



INSTITUTO DE ESPAÑA

MEMORIAS ACADÉMICAS

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA



AÑO 2023



INSTITUTO DE ESPAÑA

MEMORIAS ACADÉMICAS

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA



AÑO 2023

MEMORIAS ACADÉMICAS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA.

AÑO 2023

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS © 2015

Edita:

Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

Imprime: Gráficas San Antonio, C/ Santas Patronas, 24 - 41001 SEVILLA

Teléfono: 954 22 27 47

e-mail: grsanantonio@gmail.com

I.S.B.N: 978-84-09-0.3979-1

Depósito Legal: SE-1432-2018

IMPRESO EN ESPAÑA – PRINTED IN SPAIN

ÍNDICE

AÑO 2023

1) EDITORIAL	11
2) MEMORIA DE LAS ACTIVIDADES DEL AÑO 2023 (leída por el vicesecretario, Ilmo. Sr. Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra, en la sesión de apertura del año 2024).	13
3) OBITUARIO.	21
4) SESIONES PÚBLICAS EXTRAORDINARIAS:	
SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2023	25
Discurso protocolario de apertura del curso académico 2023: “Metáfora y realidad del sufrimiento. Una lectura actual de la Historia de Job”, por el Ilmo. Sr. Dr. José María Rubio Rubio.	26
DÍA DE LA ACADEMIA	38
Conferencia: “La experiencia del retrato en la actualidad”, por el Excmo. Sr. Hernán Cortés Moreno.....	44
ACTOS SOLEMNES DE RECEPCIÓN DE ACADÉMICOS	
Académicos de número:	
Ilmo. Sr. Dr. Alberto García-Perla García. Discurso de recepción: “El rostro desfigurado. Aspectos físicos y psicológicos” ..	49
Ilmo. Sr. Dr. Jaime Boceta Osuna. Discurso de recepción: “Historia y desarrollo de la Medicina Paliativa”..	49
Ilmo. Sr. Dr. Joaquín Lucena Romero. Discurso de recepción: “La dimensión sanitaria y social de la Patología Forense. El modelo de la muerte súbita”.....	50
Ilmo. Sr. Dr. Carlos Ortiz Leyba. Discurso de recepción: “ <i>Ad astra per aspera</i> : el apasionante camino de la Medicina Intensiva”.	50
Ilma. Sra. Dra. Inmaculada Concepción Herrera Arroyo. Discurso de recepción: “El cambio de paradigma en el tratamiento de las neoplasias hematológicas en el siglo XXI” ..	50

Ilmo. Sr. Dr. Salvador Morales Conde. Discurso de recepción: “Innovación, inspiración y nuestros pacientes La motivación del cirujano”	51
---	----

Académicos de erudición

Ilmo. Sr. Dr. Jesús Palomero Páramo. Discurso de recepción: “Las raíces médicas del pintor Bartolomé Esteban Murillo”	51
--	----

Excmo. Sr. Dr. Pedro González-Trevijano Sánchez. Discurso de recepción: “El derecho a la protección a la salud (A la luz de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional”	51
---	----

SESIÓN DE CLAUSURA DEL 323º AÑO ACADÉMICO	52
--	----

Conferencia: “Una sanidad para las personas”, por D ^a . Ana Mato Adrover	53
--	----

Resolución del concurso científico de premios de la RAMSE del año 2023.	55
--	----

5) SESIONES PÚBLICAS ORDINARIAS:

SESIÓN EN HOMENAJE AL PROF. D. CARLOS JIMÉNEZ DÍAZ.	57
--	----

SESIÓN EN HOMENAJE AL PROF. D. JUAN JIMÉNEZ-CASTELLANOS	80
--	----

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES	104
---	-----

2-3-23: Dr. D. Ángel Domínguez Castellano, Dr. D. José María López Sánchez y D. Julio Cuesta Domínguez.....	108
--	-----

5-10-23: Dra. Carmen Echevarría Ruiz de Vargas y Dra. María Dolores Franco Fernández.....	128
--	-----

19-10-23: Dr. Bernabé Galán Sánchez y Dr. Francisco López Muñoz.	147
---	-----

26-10-23: Dr. Daniel Díaz Gómez, Dr. Fernando de la Portilla de Juan y Dra. Inmaculada Sánchez Matamoros Martín	165
--	-----

CONFERENCIAS, CURSOS Y MESAS REDONDAS

Mesa Redonda: “La telemedicina en Andalucía. Una visión 360º”.	187
---	-----

Presentación de libro (Fundación CEU): “Tácito. Precursores y actores de la Transición”	200
--	-----

Mesa Redonda: “La enfermería de la plaza de la Real Maestranza de Caballería de Sevilla: un espejo donde mirarse”	202
--	-----

Curso de cirugía laparoscópica: “La era digital de la Cirugía” ..	226
--	-----

Conferencia (Universidad Loyola): “Formación e investigación en Ciencias de la Salud: una perspectiva comparada”.	229
--	-----

Mesa Redonda (Fundación CEU): “La inteligencia artificial al servicio de la Medicina”.	243
---	-----

Mesa Redonda: “La salud cardiovascular en Sevilla”	251
Mesa Redonda “Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la obesidad”.....	257
Conferencia: “Hospital Militar de Sevilla: agonía de un abandono, esperanza en la pandemia y realidad para el futuro”.	265
Conferencia: “Los que no regresaron con la nao Victoria en la primera vuelta al mundo: muertos, desaparecidos, ajusticiados y huidos”	266
Acto de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria (AEMSEU)	279
Mesa Redonda: “Salud mental, pandemia y suicidio”	280
Mesa Redonda (Fundación CEU): “¿Qué necesitamos hoy: eutanasia o cuidados paliativos?.....	295
Presentación de libro: “Guía ilustrada y práctica para el diagnóstico y seguimiento anatomopatológico de la enfermedad inflamatoria intestinal”	299
6) FUNDACIÓN RAMSE	301
CÁTEDRA DE DIVULGACIÓN ONCOLÓGICA	303
CICLO “ESTILO DE VIDA Y CÁNCER”:	
Conferencia: “Estilos de vida saludables: Consejos y evidencia científica”	304
Conferencia: “El reto del tratamiento del cáncer: presente y futuro”	308
Conferencia: “Recorrido de la enfermedad en la paciente con cáncer de mama”	310
Conferencia: “La psicooncología: una herramienta para humanizar el trato al paciente con cáncer”.	311
CÁTEDRA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL	
Conferencia: “50 años de ayuda humanitaria”.....	312
Nombramiento como miembro de honor de la Fundación RAMSE de D. Joaquín Moeckel Gil	314
7) TRABAJOS PREMIADOS EN EL CONCURSO CIENTÍFICO DE 2023	
Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla a Publicaciones Científicas:	
<i>“Recurrent splice site mutations affect key diffuse large B-cell lymphoma genes”</i> , por Pedro Medina Vico, Álvaro Andrades, Juan Carlos Álvarez-Pérez, Juan Rodrigo Patiño-Mercau, Marta Cuadros, Carlos Balañas-Gavira	315

