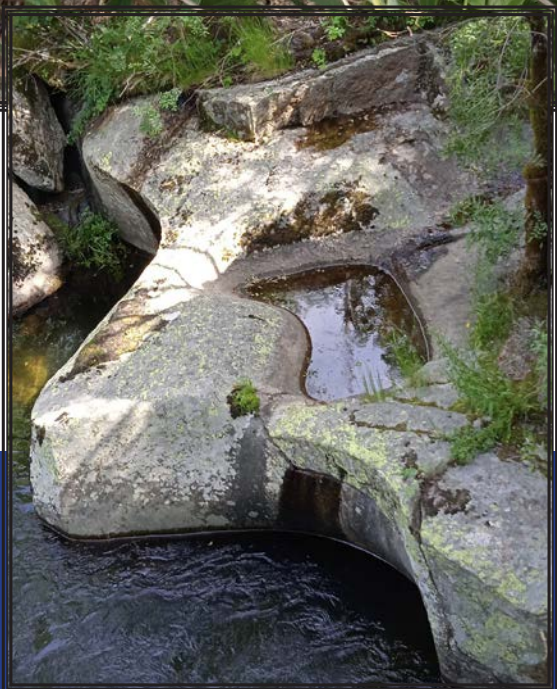
© EMILIO FONSECA



© EMILIO FONSECA

» Instantes de Vida

Desafiando al viento © SANTIAGO ALBERCA



Caprichos del río Francia © SANTIAGO ALBERCA

¿Cómo colaborar?

Por e-mail:

salamancamedica@saludadiario.es

Características técnicas:

.jpg .tif o .pdf de alta calidad

Por correo ordinario:

C/ Bientocadas, 7

37002- Salamanca

(Ref.: Salamanca Médica)



Nubes mirándose en el Tormes © SANTIAGO ALBERCA

Pensamiento poético

Luna, luna



*¡Qué hermosa luna!
Con su blanco cortejo de algodón y espuma,
incrustada en el cielo
de la espesa negrura.
¡Qué hermosa luna!
de inquietante figura,
firme y rotunda,
la que estalla en el páramo de la noche oscura.
El cárabo canta distante,
y el búho ululea,
colgado en la rama de la encina oculta.
No da miedo el campo,
con esta lindura, de luz blanquecina,
que a todos alumbra.
El mochuelo habla, responde lechuza,
y el lirón careto sale de paseo
y advierte a garduña: ¡déjame que paso, que aproveche
esta noche de blanca hermosura!
El sapo que croa, se fija en luciérnaga,
que celosa de luces ajenas,
enciende la suya tan viva,
para que no digan
que en las noches de campo en Castilla,
es solo la luna, la reina que brilla.*

© Macarena Hernández Prieto

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

Pensamiento poético

Salamanca

*Ensueño áureo del sol bruñado
que el Tormes cristalino siempre argenta
en tanto tu renombre se acrecienta
al son de tu académico latido.*

*En días de vencer o ser vencido,
celestina, mas nunca cenicienta
fuiste, y por el Derecho y sin afrenta
salvaguardaste al pobre y desvalido.*

*Nebrija hizo Gramática y Escuela,
a consultarte fue el Descubridor,
los más insignes vates fueron coro,*

*el orbe entero prosiguió tu estela,
y te hilaron, el lego y el doctor,
un alma sabia con valor de toro.*

© Ignacio Dávila

*Soneto modificado del libro '[Sonetos al clásico modo](#)', de Ignacio Jesús Dávila,
publicado por la editorial Círculo Rojo*

Pensamiento poético

Te quedarás

*Te quedarás fuera de su vida, incluso de su historia,
porque no quieres que se vea tu pena, tu flaqueza,
serás la víctima de todos tus recuerdos desatados.
De todos tus olvidos.*

*¿Quién no teme quedarse sin memoria?
Cuando todo el pasado te está hablando
y remueve tu alma acobardada
porque tus deseos no se han esfumado,
y rampantes y fuertes te acompañan.
Tu pasión sigue y sigue y además y se renueva.
Pide para que no te deje perdido y solo
en medio de la plaza,
que no desaparezca una mañana
y no tendrás así que reconquistar nada.
Todo tu amor es suyo y sigue rodeándote
aunque no te des cuenta de todo lo que mide
y si no te abandona podría crecer más
un año, un mes, un día, a cada instante.*

