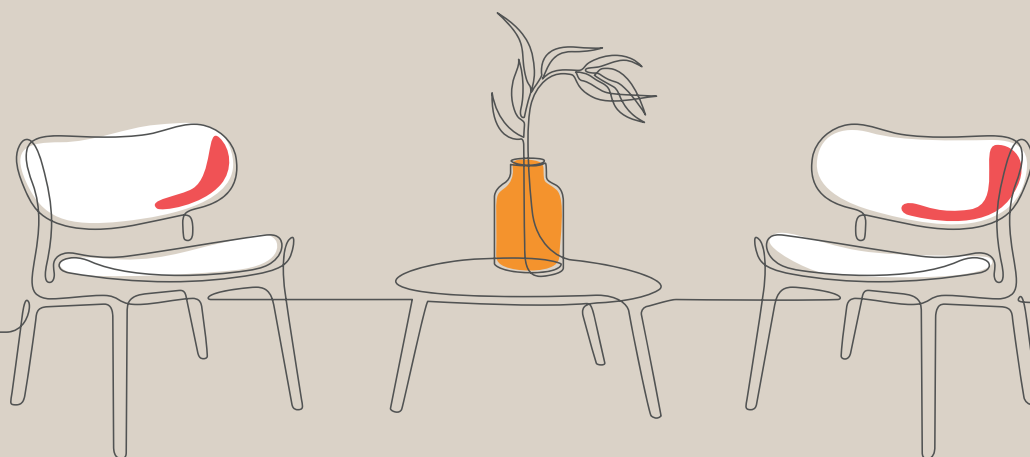




presentan

# *Nuestros* Maestros



03 Entrevista a:  
*Humberto Villavicencio*



# *Nuestros* Maestros

03

Entrevistador

*Francisco M. Sánchez-Martín*

Entrevistado

*Humberto Villavicencio*

# Prólogo

Humberto Villavicencio Mavrich es uno de los Grandes Maestros de la Urología española de finales del siglo XX e inicios del siglo XXI. Todos aquellos que nos hemos formado con los Cursos de la Fundación Puigvert lo sabemos bien. Humberto no solo ha sido Maestro para quienes han vivido de primera mano su excelencia profesional, sino también para muchos que hemos recibido sus enseñanzas clínicas y quirúrgicas, o que hemos compartido con él “mesa y mantel”. La Fundación Puigvert, institución emblemática que con buen atino ha dirigido durante décadas, ha sido también un centro crucial para la formación de urólogos y para la génesis de evidencia científica. Muchos somos quienes en innumerables foros científicos y profesionales hemos tenido la oportunidad de recibir sus enseñanzas.

El doctor Villavicencio ha liderado varias generaciones de urólogos comprometidos con la gestión eficiente. Fue pionero en entender la importancia de la protocolización de la actividad asistencial, y en la búsqueda de la excelencia personal y profesional. Su talante humano también le ha permitido alcanzar una emblemática posición en la dirección de sociedades científicas, nacionales e internacionales. Su capacidad de hermanar comunidades urológicas de habla española y portuguesa, la comunidad mayor de profesionales urólogos en el mundo occidental, bajo las siglas de la Confederación Americana de Urología le hizo ser admirado por los líderes de otras grandes asociaciones como la *European Association of Urology* o la *American Urological Association*. Humberto Villavicencio aglutinó también con éxito la Asociación Española de Urología, modernizándola y celebrando su primer centenario, y la vinculó estrechamente a esas sociedades internacionales; sin dejar de velar por la *Societat Catalana d' Urologia*, que previamente presidió.

Sus enseñanzas han formado varias generaciones de urólogos. En su entrevista, brillantemente dirigida por el doctor Francisco Sánchez, nos cuenta su larga trayectoria profesional y nos deja ver también su humanidad y el respeto por el paciente que sufre. Humberto Villavicencio muestra también sus dotes de excelente comunicador, y su preocupación permanente por la formación y por el futuro de los jóvenes urólogos. Humberto no solo ha creído que la tecnología beneficia al paciente y al profesional, sino que ha sido un ejemplo de superación permanente. Por poner un ejemplo, pocos Maestros han dominado la técnica de prostatectomía perineal, retropúbica y robótica -para el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de próstata-, como él ha sido capaz de hacer durante su trayectoria profesional.

No menos revelador del carácter de Nuestro Maestro es que siempre se ha intentado rodear de profesionales excelentes para las tareas que ha acometido, muchos grandes nombres que le han acompañado en su trabajo y en sus tareas institucionales. Todos hemos reconocido la grandeza de su visión y su amor por la Urología Española.