Mención especial:	
“ <i>Fungal microbiota dynamics and its geographic, age and gender variability in patients with cystic fibrosis</i> ”, por Sara Martínez-Rodríguez, Vicente Friaza, Rosa M. Girón-Moreno, Esther Quintana Gallego, Antonio Salcedo-Posadas, Joan Figuerola-Mulet, Amparo Solé-Jover, Elena Campano, Rubén Morilla, Enrique J. Calderón, Francisco J. Medrano y Carmen de la Horra.	318
Premio de la Universidad de Sevilla:	
“ Terapia de células mesenquimales en regeneración del cartílago articular ”, por José María López-Puerta González.....	326
Premio del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla:	
“ Antibioterapia al final de la vida en una unidad de Cuidados Paliativos: impacto en salud y percepción de los profesionales implicados ”, por Pilar Retamar Gentil.	337
Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina, dotado por el Excmo. Ateneo de Sevilla, Biografía del Dr. Ismael Yebra Sotillo:	
“ Desde la piel al alma ”, por Francisco Gallardo Rodríguez.....	350
Premio Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, dotado por A.P.S.A.R.:	
“ Protocolo de psicoprofilaxis quirúrgica infantil ”, por Soledad Heras Cruz.	360
Premio Fundación Repetto:	
“ Gestión de lista de espera y tiempo de respuesta quirúrgicos en Andalucía. Análisis de situación y estrategias de mejora ”, por Ángel Chimenea Toscano	370
8) DONACIONES.	373
9) RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES OTORGADAS A MIEMBROS DE NUESTRA CORPORACIÓN.....	377
10) COMPOSICIÓN ACTUAL DE LA ACADEMIA	378

MEMORIAS ACADÉMICAS

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA



AÑO 2023

1) EDITORIAL

Un hito muy importante ha sucedido en el año 2023: la decisión del pleno académico de alquilar el edificio de Argote de Molina 7, propiedad de nuestra Corporación. Desde la toma de posesión de la nueva junta de gobierno en enero de 2022, se ha estudiado con gran interés y dedicación la forma en que podría mejorarse la situación financiera de nuestra Academia, que a lo largo de los años ha ido haciéndose cada vez más insostenible. Hasta tal punto ha sido así que, en diciembre de 2015, en pleno ordinario, se tuvieron que establecer cuotas dinerarias voluntarias a los académicos numerarios y correspondientes, para ayudar al sostenimiento económico.

Nuestro sincero agradecimiento a todos los que con su aportación hacen posible que nuestra Academia pueda seguir funcionando.

La falta de recursos es común a todas las Academias de nuestra nación, siendo el apoyo institucional cada vez más precario. Ello ha obligado a estas Corporaciones a ir buscando medios de financiación independientes, teniendo algunos ejemplos interesantes como el de la Real Academia Española o el de la Real Academia Nacional de Medicina.

En nuestro caso la junta de gobierno ha llegado a la conclusión de que las dos vías principales para obtener los ingresos necesarios, después de haber estudiado todas las opciones, son la mejora en la retribución y número de peritaciones judiciales (lo cual se ha conseguido) y el alquiler del inmueble de Argote de Molina.

Decisión dolorosa la de tener que prescindir de este espacio físico, sobre todo para poder mantener de forma digna nuestra Biblioteca. Pero no ha habido más remedio. El acuerdo al que se ha llegado con la empresa arrendataria proporcionará a nuestra Academia una fuente de ingresos que ayudará a asegurar su futuro, permitiendo además emprender labores de conservación y mantenimiento de esta noble sede, que son tan necesarias.

Es dolorosa la decisión repetimos, y sobre todo, por el largo camino que se tuvo que recorrer durante años para obtener esta ansiada y deseada ampliación de nuestra casa de calle Abades, con la paredaña de Argote de Molina.

También es obligado por tanto recordar la cronología referente a nuestros edificios. En 1971 D. Florentino Pérez-Embid, director general de Bellas Artes, comunicó a la RAMSE la compra del solar de calle Abades, colindante a la casa de los Pinelo, para albergar allí a nuestra Academia. De 1973 a 1976

se ejecuta la obra, dirigida por el arquitecto D. Rafael Manzano Martos, y que se inauguró en noviembre de 1976, con motivo de la recepción como académico de honor de D. Federico Mayor Zaragoza.

Con respecto al edificio de Argote de Molina 7, la Academia compró el solar en 1981 –siendo presidente D. Gabriel Sánchez de la Cuesta–, con una subvención del Ministerio de Universidades e Investigación. Tras doce largos años de espera por falta de recursos económicos, se comenzó la obra en 1993 –bajo la presidencia de Jiménez-Castellanos– a expensas de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, finalizándose en 1994. El día 11 de junio de 1994 el arzobispo Fr. Carlos Amigo Vallejo bendijo el nuevo edificio.

2) MEMORIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA “AÑO ACADÉMICO 2023”

*Leída el 25 de enero de 2024
por el Ilmo. Sr. vicesecretario
Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra
en la sesión de apertura del curso académico*

Excmo. Sr. presidente
Excmos. e Ilmos. Sras. y Sres. académicos de número
Dignísimas autoridades
Sras. y Sres. académicos correspondientes
Sras. y Sres.