*Te has acercado de nuevo a su casa
al comenzar la noche, a su ventana,*

*por si entra o sale o se asoma otra vez.
Si la vieras de lejos, si no te desdeñara.
Ponte en pie como puedas y no te escondas
en delicados brazos de fortuna,
que no sepa tu boca a humedad o ceniza.
No la conocerás por su andar, sus ojos y su olor,
se ha dañado tu olfato y tu mirada
del peso de su ausencia, por su vida estrenada.
Mucho tiempo fuiste un buen amante confiado
pero todo se ha ido llenando de desgracias.*

*Resiste firme, reza,
sin hacer de tu gran corazón
tripas baratas.
No hay nada como el tiempo
para aventar el alma.*

© Julio de Manueles

Envíe sus versos

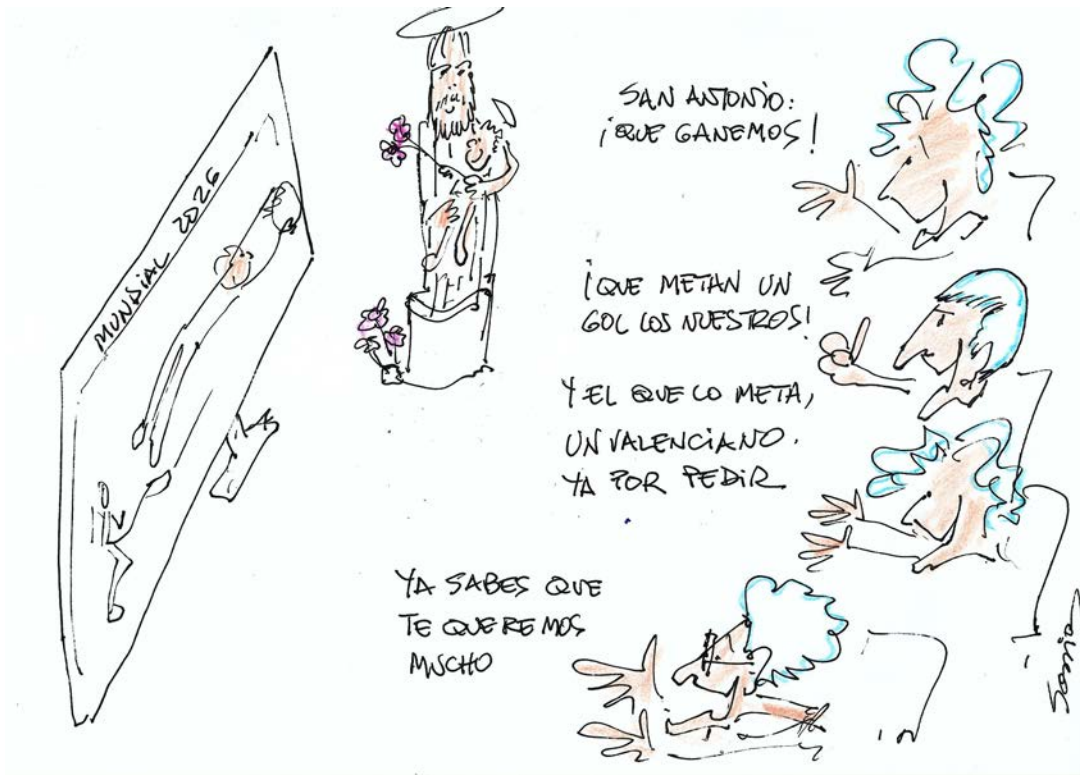
Por e-mail: salamancamedica@saludadiario.es

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

» Salud, Humor y Risa

Por Germán Payo Losa

Director de Educahumor



Un verano de montaña rusa

Ganamos el mundial, incendios por todos los lados, eclipse de sol, alineación de cinco planetas, las perseidas, entrada en Ceuta de entre 70.000 y 80.000 personas. Ha sido como una montaña rusa de acontecimientos que nos elevan el ánimo y lo hunden uno tras otro. A ver cuándo es el próximo susto. Vamos a acabar como en Estados Unidos, aunque por motivos diferentes, donde informan que, en lo que va de año, se han consumido un 80 % más de ansiolíticos y el 79 % más de somníferos. Algún fabricante se está forrando, y no me refiero a los de armas, petróleo o inteligencia artificial.

Y hablando de la salud, me encantó que el primer ministro de Canadá, en un encontronazo que tuvo con el presidente de los Estados Unidos porque sigue emperrado en que Canadá sea el 51 Estado dijo: "Nunca, de ninguna manera, seremos parte de Estados Unidos". Declaró además que defiende el modo de vida de los canadienses y su salud: "En Estados Unidos la salud es un gran negocio, mientras que en Canadá es un derecho". Siempre me ha parecido sorprendente el planteamiento del país más rico del mundo: con un gasto militar grandísimo, que haya que pagar por la sanidad y si, por ejemplo, te cae un cáncer, puede

arruinarte también económicamente.

