

Opinión: Colaboraciones internacionales en neurocirugía — entre la narrativa bienintencionada y la inercia estructural

Autor: Dr. Juan Sales-Llopis

Introducción

El artículo publicado recientemente en **Brain Spine** por Marchesini et al., ¹⁾ que pretende analizar los factores interpersonales y sistémicos en las colaboraciones neuroquirúrgicas entre Europa y los países con recursos limitados, me ha dejado una sensación ambigua: un trabajo bienintencionado, incluso necesario, pero que termina siendo políticamente correcto y prácticamente estéril.

La nobleza del marco, la debilidad del fondo

Nadie duda de que conceptos como respeto mutuo, planificación estructurada o continuidad institucional son deseables. Pero cuando se convierten en **lugares comunes sin mecanismos de implementación**, dejan de tener fuerza transformadora. El estudio identifica 12 temas —todos lógicos, todos plausibles— pero no ofrece ni una sola herramienta práctica para evitar que estas colaboraciones sigan dependiendo del entusiasmo personal, del voluntarismo institucional o, peor aún, del paternalismo encubierto.

¿Dónde están los fracasos?

Resulta sintomático que no se incluyan **casos fallidos**. No hay análisis de fricciones, de rupturas, de promesas incumplidas, de conflictos culturales o de desequilibrios de poder. ¿Cómo se pretende construir un modelo si no se exploran los límites de lo que no funciona? La falta de autocrítica debilita el marco propuesto. Una colaboración real no puede evitar el conflicto, debe aprender a **gestionarlo**.

Neurocirugía y madurez institucional

Uno de los vacíos más llamativos del estudio es la ausencia de estratificación según el grado de madurez de las instituciones participantes. No es lo mismo colaborar con un hospital universitario con décadas de formación que con un centro periférico en plena construcción. **La asimetría no es solo económica o tecnológica: es epistémica y estructural**. Y si no se aborda, perpetúa dependencias en lugar de resolverlas.

¿Qué necesitamos?

- Un **marco operativo** que distinga claramente entre colaboraciones asistenciales, formativas, investigadoras o de transferencia tecnológica.
- Indicadores de seguimiento que evalúen no solo los outputs, sino los **impactos a largo plazo** sobre el sistema receptor.
- **Auditorías independientes** y bidireccionales: el colaborador del Norte debe ser también objeto de evaluación.
- Un registro público de **fracasos colaborativos**, para que dejen de ser tabú.

Conclusión

La cooperación internacional en neurocirugía es un imperativo ético. Pero si queremos que sea algo más que una vitrina de buenas intenciones, debemos exigir **más rigor, más herramientas y menos retórica**. A falta de eso, seguiremos leyendo artículos que nos dicen lo que ya sabemos y **evitan decirnos lo que necesitamos corregir**.

Porque la buena voluntad no basta. Hace falta estructura. Y también autocrítica.

Plan de acción para colaboraciones neuroquirúrgicas internacionales eficaces y sostenibles

1. Diagnóstico: ¿Qué está fallando?

Las colaboraciones internacionales en neurocirugía, especialmente entre Europa y regiones con recursos limitados, presentan una serie de deficiencias estructurales:

- Falta de marcos operativos claros.
- Ausencia de criterios para definir éxito o fracaso.
- Poca transparencia en la selección de socios y proyectos.
- Narrativas idealizadas que omiten conflictos o asimetrías reales.
- Excesiva dependencia del voluntarismo individual.

2. Objetivo general

Transformar el modelo actual de colaboración internacional en neurocirugía en un sistema:

- **Estructurado.**
- **Bilateralmente transparente.**
- **Evaluado con indicadores objetivos.**

- **Orientado a la autonomía institucional local.**

3. Componentes del plan

3.1. Establecer un marco operativo común

- Crear una **tipología oficial de colaboraciones neuroquirúrgicas**: asistenciales, académicas, formativas, estructurales, investigadoras.
- Exigir la firma de un **convenio formal institucional bilateral**, con cronograma, objetivos, roles y responsabilidades.