Por todo ello la Asociación Española de Urología y su Oficina de Historia están muy orgullosas de dedicarle este número de Nuestros Maestros.

***Carmen González Enguita***

Presidente, Asociación Española de Urología

***Javier Angulo***

Director, Oficina de Historia

*Humberto*  
Villavicencio

*Nuestros*  
Maestros





*Hoy tenemos la suerte de tener entre nosotros a uno de los urólogos más visionarios de los últimos tiempos, alguien entre cuyos logros podemos destacar el haber sido el primer cirujano en realizar cirugía robótica en España. Estamos con el doctor Humberto Villavicencio Mavric. Buenos días, doctor.*

*Hemos comenzado destacando el hecho de haber puesto en marcha la robótica quirúrgica en España. ¿Cómo vivió esa época?*

Buenos días. Muchas gracias por esta entrevista. También quiero agradecer a la Oficina de Historia, que veo que sigue siendo muy dinámica, sobre todo con Javier Angulo, y por supuesto, gracias a la Asociación Española de Urología, a la que dediqué cuatro magníficos años.

Bueno, la urología ha vivido muchas etapas, desde la endoscopia por Nitze; hay que ir revisando y adaptándonos a las épocas actuales. Nosotros estábamos ya empezando el siglo XXI, en 2005. Tuve la gran suerte de ser muy amigo de Mani Menon, que recibió una dotación de 20 millones de dólares, de parte de otro hindú multimillonario, para promover sus urólogos hindúes en Norteamérica.

Él dedicó esos millones a la robótica, y fue uno de los avanzados. Presentó en los congresos americanos los primeros pasos, en 2001, 2002 y 2003, y fue cuando

*Si le parece, vamos a hacer un poco el recorrido de su vida. Vamos a volver a esa época infantil, juvenil, que usted pasa en su país de nacimiento, Bolivia. ¿Qué recuerdos tiene de su familia, de sus estudios?*

yo me interesé, porque vi que después de la cirugía abierta, y de la laparoscopia, que tenía sus limitaciones, teníamos que apostar por la tecnología del siglo XXI con una tecnología superior, que era el robot Da Vinci.

Del Robot Da Vinci había dos casas, la Motion y la Intuitive, que después se fusionaron. Y me llamó mucho la atención, porque en 2001 se realizó la primera intervención transoceánica: el cirujano estaba en Nueva York y el paciente de Estrasburgo. Y por eso quise por todos los medios introducirla en la Fundación Puigvert, como así fue.

Mi familia era una familia acomodada de aquellos tiempos, muy numerosa. Éramos diez, cinco chicos y cinco chicas. Yo era el noveno. Entonces, en la zona donde vivíamos no había colegios importantes, como sí hay ahora. Las madres, que se encargaban de la educación, nos enviaban a los mejores colegios, y yo me crié, prácticamente desde los 12 años, en el Sagrado Corazón de los Jesuitas, que estaba en Sucre, que es la capital legal de Bolivia. Allí pasé hasta el último año de bachillerato, y luego me fui a Estados Unidos, finalizado el High School, con la intención de quedarme allí a hacer una profesión. En ese momento, yo estaba muy, muy entusiasmado con la ingeniería geológica; yo iba para ingeniero geólogo. Lo que pasa es que el sistema educacional de Norteamérica es muy distinto. Yo venía de un colegio jesuita con gran bagaje cultural y en el sistema americano, el último de High School, tiene cuatro materias: te dejan Historia e Inglés obligatorias, y escoges las otras dos. Eso sí, son honrados y te dicen: si usted va a estudiar ciencias, tiene que estudiar cuatro materias más.

Mi madre quería que yo hiciera una obra social y yo, para complacerla, le propuse que, si convencía mi padre (porque era aquello el antiguo “orden y mando”),

empezaría a estudiar dos años de medicina, por si me gustaba.

Entonces me trasladé, por amigos y familiares, a Zaragoza, a una buena universidad, céntrica, de las antiguas, con grandes pilares en la Plaza Valparaíso, al final del Paseo Independencia. Llegué y me sentí muy acogido; tuve grandes amigos, como Rafa Ranera. Hice tres internados, como los llamaban entonces, para implicarse en la cátedra. El primero fue Patología, Cirugía y Urología. Eso me sirvió, porque allí conocí a Luis Ángel Rioja, a José Gabriel Valdivia y a José Miguel Liédana, grandes amigos, que me introdujeron junto con el profesor Romero Aguirre, el catedrático, porque había pocas cátedras en aquel tiempo; creo que solo había cuatro cátedras que daban la materia de Urología.