Ganamos el mundial. Creo que mucha gente estuvo en vilo hasta el final, no solo por la emoción del encuentro, sino por la posibilidad de que el presidente del país anfitrión influyera en el árbitro, como había hecho antes en otro partido, donde una tarjeta roja se cambió a amarilla, y el temor de que hiciese lo mismo. Afortunadamente, todo quedó en el aire, aunque hubo voces que pidieron que se repitiese el último partido. Curioso el final. Patadas y puñetazos. Tensión en el campo que explota y se retransmite a todo el mundo.

Pero un hecho que no ha sido suficientemente comentado es la verdadera causa del triunfo de España en los mundiales. La cuenta Elvira Lindo cuando acompaña a Elena Laguía, que trabaja en proyectos con gente mayor en pueblos con muy pocos habitantes y una mujer mayor dice "que vio el Mundial de fútbol con las amigas de la brisca y que temiendo por la victoria de España rezaron el responso a San Antonio. Ella le tiene mucha ley. No sólo le pedía un gol para España, sino que lo metiera un valenciano. Se ve que a Ferran Torres le llegó el encargo."

» Salud, Humor y Risa

Y San Antonio salió del encargo también feliz. Pues en algunos pueblos existía una antigua tradición de “tirar el santo patrón al agua” si, en periodos de sequía, tras sacarlo en procesión y pedirle lluvia, no caía ni gota. Decían: “Si no llueve, ¡al pilón!”. Hay santos y santos. Y unos funcionan mejor que otros.

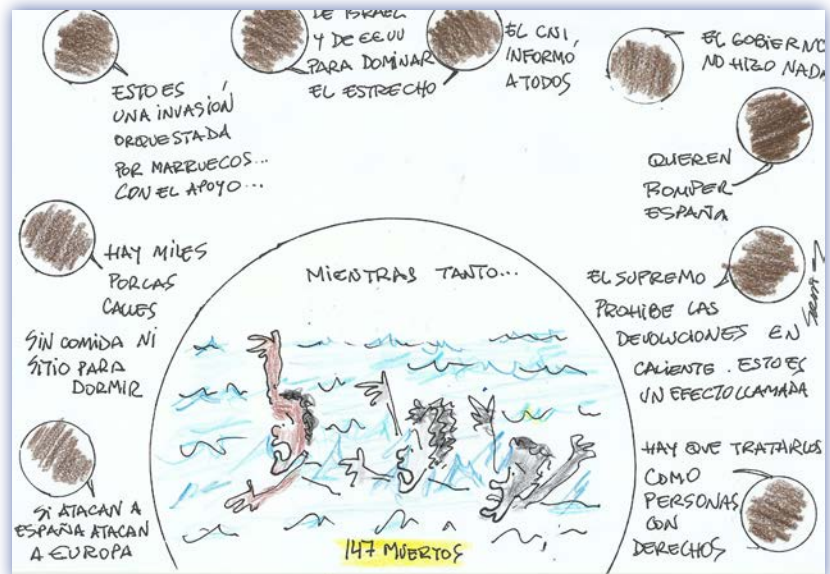
El eclipse de sol de tu vida. Pues tuvo a la gente entretenida durante unos días. Que si las gafas, que si los sitios para verlo. Que va a haber unas aglomeraciones tremendas de gente. Que el tráfico va a ser antológico. Que en las localidades donde se va a ver perfectamente han subido los precios de los hoteles una enormidad. Que precauciones para verlo, siempre con gafas. A pesar de la matraca ha habido cientos de personas con lesiones oculares por mirar sin protección. Que si esto no va a volver a pasar en tu vida. Que si datos y datos y... unos días con el personal sin poner en la portada de su día las críticas al Gobierno. Perfecto.

Contemplando el universo

Luego vino la alineación de cinco planetas y la lluvia de las Perseidas, que para quienes tienen un cielo sin contaminación lumínica es una experiencia fantástica y entretenida, porque además se puede pedir un deseo por cada una que veas. “Espero que todos estos acontecimientos hagan pensar que somos una roca que viaja por un universo desconocido, y que la tenemos que cuidar”, decía un astrónomo. Yo tengo mis dudas de que esto haga pensar a quienes habitualmente no piensan. Lo importante es disfrutar de una experiencia así. Aún recuerdo la cantidad de campamentos que he organizado, y siempre me ha gustado dormir fuera de la tienda. Me solía despertar de vez en cuando y volver al sueño tras un buen rato de contemplación en esa catedral del universo.