Iniciamos la lectura de esta Memoria con un especial recuerdo a los compañeros académicos que fallecieron durante el año 2023:

- Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Cruz Hernández, académico de honor, el 4 de abril.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Morote Jurado, académico de número, el 22 de octubre.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Emilio Gómez González, académico correspondiente, el 21 de enero.
- Dr. D. Francisco José Araujo O'Reilly, académico correspondiente, el 27 de febrero.
- Dr. D. José Aguilar Reina, académico correspondiente, el 5 de marzo.
- Dr. D. José Antonio del Barco Calzadilla, académico correspondiente, el 23 de marzo.
- Dr. D. Jacinto Maqueda Domínguez, académico correspondiente, el 13 de mayo.
- Dr. D. Antonio Bermejo Gascón, académico correspondiente, en mayo.
- Dr. D. Eduardo Lissén Otero, académico correspondiente, el 23 de junio.
- Dr. D. Román Alberca Serrano, académico correspondiente, el 25 de julio.
- Dr. D. Epifanio Lupión Cruz, académico correspondiente, el 26 de agosto.

Durante el año 2023 tuvieron lugar las siguientes actividades académicas:

Sesiones públicas extraordinarias

El día 26, jueves último del mes de enero de 2023, de acuerdo con nuestros Estatutos, tuvo lugar la **Sesión de Apertura del 323 Año Académico**. Fue celebrada en el salón Ramón y Cajal, bajo la presidencia del Dr. Infantes Alcón, al que acompañaban en la mesa el presidente del Instituto de Academias de Andalucía, Dr. Benito Valdés Castrillón, el presidente de la Real Academia de Legislación y Jurisprudencia, D. Francisco López Menudo y el presidente del Colegio de Médicos, Dr. Alfonso Carmona Martínez. El acto comenzó con la lectura de la Memoria del año 2022 por el Secretario Dr. Federico Argüelles Martín. A continuación, siguiendo el protocolo de antigüedad, el académico de número, Dr. José María Rubio Rubio, leyó el discurso de apertura titulado “Metáfora y realidad del sufrimiento. Una lectura actual de la Historia de Job”. Seguidamente se procedió a la apertura de plicas y entrega de los premios de la Academia del año 2022.

Han ingresado en este año 2023 seis **académicos de número**:

El 19 de febrero fue la recepción del Dr. Alberto García-Perla García, en la plaza de Cirugía Máxilo-Facial, que leyó su discurso “El rostro desfigurado. Aspectos físicos y psicológicos. Evolución histórica y trasplante facial”, siendo contestado por el Dr. Jesús Castiñeiras Fernández.

El 5 de marzo fue la del Dr. Jaime Boceta Osuna, en la plaza de Medicina Paliativa, que leyó su discurso “Historia y desarrollo de la Medicina Paliativa”, contestándole el Dr. José María Rubio Rubio.

El 16 de abril ingresó el Dr. Joaquín Lucena Romero, en la plaza de Medicina Legal y Forense, quien leyó el discurso “La dimensión sanitaria y social de la Patología Forense. El modelo de la muerte súbita”, al que contestó el Dr. Ricardo González Cámpora.

El 7 de mayo lo hizo el Dr. Carlos Ortiz Leyba, en la plaza de Medicina Intensiva, leyendo su discurso “*Ad astra per aspera*: el apasionante camino de la medicina intensiva”, contestándole el Dr. Federico Argüelles Martín.

El 4 de junio tuvo lugar la recepción de la Dra. Inmaculada Concepción Herrera Arroyo, en la plaza de Hematología, que leyó el discurso “El cambio de paradigma en el tratamiento de las neoplasias hematológicas en el siglo XXI”, y le contestó el Dr. Carlos Pera Madrazo.

El 12 de noviembre fue la del Dr. Salvador Morales Conde, que tomó posesión de la plaza de Cirugía Laparoscópica, Gastrointestinal y de la Pared Abdominal y leyó el discurso “Innovación, inspiración y nuestros pacientes... La motivación del cirujano”, siendo contestado por el Dr. José Cantillana Martínez.

Como **académicos de erudición** ingresaron dos nuevos miembros:

El 5 de febrero lo hizo D. Jesús Palomero Páramo, en plaza de Historia del Arte, a quien presentó el Dr. José Cantillana Martínez, leyendo el discurso “Las raíces médicas del pintor Bartolomé Esteban Murillo”.

Y el 8 de octubre ingresó D. Pedro González-Trevijano Sánchez, que leyó el discurso “El derecho a la protección de la salud (A la luz de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional)”, en la plaza de Jurisprudencia, y que fue presentado por el Dr. Juan Sabaté Díaz.

El **Día de la Academia** se celebró el 25 de mayo con una conferencia del pintor D. Hernán Cortés Moreno titulada “La experiencia del retrato en la actualidad”, y que fue presentado por el Dr. Domínguez-Rodiño. En el mismo acto se entregó la estatuilla de académico de número emérito a los Dres. Gómez de Terreros y Núñez Fuster. Posteriormente fue el tradicional cóctel, en un hotel cercano a nuestra sede.

El 21 de octubre hubo una sesión extraordinaria en la que se nombró **miembro de honor de la Fundación de la RAMSE** a D. Joaquín Guillermo Moeckel Gil, al que presentó el Dr. García-Perla, siendo clausurado el acto con unas palabras del presidente Dr. Infantes Alcón.

El 14 de diciembre tuvo lugar la **Clausura del 323º Curso Académico**. La tradicional conferencia corrió a cargo de la ex ministra D^a. Ana Mato Adrover y se tituló “Una sanidad para las personas”, siendo presentada por el viceconsejero de Salud y Consumo Dr. Miguel Ángel Guzmán Ruiz. El acto finalizó con la apertura de plicas del concurso científico de premios del año 2023 y las palabras finales del presidente Dr. Infantes Alcón.

Sesiones públicas ordinarias

La primera sesión del año tuvo lugar el 19 de enero con la mesa redonda “**La telemedicina en Andalucía, una visión 360º**”, actuando como ponentes los Dres. Manuel Ortega Calvo, David Moreno Ramírez e Inmaculada Vázquez Cruz.