Vi que había grandes cosas que me satisfacían. Yo iba para cirujano en ese momento. Cuando hice el primer examen, que fue de biología, tuve la gran suerte de que saqué la mejor nota, y me nombraron jefe de cadáver. Jefe de cadáver quería decir que el catedrático y los adjuntos te enseñaban a ti y tú, al resto de tus compañeros. Por tanto, era doble enseñanza. Y eso fue el eslabón para que me decidiera por la medicina, y posteriormente por la urología.

*Ya tomando la tradición puigvertiana, puesto que Antonio Puigvert también empezó así su carrera: como anatomista, como jefe de mesa, y luego ya pasó a la urología.*

Hay que tener en cuenta que el programa MIR nació en 1970. En el 73 hubo un simulacro, fue un rodaje en el 78, y en el 84 ya, una formalización absoluta. Como yo quería hacer urología, mis compañeros me dijeron que el mejor centro en España, en aquel momento, era con el doctor Puigvert. No era la Fundación, no existía. Ni siquiera se identificaban por el servicio; era la personalidad a quien se le atribuía ese mérito. Y fue así como en enero de 1974 entré de residente. Al terminar, él me ofreció, junto con otro muy amigo mío,

*Bueno, de residente hasta patrono, es una carrera muy larga. Usted ha pasado muy rápido por la época de residente. A mí me gustaría quedarnos ahí, en ese momento, con alguna anécdota, porque vivir con el doctor Puigvert (usted ha sido discípulo directo de él) fue una experiencia intensa, ¿no?*

Albert Rousaud, proseguir en la misma institución. Yo seguí como adjunto, jefe clínico y subdirector. He sido 16 años director y ahora soy miembro del Patronato: el máximo estamento que se encarga de todo el factor económico, financiero y de las inversiones, y también elabora la guía para poner a punto las tecnologías que se vayan incorporando.

Sí, en aquellos tiempos teníamos la ventaja de que, los primeros seis meses, estaba uno con el doctor Puigvert. Este fue un centro único a nivel mundial. Hay otros, pero no como este. Estaba implantada la parte hospitalaria y él propuso que le permitieran hacer su clínica privada. Él tenía su clínica privada en la calle San Juan. Le permitieron hacer ahí su clínica privada, para facilitar la equidad. A mí me pareció estupendo, porque en la parte hospitalaria teníamos concierto, fue uno de los pocos centros de aquel momento que tenían concierto con el Instituto de Previsión Nacional, que actualmente aquí es el CatSalut. Entonces, en la parte hospitalaria hacíamos la parte asistencial y también, muy importante, la parte de investigación y la docencia; y en la parte de la clínica privada, en lugar de tener que mudarnos a otra clínica a media hora, para retener a los talentos, cuando llegaba un top de la biología, nos permitían hacer la actividad privada en la clínica privada. Por tanto, aquello era un binomio, y ese binomio lo viví con el doctor Puigvert los primeros seis meses, en los que él operaba mucho en la parte hospitalaria, que era prácticamente beneficencia, mientras en la clínica privada había gente multimillonaria: muchos árabes, todos los grandes políticos de la sociedad de aquel tiempo, en tiempos de Franco. Y él viajaba mucho, muchísimo, a Sudamérica: ha operado a muchos presidentes de Sudamérica, es decir, tenía un bagaje importante como personalidad docente y gran maestro quirúrgico, muy humanitario y muy estricto. En cuanto a sus anécdotas recuerdo algo

*Fueron también los años de la cirugía de la tuberculosis.*

*Usted hace además su tesis sobre tuberculosis, pero qué duda cabe, que esta enfermedad les vino muy bien para coger rodaje en la cirugía que desarrollaron posteriormente. Usted también estuvo en los primeros tiempos del trasplante renal. ¿Qué recuerdos tiene de esa época?*

que yo entendía como una gran humildad por su parte. Decía: “Imbécil del maestro cuyo discípulo no lo supere. Yo jamás permitiré que mi maestro sea un imbécil”.

En aquellos tiempos, el impacto epidemiológico de la tuberculosis era similar a lo que hoy es el cáncer renal. Entonces había muchos casos, y no estaban claras las directrices: estaba la isoniacida, la rifampicina, la estreptomycin, que quedó marginada, especialmente por sus efectos secundarios... Ya no se extirpaban los órganos, porque a medida que hacíamos nefrectomías parciales, resulta que aquello era todo necrosis. Entonces, veíamos las estenosis post curación. Y así hice muchísima experiencia con infundibuloplastia. Hicimos una técnica que el doctor Puigvert nos enseñó, que iba muy bien en la tuberculosis: el puño de camisa. Y él tuvo la genialidad de adelantarse al doble J actual. Tenía un catéter cónico olivar con cabeza de cobre que nos permitía extraerlo cuando dejábamos un catéter por cualquier circunstancia al riñón, a la vejiga. O sea, se adelantó, en sus tiempos, al doble J.