Ceuta. La policía marroquí les deja pasar y la española no quiere reprimir la entrada con violencia. Vienen por tierra y mar. 147 fallecen ahogados. Apparently han sido convocados por las redes sociales, y así crean esa marea humana imparable. La sentencia del Supremo que prohíbe la devolución “en caliente” de los migrantes que accedan a España por la vía marítima, y se llega a hablar de “consecuencia directa de la llegada masiva los días 30 y 31 de julio”. Otros hablan de geopolítica: Gibraltar es uno de los pasos más importantes del comercio mundial. EE UU, Israel y Marruecos quieren el control en manos de un aliado, no de alguien que le pone pegas a su control. Tienen que tumbar este Gobierno.

Y ante un panorama desolador de gente que deambula por la calle con lo puesto, miles de personas buscando qué comer, dónde dormir, a quién dirigirse, nuestros dirigentes se enzarzan en una serie de acusaciones: que si se sabía, que si no, que si hay que devolverlos sin más, que si no, que hay que



identificarlos y seguir un procedimiento legal que lleva tiempo

En medio de este caos, vemos que aún hay alguna mujer que lleva comida a grupos de muchachos, otra que acoge cinco en su casa... y otros que ayudan. Aunque ha habido casos puntuales, manifestaciones, insultos, y aunque aún sigue siendo grave la situación, también hay personas que consideran a los demás como personas, sin importarles otras cosas. “Soy ingeniero eléctrico. Trabajo 12 horas diarias. Gano 300 €”. “Yo no puedo regresar a mi país. Me secuestraron como niño soldado tres años hasta que me escapé”. El problema es complejo.

Tras el eclipse, me alegro de que no salieran voces a defender que esto tenía que llamarse “la eclipsis” para luchar contra el machismo imperante en el lenguaje.

Descarga la App de COM Salamanca



AGENDA

CONSULTAS



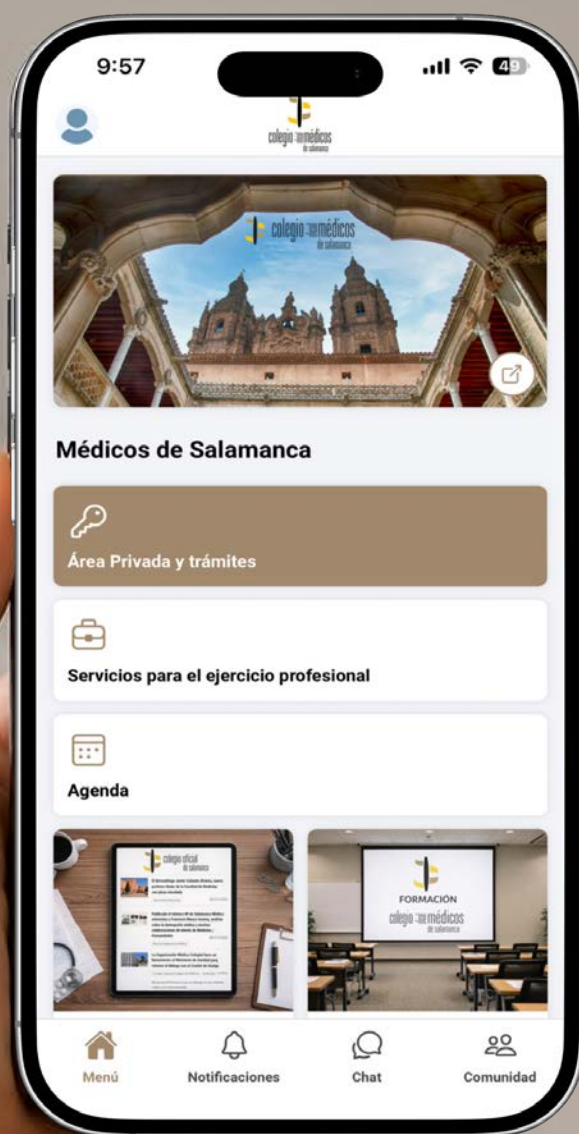
NOTICIAS



ALERTAS



CHATS



Escanea , descarga la
App y haz Log in con
tus claves del área
privada



¡IMPULSA TU DESARROLLO PROFESIONAL!