El 1 de febrero se presentó en nuestro salón de actos el libro “**Tácito. Precursores y actores de la Transición**” en un acto conjunto entre la RAMSE y la Fundación Universitaria CEU Fernando III.

La siguiente sesión tuvo lugar el día 2 de febrero en el Salón de Carteles de la Maestranza, en forma de mesa redonda titulada “**La enfermería de la plaza de la Real Maestranza de Caballería de Sevilla: un espejo donde mirarse**”, actuando como ponentes el Dr. Domínguez-Rodiño, el Dr. Mulet Zayas y nuestro asesor jurídico D. Joaquín Moeckel.

El 9 de febrero el Dr. Morales Conde moderó el tradicional **Curso de Cirugía Laparoscópica** que este año tuvo por título “La era digital en Cirugía”, en el que intervinieron los Dres. Mayol y Chand, con los comentarios de los Dres. Padillo y Cuesta. Al finalizar se entregó el I premio de Innovación en Cirugía.

El 16 de febrero impartió una conferencia el rector de la Universidad Loyola, D. Gabriel María Pérez Alcalá, titulada **“Formación e investigación en Ciencias de la Salud: una perspectiva comparada”**, y al que presentó el Dr. Sáenz López de Rueda.

El 2 de marzo fue la **recepción de tres nuevos académicos correspondientes**. El Dr. Ángel Domínguez Castellano leyó su discurso “Tuberculosis: la infección que nos acompaña desde el principio de los tiempos”, siendo presentado por el Dr. Muniáin Ezcurra. El Dr. José María López Sánchez pronunció el discurso “Mundo renovado de riesgos globales: ¿Estamos preparados para grandes enfermedades?”, al que presentó el Dr. Infantes Alcón. Y el Dr. Julio Cuesta Domínguez abordó el tema “Medicina y Sociología: una alianza vital”, presentándole el Dr. Pedro de Castro.

El 16 de marzo se desarrolló la mesa redonda **“La Inteligencia Artificial al servicio de la Medicina”**, un acto organizado por la RAMSE, la Asociación Católica de Propagandistas y la Fundación Universitaria CEU Fernando III. Fue moderada por el Dr. Felipe Martínez Alcalá, y contó con la participación de D. Juan Arana, D. Fernando Llano y D. Victor Maojo.

El 23 de marzo tuvo lugar la mesa redonda **“La salud cardiovascular en Sevilla”** moderada por los Dres. Cruz Fernández y Pastor Torres, actuando de ponentes los Dres. Trujillo Berraquero, Pérez Santigosa y Borrego Domínguez.

El 30 de marzo el Dr. Durán García moderó la mesa redonda titulada **“Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la obesidad”**, en la que participaron los Dres. Pérez Calero, García Luna y Durán Sanz.

Inaugurando el ciclo de conferencias de la Cátedra de Divulgación Oncológica “Estilo de vida y cáncer”, tuvo lugar el día 11 de abril la primera, que fue impartida por el Dr. Miguel Ángel Martínez y titulada **“Estilos de vida saludables: consejos y evidencia científica”**. La introducción corrió a cargo del Dr. Murillo Capitán y de moderador actuó el Dr. Virizuela Echaburu.

El 13 de abril hubo una sesión con la conferencia **“Hospital Militar de Sevilla: agonía de un abandono, esperanza en la pandemia y realidad para el futuro”**, dictada por el Dr. Miguel Ángel Guzmán Ruiz, vicedconsejero de Salud y Consumo, al que presentó el director gerente del Hospital Virgen Macarena, Dr. Colmenero Camacho.

La Academia conmemoró en este año el centenario de la llegada de **D. Carlos Jiménez Díaz** como catedrático a Sevilla. El día 4 de mayo se celebró una sesión ordinaria de homenaje en la que participaron como ponentes el Dr. Domínguez-Rodiño y el Dr. Pérez Calero.

El 11 de mayo impartió una interesante conferencia en nuestra sede el Prof. D. Antonio Chaparro Heredia, titulada **“Los que no regresaron con la nao Victoria”**, sobre las vicisitudes de los marineros en su viaje de circunnavegación. Fue presentado por el Dr. Loscertales Abril.

El 15 de mayo tuvo lugar en el salón de actos “Ramón y Cajal” la entrega de la **Beca “Dr. Albert”**, acto organizado por el Instituto de Estudios Neurológicos que dirige el Dr. Trujillo Madroñal.

El 18 de mayo se presentaron los siguientes **Premios del Concurso Científico de 2022**: Premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla a Publicaciones Científicas titulado “Identification and validation of clinical phenotypes with prognostic implications in patients admitted to hospital with COVID-19: a multicentre cohort study” cuyos autores son D^a. Belén Gutiérrez Gutiérrez, D^a. María Dolores del Toro, D. Alberto Borobia, D. Antonio Carcas, D^a. Inmaculada Jarrín, D^a. María Yllescas, D. Pablo Ryan, D. Jerónimo Pachón, D. Jordi Carratalaá, D. Juan Berenguer, D. José Ramón Arribas y D. Jesús Rodríguez Baño. Premio Fundación Instituto Hispalense de Pediatría titulado “Los ARN no codificantes como biomarcadores en la leucemia linfoblástica aguda de células B pediátrica”, cuyo autor es D. Pedro Medina Vico. Y el Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina por la “Biografía de Cristóbal Pera Jiménez, 1897-1980. Crónicas de la cirugía sevillana del siglo XX, a través de la vida y obra de un gaditano ilustre”, realizada por D^a. Alejandra Pera Rojas.

La Cátedra de Divulgación Oncológica organizó el 23 de mayo una conferencia del ciclo “Estilo de Vida y Cáncer” titulada “**El reto del tratamiento del cáncer: presente y futuro**”, impartida por el Prof. D. Rafael López López, jefe de Oncología del Hospital de Santiago de Compostela.

El 30 de mayo tuvo lugar el acto de entrega de distinciones de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, cuyo presidente Dr. Antonio Sáez Crespo disertó sobre los orígenes de la misma. Fue nombrado socio de honor el Dr. Gómez de Terreros Sánchez. Se concedió la Gran Placa de la AEMSEU al Dr. Rafael Hernández Izquierdo y la Medalla de Oro al Dr. Leandro Castro Gómez.