Tuve la gran oportunidad de que el doctor Puigvert dirigiera mi tesis doctoral, y me dieron un sobresaliente cum laude. Yo insisto en que todo el mundo debe hacer la tesis doctoral. En aquellos tiempos no era fácil, porque el tribunal era a sorteo, pero es un acto tremendamente docente, en el que lees, te califican, y, por primera vez, el propio tribunal se pone de pie y te da la mano en igualdad, porque, académicamente, ese es el último eslabón. Puedes adquirir cargos políticos, pero académicamente la tesis es el máximo.

En cirugía, él hacía mucha prostatectomía radical por el cáncer, vía perineal. Él me la transmitió y fuimos dos en España los que practicábamos esta técnica realmente bella, lo que pasa es que no tuve seguidores porque

los urólogos tenían miedo de la intervención por el recto, porque había que entrar muy bien y con el rumbo adecuado. La Asociación Europea de Urología me dio un premio por esta técnica bellísima.

Después, tuve la gran oportunidad de que la tuberculosis produjera insuficiencia renal con estenosis de los dos uréteres y la vejiga retraída, e hice algunos casos de ampliación de vejiga con estómago. También otra belleza de cirugía. Lo que pasa es que dejamos de hacerla, sobre todo en insuficiencia renal, porque el intestino absorbe mucho, y era contraproducente. Las vejigas con estómago se comportaban bien, pero a largo plazo producían mucha hematuria y dejamos de hacerlas.

Después vinieron todas las cirugías reconstructivas de la vejiga por cáncer, las sustituciones... hicimos de todo, incluso la de Koch, que no tenía ningún sentido hacerla, el Mainz II al recto, que tampoco... Y con el doctor Solé Balcells, que fue otro de mis maestros, decidimos que para tener una estadística grande teníamos que hacer una sola, y nos decidimos por la vejiga de Studer. Una gran estadística. Después de Studer, la nuestra fue la mayor a nivel mundial. Eso me sirvió mucho, porque yo era también jefe del departamento de Cirugía Experimental, primero con perro, luego con conejo, con rata...

A la medicina hay que dedicarle mucho tiempo. El 80% de tu tiempo tiene que ser el amor a la medicina, el 20% restante dedicarlo a la hora 25, como yo llamo a la diversión, pero si lo haces a la inversa, pues, evidentemente, vamos mal.

*En la parte ya de madurez, usted ya se centra en la oncología y consigue logros como el de introducir una derivación tipo Studer, y otros logros como las primeras cirugías abiertas de prostatectomía radical vía hipogástrica, ya de cara a la jefatura, que se produce en 2002. ¿Cómo vivía usted esa época de jefatura, como la desarrolló?*

Bueno, las cosas vienen en un momento determinado y uno tiene que decidir. Nosotros un cambio estructural y generacional importante en dos ocasiones: Una fue cuando el doctor Solé se hizo cargo de la parte asistencial y docente de la Fundación. Yo fui el secretario de docencia con él, y aumenté mi bagaje y experiencia, y él, lo primero que hizo, fue organizar el equipo de trasplante renal, y me nombró jefe de trasplante renal. Tuvimos una ventaja: en 1980 hubo una ley, la primera a nivel mundial, que nos permitía extraer los riñones en cadáveres sin pedir permiso a la familia. Es una ley socializada en beneficio de las personas que estaban en diálisis, a quienes un trasplante renal les devuelve la vida sin la esclavitud de una máquina. Eso me sirvió de bagaje.

En aquella época, los endoscopistas operaban los tumores superficiales, y cuando se hacían infiltrantes nos los pasaban a nosotros. Allí, yo era jefe de toda cirugía abierta, incluido el cáncer de testículo. Después me hice cargo de toda la oncología, y en ese ámbito tenemos incluso películas premiadas por la Asociación Europea de Urología, como las de las grandes masas retroperitoneales.

En el cáncer de testículo hubo una gran revolución. Empezamos por el estadiaje. En aquellos tiempos, la ecografía y el TAC empezaban a aparecer, pero aún no éramos duchos en su uso. Por eso, ante el cáncer de testículo en estadio uno, hacíamos la linfadenectomía, pero al final me negué a seguir haciéndola, porque aparecieron los primeros marcadores tumorales, con los que ya teníamos bastante experiencia para hacer seguimiento sin ninguna intervención quirúrgica.