3.2. Implementar herramientas de evaluación continua

- Definir **indicadores medibles** para cada fase (ej. número de neurocirujanos formados localmente, sostenibilidad quirúrgica sin apoyo externo, etc.).
- Incluir una **evaluación externa anual independiente**, con participación local.
- Crear un **sistema de semáforo** (verde-amarillo-rojo) para el estado de las colaboraciones.

3.3. Auditoría ética y epistémica

- Revisar anualmente los proyectos para detectar:
 1. **Desigualdades no reconocidas.**
 2. **Uso extractivo de datos clínicos sin retorno local.**
 3. **Ausencia de autoría compartida en publicaciones.**
- Incluir criterios de **accountability inverso**: ¿qué compromiso mantiene el centro europeo una vez se retira?

3.4. Base de datos internacional de experiencias (positivas y negativas)

- Plataforma pública en *Neurosurgery Wiki* u otra instancia neutral, con fichas estandarizadas de:
 1. Proyectos exitosos.
 2. Proyectos fallidos: causas, impacto, lecciones aprendidas.
 3. Recursos formativos compartidos.

3.5. Formación obligatoria en “ética de colaboración internacional”

- Breve curso (online o híbrido) para todos los profesionales que participen:
 1. Historia de las asimetrías sanitarias globales.
 2. Conceptos de apropiación, paternalismo, epistemología del sur.
 3. Prácticas responsables en coautoría, consentimiento, transferencia tecnológica.

3.6. Red de mentores locales y pares internacionales

- Promover un sistema dual:
 1. Mentoría clínica/formativa por pares europeos.
 2. **Mentoría institucional y cultural por líderes locales.**
- Incentivar la **co-construcción de soluciones**, no la exportación de modelos quirúrgicos.

4. Ejemplo práctico de aplicación

Colaboración hipotética: Hospital Universitario de Valencia + Hospital regional en Zambia

- Tipología: asistencia + formación en neurotrauma.
- Indicadores:
 1. Reducción de derivaciones externas >50% en 2 años.
 2. Primer neurocirujano formado en cirugía espinal básica localmente.
- Fase de desarrollo: cada 6 meses revisión mutua + mentoría bilateral.
- Publicación conjunta de resultados + caso de éxito o fracaso documentado en la base de datos.

5. Implementación

Fase piloto en 2025-2026 con 3-5 proyectos seleccionados. Supervisión conjunta por:

- Observadores externos (no implicados en los proyectos).
- Coordinador clínico y coordinador institucional por parte de cada país.

6. Publicación y difusión

Resultados y herramientas compartidas libremente en:

- [Framework operativo en Neurosurgery Wiki](#)
- Revistas de acceso abierto.
- EANS, WFNS y plataformas institucionales de LMICs.

7. Conclusión

No necesitamos más discursos sobre la importancia de colaborar.

Lo que necesitamos es una **arquitectura de colaboración que resista la idealización, sobreviva al entusiasmo y produzca autonomía.**

Porque la ética, sin estructura, es solo discurso.

¹⁾

Marchesini N, Butenschoen VM, Demetriades AK, Ahmada SI, Hoque F, Kapapa T, Kamalo PD, González-López P, Mahesperan R, Petr O, Peul W, Rutabasibwa NB, Dos Santos Rubio EJ, Aklilu AT, Timothy J, Uche EO, Tisell M. Interpersonal and systemic factors in initiating, developing and maintaining collaborations between European neurosurgical departments and institutions in low-resources settings: A qualitative study. *Brain Spine*. 2025 Jun 19;5:104303. doi: 10.1016/j.bas.2025.104303. PMID: 40656432; PMCID: PMC12246693.

From:
<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=es:international_partnership

Last update: **2025/07/15 20:25**