El 1 de junio se presentaron los siguientes **Premios del Concurso Científico de 2022**: Premio Fundación Repetto titulado “Modelo innovador de una unidad de calidad como herramienta de gestión de la excelencia en centros sanitarios” cuyos autores son D. Miguel Ángel Colmenero Camacho, D^a. Marta del Nozal Nalda, D. Jesús Cárcamo Baena, D^a. Mercedes Román Fuentes, D^a. Carmen Barroso Gutiérrez, D. Oscar Cruz Salgado y D^a. Natalia Casasola Luna. Premio Dr. Pedro de Castro Sánchez titulado “Evaluación psicométrica de la versión española del *work ability index* en trabajadores de la industria aeronáutica” cuyos autores son D^a. María Eugenia González Domínguez y D. José Manuel Romero Sánchez. En este mismo acto tuvo lugar la recepción del retrato del Prof. Juan Andréu Urra, que fue académico numerario de la RAMSE y que ha sido donado por su nieto el Dr. Juan Andréu-Urra Álvarez.

Una mesa redonda se organizó en nuestra sede el 6 de junio titulada “**Salud mental, pandemia y suicidio**”, moderada por el Dr. Argüelles Mar-

tín y en la que intervinieron la Dra. Caballero Andaluz, Dr. De la Vega Sánchez, Dr. Lucena Romero, Dr. Mora Cobo y el Sr. Rubio Rodríguez.

Otra sesión de presentación de **Premios del Concurso Científico de 2022** se celebró el 15 de junio. Se expusieron los siguientes: Premio Dr. Argüelles Terán, titulado “Experiencia en exploraciones endoscópicas digestivas, durante un periodo de 6 años, en el servicio de Gastroenterología de un centro privado pediátrico”, cuyos autores son D^a. Zoraima Martínez Martos y D^a. María de los Ángeles Sánchez Castilla. Premio Prof. Alberto Valls y Sánchez de Puerta, titulado “Consumo de suplementos nutricionales en adolescentes, asociados a la práctica deportiva”, cuyos autores son D. Antonio Eusebio Millán Jiménez, D^a. Marta Brenes Brenes, D. Rafael Herrera Limones, D. Manuel Sobrino Toro y D. Bartolomé Fernández Torres. Premio Universidad de Sevilla, titulado “Cirugía electiva por cáncer colorrectal en Sevilla durante la pandemia por COVID-19: enseñanzas de una unidad santuario”, cuyo autor es D. Fernando de la Portilla de Juan. Y por último, el Premio Profesor Antonio Piñero Carrión, sobre investigación, clínica o tratamiento de la patología de la retina, titulado: “*Myopic maculopathy: current status and proposal for a new classification and grading system (ATN)*”, cuyo autor es D. Jorge Ruiz Medrano.

El 22 de junio tuvo lugar otra conferencia del ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, organizada por la Cátedra de Divulgación Oncológica. Fue impartida por la Dra. Ana Casas Fernández-Tejerina, y se tituló “**Recorrido de la enfermedad en la paciente con cáncer de mama**”. En el mismo acto se presentó la espléndida restauración del cuadro “La Virgen de los Ingleses”, propiedad de la Academia, cuyo coste ha sido sufragado por la Universidad Loyola, y realizado por D. Pedro López Marcos.

La Academia y la Fundación Universitaria CEU Fernando III organizaron conjuntamente una mesa redonda el 29 de junio, que se tituló “**¿Qué necesitamos hoy: eutanasia o cuidados paliativos?**”, siendo moderada por Dr. Felipe Martínez Alcalá y que contó con los ponentes Dres. D. Tomás Chivato Pérez y D. Jaime Boceta Osuna.

Tras el descanso estival se reanudó el día 28 de septiembre el curso académico, con una sesión en homenaje al que fuera presidente de la RAMSE **D. Juan Jiménez-Castellanos Calvo-Rubio**, al cumplirse el centenario de su nacimiento. Intervinieron sus hijos D^a. María Rosa y D. Juan Jiménez-Castellanos Ballesteros y el Dr. D. José Antonio Durán Quintana, siendo clausurado el acto por nuestro presidente Dr. Infantes Alcón.

El día 3 de octubre se desarrolló una mesa redonda titulada “**Entorno social y nutrición en Pediatría**”, que fue moderada por el Dr. Argüelles Martín y que contó con los ponentes Dres. Rodríguez-Sacristán Cascajo, Sobrino Toro y Millán Jiménez.

La recepción de dos nuevas **académicas correspondientes** se celebró el día 5 de octubre. La Dra. Carmen Echevarría Ruiz de Vargas fue presen-

tada por el Dr. Sabaté Díaz, leyendo su discurso “Atención integral a las secuelas de trauma grave neuromusculo-esquelético. Impulso multimodal a la rehabilitación médica”. Y la Dra. María Dolores Franco Fernández, a quien presentó el Dr. Domínguez-Rodiño, leyó su discurso “Los trastornos de personalidad: a propósito de Madame Bovary”.

El 19 de octubre se celebró en la Academia una nueva **recepción de correspondientes**. El Dr. Bernabé Galán Sánchez leyó el discurso “Pasado, presente y futuro de la Medicina Rural: una opción seductora para médicos jóvenes”, siendo presentado por el Dr. Ortega Calvo. Y el Dr. Francisco López Muñoz lo hizo con el tema “Antídotos y panaceas en la producción literaria cervantina”, al cual presentó el Dr. Milán Martín.

La Cátedra de Cooperación Internacional organizó su primer acto inaugural el 24 de octubre, con la apertura por parte del presidente, Dr. Infantes, seguido de la introducción a cargo del director de la cátedra, Dr. Garrido Teruel, y la conferencia “**50 años de ayuda humanitaria**” dictada por D. José Luis Pelayo Ruiz.