Nos dedicábamos entonces a la intervención de las grandes masas retroperitoneales. Era una vía que nadie conocía bien, porque tampoco conocíamos la vía de metástasis del cáncer de testículo, que

*Finalmente, usted también evoluciona dentro de la jefatura; llega el momento de la robótica. ¿Quizá el mayor logro que tuvo usted en la jefatura fue este, la robótica?*

es fundamentalmente retroperitoneal. Cuando la quimioterapia barría, entrábamos nosotros. Había algunas cirugías especiales, como la linfadenectomía de rescate en la localización retrocruca, donde había que levantar el hígado y entrar por atrás. Por esta cirugía del espacio retrocruca recibí también un premio de la Asociación Europea de Urología.

En cuanto a la prostatectomía radical abierta que mencionabas, las hacíamos unas tres veces por semana.

Hubo una gran transformación. Primero, era el segundo cambio generacional conmigo. Lo que hice fue poner orden siguiendo los criterios de la Asociación Europea, que nos aconsejaban que todas las subespecialidades llevaran el nombre de la urología antes que la patología en concreto. Unifiqué toda la oncología; ya no dependía de los endoscopistas, porque, al fin y al cabo, era una técnica quirúrgica. Potencíé la Unidad de Urología Oncológica, y después estaba la Litiasis, la Uropediatria, la Urodinamia e Incontinencia, el equipo de Trasplante Renal y también creé otra unidad, la de Cirugía Reconstructiva. Eso fue el instrumento, la herramienta, que nos permitía articular la acción, quedando así vigente.

Cuando fui director, como ya tenía un bagaje importante en la cirugía, no quise seguir operando en la parte hospitalaria, para darle oportunidades a los míos, porque si seguía operando, no serviría de nada. Entonces me dediqué a la clínica privada, salvo por casos puntuales, especialmente complicados, que nos llegaban de toda España, de Portugal y de Inglaterra. Ejercí así tanto la parte hospitalaria como la clínica privada.

La cirugía abierta era muy agresiva. En grandes cirugías, casi el 20% se transfundía. La laparoscopia

tenía sus grandes limitaciones, se opera con un solo ojo y con unos instrumentos que no sabes cómo manejar hasta que los articulas.

La robótica era otra cosa; una tecnología que nos parecía impensable. Sentado en la consola, tenías visión tridimensional. Cuando yo operaba estructuras muy finas en cirugía abierta, me ponía las gafas de aumento. La robótica ofrecía hasta diez aumentos. Era un espectáculo. Desaparecía el agotamiento, operar era una diversión. Ya no operabas con los diez dedos, sino con los dos primeros de cada mano. Esas cirugías eran precisas, y se acabaron las transfusiones sanguíneas. La recuperación del paciente era tan rápida que prácticamente al día siguiente los pacientes estaban leyendo el periódico. Fue un gran acierto. Hubo que pelear mucho, porque la gente no entendía este tipo de tecnología, pero tuvimos la suerte de ser los pioneros, y yo, el primer cirujano en operar una prostatectomía radical con el robot DaVinci en España, en julio de 2005.

*También, en la parte docente, siguió usted con la tradición de los cursos de Fundación. Eso también fue, me imagino, uno de los eslabones importantes.*

Sí. Aquí en la Fundación Puigvert, cada tres años tenemos un curso internacional compartido alternativamente con Nefrología y con Andrología. Estos cursos son multitudinarios, de 700 u 800 asistentes, con los top a nivel mundial. Mani Menon ha venido varias veces. A Alberto Breda y Lluís Gausà los envié yo a India, por consejo de Many Menon, para que se entrenaran en trasplante. De hecho, ellos fueron los primeros, aquí en Europa, en hacer un trasplante completo con el Robot DaVinci.

Son muchas innovaciones y mucha gestión, porque no hay que olvidar que yo también fui presidente de la Sociedad Catalana de Oncología, y coordinador nacional del grupo oncológico. Todas esas son experiencias, tanto en docencia, como en gestión: un instrumento muy importante, que también es un desafío, para mí y para todos los urólogos. Para eso hice tres cursos de gestión, en IESE, EADA y ESADE.

*Y después, hace usted  
aquella campaña, se  
presenta la candidatura de  
la Asociación Española de  
Urología, y la gana.*

Tuve la gran oportunidad de ser invitado por distintos urólogos de España a presentar mi candidatura a la Asociación Española de Urología. En las primeras presentaciones que se hacían con imagen, expuse cuál iba a ser mi proyecto. Fue en Valencia, en junio de 2009, donde se convocaban a votación el presidente, el vicepresidente, el tesorero y el vocal de Actividades Científicas. Salí elegido con mayoría absoluta, lo que te beneficia mucho, porque te da fuerza para sacar adelante los proyectos.

Me encontré con un vicepresidente extraordinario, Carlos Hernández, que me suplía cuando yo por cualquier motivo no podía asistir a determinadas reuniones, sobre todo con el Ministerio y la Comisión de Especialidades. También salió elegido de tesorero Alfredo Rodríguez Antolín, y como vocal de Actividades Científicas, José Manuel Cózar. El secretario de actas era Jesús Moreno, y otro fenómeno, Antonio Alcaraz, era el secretario general.

La primera sorpresa, el primer frenazo, con toda la ilusión del inicio, fue que junio, julio y agosto son de vacaciones en la AEU. A finales de agosto me llamó el abogado que también hacía de economista (más de abogado que de economista) para decirme que no teníamos dinero para pagar al personal.

Se había decidido comprar el segundo piso de la sede de la Asociación. El pago no se había completado, sino que dejaron pendientes 47 cuotas, una especie de hipoteca de subrogación que yo terminé de pagar en mayo del 2013. A partir de ese momento, la sede pasó a ser completamente nuestra. El coste total fue de 2.100.000.

Primero, transformamos el auditorio de la AEU, que tenía una capacidad para 47 asientos, y lo hicimos para 75, porque allí realizábamos los cursos de los

R5, y también sirvió para el examen EBU, que antes pagábamos nosotros. Convoqué una plenaria, en la que participan todos los presidentes autonómicos y los coordinadores de los grupos de trabajo, y les hice una propuesta para solucionar el problema económico y la sostenibilidad económica de la institución: unir los grupos de trabajo de tres en tres. Fue un experimento que hicimos en Madrid. Antes los congresos se repartían, lo cual está bien cuando hay dinero, pero en aquel momento había unidades que perdían mucho dinero y otras que no. Para motivarles, organizamos cirugías abiertas. Lo aceptaron y quedó firmado.

Hasta entonces, las plenarios de los presidentes autonómicos incluían cena la noche anterior, al día siguiente la asamblea y la comida. Propuse quitar la cena y el hospedaje para ahorrar, y ahorramos mucho dinero. Se explicó bien, lo entendieron, lo firmaron y se empezaron a hacer en un solo día.

Otra de las medidas económicas fue en los congresos. Antes, al mediodía, había servicio de mesa con camarero, vino y todo lo que implica, y nos salía muy caro. Sustituí aquello por un self-service del tipo de los cursos de la fundación, de 12:00 a 15:00 de la tarde, para que cada uno, según su horario, tuviera su momento para la comida.

Después encomendamos a Luzán 5, una empresa de Madrid, un estudio cualitativo, el DAFO, que nos aportó muchísimo, pero muchísimo. También hicimos un programa. Antes se pagaba Planner Media, que era para profesionales, pero no nos interesaba. A nosotros nos interesaba llegar a la sociedad, en un programa de radio con Aparicio en Onda Cero, donde invitamos a todas las personalidades de la biología, para hablar de cada una de las patologías, para que llegara a la sociedad, que el beneficiario final.

Organizamos absolutamente todo y acometimos algo muy importante para la AEU: la transición de ENE Ediciones a Elsevier, la editorial actual.

También entramos a revisar nuestra realidad, que era lo que muchos presidentes habían intentado hacer: el estudio epidemiológico de tres patologías muy importantes en oncología: el cáncer de próstata, el cáncer vesical, y el cáncer renal. No sabíamos la incidencia real. Participaron 25 grandes hospitales, privados y públicos, y los datos de incidencia resultaron muy útiles para la distribución de la salud, para los hospitales y para farmaindustria. José Manuel Cózar ayudó muchísimo a organizar estas tres iniciativas.

Posteriormente, te pedí personalmente que te involucraras en un gran proyecto de investigación clínica que nos interesaba impulsar en la AEU. Aparte de la web, tú eras el director de informática. Lo llamásteis proyecto PIEM, y ahí me presentaste a otros tres fenómenos: Pepe Rubio, Ángel Bórquez y Manuel Espárrago, el informático de la AEU. Este estudio nos ha servido para hacer un seguimiento de vigilancia activa muy útil, algo que tampoco se había hecho con ninguno de los presidentes anteriores.

También fuimos un poco más allá: fuimos de las pocas sociedades científicas que hicieron índices de calidad asistencial, en colaboración con Pfizer, la Fundación Avedis Donabedian y Ramón Linares, y lo publicamos en librito.