El 26 de octubre se celebró la admisión como **académicos correspondientes** de tres nuevos miembros. El Dr. Daniel Díaz Gómez fue presentado por el Dr. Loscertales Abril, leyendo el discurso “Influencia del abordaje multidisciplinar en el pronóstico del cáncer diseminado: del tratamiento paliativo a una esperanza real de larga supervivencia”. Al Dr. Fernando de la Portilla de Juan lo presentó el Dr. Galera Ruiz, y leyó el discurso “De la superstición a la revelación en la cirugía a través de dos obras maestras”. Finalmente, la Dra. Inmaculada Sánchez-Matamoros Martín lo hizo con su discurso “Epigenoma, nuestro aliado contra el cáncer de páncreas”, y fue presentada por el Dr. Cantillana Martínez.

El día 16 de noviembre la Cátedra de Divulgación Oncológica organizó una conferencia, dentro del ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, que desarrolló la Dra. María Die Trill, con el título “**La psicooncología: una herramienta para humanizar el trato al paciente con cáncer**”.

El día 28 de noviembre se presentó en la Academia el libro “Guía ilustrada y práctica para el diagnóstico y seguimiento anatomopatológico de la enfermedad inflamatoria intestinal”, actuando como ponentes los Dres. González Cámpora, Capitán Morales, Argüelles Arias e Idoate Gastearena.

Sesiones privadas de la RAMSE

-Plenos académicos

Se han celebrado durante el año 2023 tres plenos ordinarios y cuatro plenos extraordinarios. Entre las principales decisiones que se tomaron está el cambio de denominación, en el Reglamento de Régimen Interior, de Académico Honorario por Académico de Número Emérito. El pleno académico decidió también aprobar el alquiler del inmueble de la calle Argote de Molina 7, con el fin de ase-

gurar la independencia económica de nuestra Corporación. En este curso 2023 han sido nombrados académicos de número electos los Dres. D. José María Cruz Fernández, en la plaza de Cardiología, y D. Francisco Camacho Martínez en la plaza de Dermatología. De igual forma el pleno acordó nombrar académico de honor al Dr. D. Valentín Fuster Carulla. También en este año el pleno aprobó el nombramiento de 13 nuevos académicos correspondientes.

-Juntas de gobierno

Se han celebrado durante el año 8 juntas de gobierno.

-Reuniones de secciones y comisiones

Durante el año 2023 han celebrado diversas juntas las secciones y las distintas comisiones.

Donaciones

Retrato del académico de número Dr. Juan Andréu Urra, donado por su nieto el Dr. Juan Andréu-Urra Álvarez.

Donación de 12.000 € a la Cátedra de Cooperación Internacional por el bufete Moeckel Abogados.

Donación de 6000 € a la Cátedra de Divulgación Oncológica por D^a. Reyes Martínez.

Reconocimientos y distinciones

Nombramiento de nuestro académico de erudición en Teología monseñor D. Juan José Asenjo Pelegrina como académico de honor numerario de la Real Academia de Bellas Artes de Santa Isabel de Hungría.

El Dr. D. Ramiro Rivera López, académico de honor, ha recibido la Medalla de Andalucía a la Investigación, la Ciencia y la Salud.

Se le ha entregado la Medalla de Oro del Ateneo de Sevilla al Dr. Alberto Máximo Pérez Calero, académico correspondiente.

El ayuntamiento hispalense rotuló una plaza en el barrio de Triana con el nombre de Plaza Profesor Hugo Galera.

A nuestro académico correspondiente fallecido en este año 2023, D. Emilio García Gómez, la corporación municipal le concedió a título póstumo la Medalla de la Ciudad de Sevilla.

El Dr. D. José López Barneo, académico de número, ha sido galardonado con el Premio Nacional de Investigación “Santiago Ramón y Cajal” en el área de Biología.

El Dr. José Peña Martínez, académico de número de la RAMSE, fue designado académico de honor de la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba.

Con ello termino la lectura de la presente memoria de la que como secretario general de esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla doy fe.

3) OBITUARIO



**Excmo. Sr. Dr. D. Manuel
Cruz Hernández**

Académico de honor en 2016

Falleció el 4 de abril

**Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco
Morote Jurado**

Académico de número
(Otorrinolaringología)

Ingresó el 3 de abril de 2005

Falleció el 22 de octubre



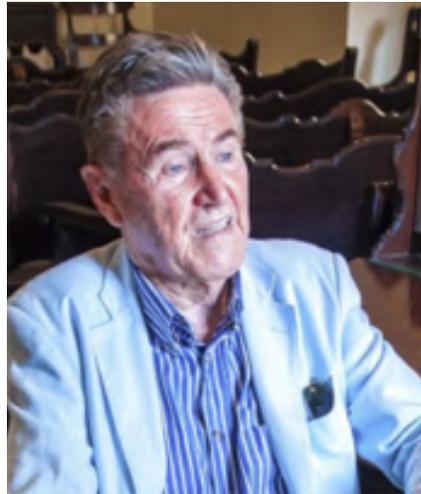


**Ilmo. Sr. Dr. D. Emilio Gómez
González**

Académico correspondiente,
por elección en 2018
Falleció el 21 de enero

**Dr. D. Francisco Araujo
O'Reilly**

Académico correspondiente,
por premio en 2006
Falleció el 27 de febrero



Dr. D. José Aguilar Reina

Académico correspondiente,
por elección en 1991
Falleció el 5 de marzo



**Dr. D. José Antonio del Barco
Calzadilla**

Académico correspondiente,
por elección en 1992
Falleció el 23 de marzo



**Dr. D. Jacinto Maqueda Do-
mínguez**

Académico correspondiente,
por elección en 1986
Falleció el 13 de mayo

Dr. D. Antonio Bermejo Gascón

Académico correspondiente
por premio en 1976
Falleció en mayo





Dr. D. Eduardo Lissén Otero

Académico correspondiente,
por elección en 1991
Falleció el 23 de junio

Dr. D. Román Alberca Serrano

Académico correspondiente,
por elección en 2012
Falleció el 25 de julio



Dr. D. Epifanio Lupión Cruz

Académico correspondiente,
por premio en 1995
Falleció el 26 de agosto

4) SESIONES PÚBLICAS EXTRAORDINARIAS

SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2023

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla celebró el día 26 de enero del año 2023, en el salón de actos “Ramón y Cajal” de su sede en c/Abades 10-12, la sesión inaugural del “323 Año Académico”. El acto se desarrolló con arreglo a la siguiente programación:

- I. Lectura de la memoria anual de esta Real Corporación del año 2022, por el Ilmo. Sr. secretario general de la RAMSE.
- II. Discurso protocolario de apertura del curso académico, por el Ilmo. Sr. Dr. D. José María Rubio Rubio, titulado “Metáfora y realidad del sufrimiento. Una lectura actual de la Historia de Job”.
- III. Entrega de premios del concurso científico del año 2022 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- IV. Clausura del acto por el Excmo. Sr. presidente Dr. D. Carlos Infantes Alcón.