Después promovimos introducir al urólogo español en el inglés. Había dos cursos que potenciábamos muchísimo: *Spanish Urology is talking English* y *Rising Stars*, dirigido por Antonio Alcaraz.

También creamos una actividad para mejorar la práctica de la Hipertrofia Prostática Benigna. Creamos

el grupo Delphi de consenso, para ver cuáles eran los mejores tratamientos, porque cuando no hay guías clínicas, los consensos son la referencia.

Impulsamos también algo muy importante para coordinar la actuación entre urólogo y médicos de familia, para mejorar la derivación del generalista al urólogo: cómo seguir al paciente sometido a prostatectomía radical y cuándo devolver al urólogo a ese paciente según los niveles de PSA.

Y también nos tocó un desafío tremendo: el centenario de la AEU. 100 años de su fundación en 1911. Lo hicimos con toda la solemnidad de una sociedad científica: en la Real Academia de Medicina de Madrid y una cena en el Teatro Real. Obsequiamos a cada asistente con un libro con toda la historia de los presidentes de la fundación, que la Oficina de Historia se involucró muchísimo en elaborar, y encargué un reloj con la esfera negra y el logo de la AEU, algo que ya había hecho en Suiza para el Servicio de Urología de la Fundación Puigvert, y que regalamos a todos los urólogos con mando en la AEU.

Pero no nos quedamos ahí. Uno de los desafíos humanitarios que tiene el profesional es hacer una obra social. Por eso apoyamos la continuación de Hombres Nuevos, la fundación del padre Castellanos Franco, organizando dos brigadas de urólogo, enfermera y anestesista. Viajábamos en clase turista, y Humberto Roca, propietario de Euro Sur, nos hacía un *upgrade* y nos llevaban en primera clase, en un avión especial para la ocasión.

*Muchísimas iniciativas, muchísimas actividades, unos años muy productivos también en la CAU, ¿no?*

En la CAU fue un poco más difícil, porque era una organización que agrupaba 25 sociedades de todos los países de América., con mucha disconformidad y falta de cohesión. Lo que hice fue contactar a Luzán 5, hacer el DAFO con todos los presidentes de los países americanos, y eso nos sirvió para reorganizar también la web. Los pasos más importantes fueron transformar los estatutos y los reglamentos, que son como la constitución política de un estado. Nuestra Constitución son los estatutos, los reglamentos, y quedaron muy bien diseñados bajo mi responsabilidad. También, en vez de hacer los congresos cada dos años, los hicimos cada año, porque para la industria era mejor de año en año.

Una cosa muy importante es que le debemos al doctor Puigvert que incluyera en la Confederación Americana de Urología a la Península Ibérica, con España y Portugal. Eso me permitió organizar tanto como secretario general de la CAU como presidente de la Asociación Española de Urología y trabajé muchas cosas.

Una de las cosas más importantes que hice también con la AEU fue con Per-Anders Abrahamsson. Firmamos un convenio para traducir las guías clínicas, y posteriormente otro para que nuestros residentes fueran automáticamente residentes para no pagar en los congresos europeos.

Con esa experiencia previa, trasladé el modelo a la CAU, y firmé con los americanos y los europeos varios memorandos de entendimiento muy beneficiosos. A partir de entonces, los profesores europeos asistían como docentes en el curso CAUREP, y se estableció una sesión plenaria compartida un día con los americanos y otro con los europeos. Y esa fue una gran labor en la Confederación Americana de Urología.

*Y después de toda esta carrera tan productiva, tan completa, llega el momento de la retirada, que ha estado, si no estoy mal informado, llena de premios, de distinciones. Brevemente, ¿cuáles destacarías?*

*¿Cómo definiría usted el legado que nos ha dejado?  
¿Qué piensa usted que ha dejado para los jóvenes?*

A lo largo de tu trayectoria, te llegan también las distinciones. Yo tengo unas 14, entre ellas, el premio Frans Debruyne de la Asociación Europea de Urología, el Premio de Caballero de Cristóbal Colón del presidente de la República Dominicana, o un curso de excelencia urológica en Bolivia que lleva mi nombre.

En la CAU organicé a los miembros de honor y el premio. Tal como aquí en la AEU, el doctor Puigvert donó para que se otorgara a un europeo, un americano y un español, cada año, alternándose, la medalla Francisco Díaz, en la CAU yo implanté el premio Shlomo Raz.

Las sociedades científicas están para premiar y reconocer a los urólogos que han sido distinguidos. A mí me han dado la medalla Shlomo Raz y la de Francisco Díaz, que llevo en mi corazón. Son cosas que uno las siente y las vive con gratitud a la urología.

Ya adivinaba por dónde ibas: la jubilación. La jubilación es un acto netamente administrativo. Yo pedí, cuatro años antes de que me tocara, que me sustituyeran como director, petición que el patronato me negó: “¿Cómo va usted a pensar en esa tontería, siendo un hombre importante?” Tontería para ellos, para mí no. Yo quiero dedicar mi vida a mí mismo, a los amigos, a la familia, divertirme, potenciar la hora 25, sacar tiempo para la música, al teatro... Tenía la cacería, la caza mayor, por Andalucía, Toledo, el Pirineo, un poco en Gerona, también en Argentina... Y mi mayor pasión fue la aviación: me hice piloto, me compré un avión.

En cuanto a tu pregunta, el legado es lo más pretérito que uno puede dejar: las obras y las instituciones siguen, los hombres desaparecen. Es la Historia la que tiene que encargarse de ello. Yo solamente quiero decir que, como legado, he hecho las cosas honestamente

*Concluimos aquí esta entrevista con el doctor Humberto Villavicencio. Ha sido un placer compartir conversación con usted y le agradecemos la gentileza de que nos haya facilitado toda esta información tan interesante y tan relevante.*

para promover a mi gente sin ninguna mezquindad, con suma honestidad y transparencia.

Eso me induce a tener paz conmigo mismo.

Me preguntabas qué aconsejaría a los jóvenes, a los estudiantes: yo creo que lo que yo he vivido es ser perseverante, resiliente, y no olvidar nunca la humanidad de nuestra profesión. Nada más. Gracias.

*Humberto*  
Villavicencio



# Colofón

## **ENTREVISTA AL DR. HUMBERTO VILLAVICENCIO MAVRICH**

*Colección Nuestros Maestros. Oficina de Historia AEU.*

Conversar con el Dr. Humberto Villavicencio Mavrich no es únicamente recorrer la trayectoria de un médico de prestigio internacional, sino también adentrarse en la historia de una vocación construida con disciplina, curiosidad intelectual y una profunda sensibilidad humana. A lo largo de esta entrevista, queda claro que su camino no ha sido fruto del azar, sino de una combinación de esfuerzo constante, formación rigurosa y una mirada abierta a la innovación. Ser pionero en robótica quirúrgica es, probablemente, su mayor logro.

Desde sus años de formación, marcados por la excelencia académica y el compromiso con el conocimiento, hasta su consolidación como referente en el ámbito de la urología, su recorrido profesional refleja una búsqueda permanente de mejora. No se trata sólo de alcanzar objetivos o acumular reconocimientos, sino de entender la medicina como un campo en evolución continua, donde cada avance implica una responsabilidad mayor hacia los pacientes y donde ser visionario es, más que una virtud, una obligación.

El talante y la personalidad del Dr. Villavicencio trascienden la actividad asistencial, implicándose en formar a nuevas generaciones, compartir conocimiento y contribuir activamente al desarrollo de la especialidad urológica. En ella ha sido y sigue siendo maestro. Su perfil encarna el ideal del médico contemporáneo, capaz de combinar experiencia, innovación y

vocación de servicio. Son méritos que ha podido desarrollar en la escuela urológica que ha marcado su vida: Fundación Puigvert.

Pero, más allá de los hitos profesionales concretos y de la metódica atención dispensada a los pacientes, lo que verdaderamente define su trayectoria es el enfoque humano que ha impregnado su conducta. Los que hemos trabajado a su lado, podemos confirmar su proximidad personal y el vínculo establecido con todos y cada uno de nosotros. Esta dimensión, a menudo invisible en un currículum, es la que “pone la guinda” a una labor de más de 50 años.

También resulta reveladora su capacidad de adaptación a los cambios. En el contexto de una urología marcada por los continuos avances tecnológicos y los desafíos sanitarios, ha sabido mantenerse vigente sin perder de vista los principios fundamentales de la profesión. La combinación de tradición y modernidad, claves de su éxito, quedan bien reflejada en esta entrevista, donde abundan datos históricos e ideas de futuro.

En definitiva, su historia no es solo la de un urólogo de reconocido prestigio internacional, sino la de un profesional que ha hecho de su vocación una forma de vivir. Un ejemplo de cómo la excelencia médica puede ir de la mano de la humanidad, y de cómo el compromiso con la urología trasciende fronteras, generaciones y disciplinas.

**Francisco M. Sánchez-Martín**

Urólogo  
Mayo 2026