DISCURSO PROTOCOLARIO DE APERTURA DEL CURSO ACADÉMICO 2023

“METÁFORA Y REALIDAD DEL SUFRIMIENTO. UNA LECTURA ACTUAL DE LA HISTORIA DE JOB”



Ilmo. Dr. D. José María Rubio Rubio. Académico de número

Excmo. Sr. presidente de esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
Excmas. e Ilmas. representaciones
Muy ilustres académicos de número y académicos correspondientes,
compañeros, amigos, señoras y señores

Procedo a leer el discurso de apertura del 323 Año Académico conforme el orden establecido de antigüedad de los académicos de número de esta Real Academia.

Cincuenta años de médico dan para muchas experiencias, metáforas y verdades del dolor y del sufrimiento humano. Más de una noche de guardia en el hospital de las Cinco Llagas, el hospital de San Pablo y en el Virgen Macarena, recordaba el “*Viaje al corazón de las tinieblas*” de Joseph Conrad después de ver a un ci-

1. Walter Benjamin. Citado por B-C. Han. “*La sociedad paliativa*” Ed Herder 2021

rujano abismar sus dedos en la oscuridad de un abdomen abierto para descubrir y erradicar el origen de una enfermedad. El dolor, por más oculto que esté y aunque algunas veces dudemos de él, existe y existirá siempre; es una realidad.

La literatura y el arte en general constituyen un instrumento poderoso y de gran precisión capaz de ponerle rostro y nombre a cualquier aventura humana y por supuesto al sufrimiento por medio de mitos e iconos que traspasan el tiempo como el de Laocoonte y sus hijos devorados por la serpiente, metáfora griega del dolor a la que están condenados los que dicen la verdad. La singladura del dolor es siempre a la descubierta; por el caudal del sufrimiento, el propio y el ajeno, navegamos desnudos. “*Siempre que el hombre trata de abandonarse al placer, este resulta ser un callejón sin salida. De entre todas las sensaciones corporales, el dolor es la única que representa para el hombre una especie de corriente navegable cuyo caudal nunca se seca y lo conduce hasta el mar*”¹. Con esta metáfora de gran fuerza literaria, Walter Benjamín expresa un pensamiento que puede sernos de ayuda en nuestro navegar común por el sufrimiento siempre que nuestra lectura no se quede en la frontera de lo conceptual, sino que penetre hasta lo personal y lo social aún a riesgo de llegar a tocar las heridas de nuestra propia existencia.

El dolor nunca miente, pero la verdad del dolor es un postulado que necesita asumir nuestra sociedad actual, más interesada en ocultar el dolor que en conocerlo; que no lo acepta; que lo niega o lo anestesia; que huye del sufrimiento² y hace del bienestar, real o virtual, la razón de su vida, su metaverso y el horizonte de un posible transhumanismo. La Biblia es *un gran libro sobre el sufrimiento* y especialmente la historia de Job que, inspirado en un relato edomita del 2º milenio a.C. sigue teniendo vigencia como metáfora y verdad del sufrimiento. Job, en su fidelidad a Dios y en su paciencia, ha sido propuesto como ejemplo de sufrimiento fecundo³ que es aquel en el que “*la pérdida del tener lleva al encuentro con la verdad de su ser*” y en el que su protagonista, arquetipo intemporal de la persona que sufre, representaría a toda la humanidad.

EL RELATO Y SU MENSAJE

*Había en la tierra de Hus un varón llamado Job, hombre íntegro y recto, temeroso de Dios y apartado del mal*⁴. Así comienza la Historia de Job, varón de gran piedad y riqueza bendecido por Dios y ejemplo del principio de la “*conducta-retribución*”: “*Al bueno le va bien en la vida, al malo le irá mal*”. Un día que los hijos de Dios fueron a presentarse ante Yahvé apareció entre ellos el tentador Satán y el Señor le preguntó: “*¿Te has fijado en mi siervo Job? En la tierra no hay otro como él. A lo que Satán contestó: ¿Y crees que Job teme a Dios de balde? Extiende tu mano y quítale lo que tiene. Verás como te maldice*. A partir de ese momento Job va a ser probado con una serie de desgracias que le hacen perder sus bienes, sus criados y sus hijos y una enfermedad que le obliga a retirarse y a vivir sobre escombros y cenizas.

2. Juan Pablo II. Salvifici Doloris. 6

3. P Dumoulin. : “Job. Un sufrimiento fecundo” Ed San Pablo 1998

4. Job 1.1

A lo largo de la narración van a aparecer distintos personajes que, testigos de la desgracia de Job, incorporan al relato actitudes y consejos ante el sufrimiento que en nada lo consuelan. La familia de Job, los más cercanos a él, cuando lo ven herido con una úlcera maligna de los pies a la cabeza y rascándose con una teja manifiestan signos evidentes de dolor y de duelo.

“...*Permanecieron sentados junto a él siete días y siete noches*” pero, incapaces de consolarlo se limitan a reprocharle sus quejas “*Tú que instruías a muchos y con tus palabras sostenías al vacilante, ahora te toca a ti y te desplomas*”.

Pero Job persiste en su fidelidad a Dios “.. *Si de El aceptamos lo bueno ¿Por qué no aceptaremos también lo malo?* Job les va a responder con palabras duras: “*Vosotros sois médicos que nada curáis*”, “*Vuestros argumentos son como el polvo*” (13,12). Para él la enfermedad y la muerte no constituyen un castigo divino; todos los hombres, también los justos, enferman y mueren.

Viendo al justo Job en ese estado surge la pregunta. ¿De qué sirve la honradez si los que temen a Dios acaban teniendo el mismo destino que los malvados? Para el pensamiento bíblico de la retribución solo hay dos alternativas posibles: O Job es un pecador como los demás o Dios es injusto. Pero Job es justo y lo sabe e interpela a Dios con preguntas que expresan la angustia de sus dudas *¿Por qué me has hecho blanco de tus flechas?... ¿Por qué no olvidas mis faltas, ni pasas por alto mi pecado?* En su inmerecido sufrimiento Dios aparece ante Job como un extraño que ni lo reconoce ni le habla, un Dios desconocido, impasible ante sus penalidades. Pero, incluso sometido a un sufrimiento inconcebible, Job no claudica en su confianza en Dios. Insiste en sus quejas y en sus preguntas, una y otra vez; no entiende por qué Dios permite su desgracia, pero permanece fiel a Él.

La respuesta de Dios a Job se estructura en dos discursos⁵. El primero es todo un ataque frontal del Creador sostenido por la elocuencia incontestable de sus obras; un poema de altura excepcional. “*¿Dónde estabas tú cuando afiancé la tierra? ¿Quién midió sus dimensiones? ¿Quién asentó su piedra angular, encerró con doble puerta el mar y le puso las nubes por vestido?* En su segundo discurso Dios se ofrece como único camino que Job recorrerá en tres pasos sucesivos. El primero **la resignación**: Job reconoce su realidad.

“*Hablé a la ligera ¿qué puedo responderte? No diré ni una palabra más.* La situación ha cambiado; el sufrimiento de Job permanece, pero ya no la desesperación; sumiso se rinde al poder de Dios y, resignado, se refugia en el silencio. El segundo paso es **el reconocimiento**: *Se que todo lo puedes, que ningún plan está fuera de tu alcance...he hablado insensatamente*”. El último paso de Job es **la reconciliación**: Job se humilla en actitud de confesión: “*Por eso me retracto y me arrepiento cubierto de polvo y de ceniza*”. El mensaje es claro: Ante Dios la única actitud posible es la adoración, el asombro, el agradecimiento y la confianza. El libro termina con la restauración de Job, sus riquezas multiplicadas y también su descendencia hasta su muerte que le llegó “*anciano y colmado de días*”.

5. Job 38-39, 40-41

REALIDAD DEL SUFRIMIENTO

Los mitos y las metáforas nos ayudan a atisbar el sufrimiento, pero son insuficientes para que accedamos a él. Al sufrimiento debemos acercarnos con los pies descalzos, con humildad y respeto, con pudor y temblor, no con rebuscadas teorías ni consideraciones poéticas que desnaturalizan la realidad. El sufrimiento, en especial el que acompaña a la enfermedad y a la muerte, es una experiencia límite por la que todos ineludiblemente tenemos que pasar; un extraño y difícil vivir que suscita en quienes lo padecen y también en quienes lo contemplan innumerables preguntas, muchas sin respuesta. Pero da igual de donde partamos de la ciencia, de la experiencia o de la ascética, la verdad del sufrimiento solo puede alcanzarse por dos caminos, el silencio del misterio y el desierto de la prueba y aun así no es seguro que podamos conseguirlo

El misterio del sufrimiento

El porqué del sufrimiento y del mal, su origen y su sentido, constituyen un enigma que el hombre, desde las primeras civilizaciones de las que tenemos noticias, ha intentado desvelar conforme la capacidad de su pensamiento. En el sufrimiento de cada persona, en su zona más profunda y oscura surge siempre una pregunta, un grito: *¿Por qué? ¿Para qué?* a la que muchas veces no podemos responder ni aun disponiendo de una extraordinaria resistencia física, de una fuerte consistencia moral o del recurso de la fe porque el dolor desborda los límites de la existencia humana.

En su sufrimiento sin respuesta, Job apela al mismo Dios llegando a cuestionarse su fidelidad y su amistad con El; con un Dios que, de ser verdad lo que expresan, se estaría comportando como un juez arbitrario y hostil “*¡Ojalá alguien escuchara mis palabras! ¡Es mi última palabra; que el Poderoso me responda!* La incomprensible ausencia de Dios o su ocultación frente al mal es un misterio repetido a lo largo de la historia y de la vida de testigos escogidos como Simone Weil⁶ y Hanna Arendt⁷.

El desierto de la prueba

Pero más allá del misterio que todo dolor esconde, el único camino que existe, el más universal y donde prácticamente todos experimentamos la verdad del sufrimiento es el desierto de la prueba. El sufrimiento tiene la capacidad de un misil concebido para hacer diana en la singularidad de cada individuo; es una espada capaz de atravesar cualquier coraza hasta alcanzar lo más hondo y personal del ser humano; por eso todos sufrimos de una manera única, íntima y exclusiva. Pero el acero de la espada sea el amor o sea el odio, sea la necesidad o la insatisfacción, sea la memoria o sea el olvido, procede de las relaciones humanas y se forja en la fragua del encuentro.

6. Josep Otón. “*Simone Weil: el silencio de Dios*” Fragmenta editorial. 2008

7. Hanna Arendt. Una pensadora frente al mal. National Geographic. Historia. Grandes mujeres. 2021

El sufrimiento prueba la consistencia física, espiritual y moral de Job, pero también la calidad humana de sus amigos como nuestra proximidad al dolor del enfermo pone a prueba nuestra condición de médicos y nuestra humanidad, nuestra calidad como seres humanos. En el sufrimiento generado por una enfermedad, aunque el médico sepa diagnosticarla y tratarla correctamente, aunque la contemplación de ese dolor cercano lo impulse a buscar un remedio hasta el límite de sus posibilidades, nuestra experiencia profesional nos dice que, en lo más personal y profundo, ese sufrimiento es muy difícil que lleguemos a conocerlo completamente y que prácticamente nunca llegaremos a compartirlo. Y aunque el médico conozca al paciente de toda la vida y se honre con su amistad, ese va a ser nuestro fracaso como lo fue de los amigos de Job y de la esposa del relato. Por eso la principal premisa de la vocación médica es la compasión y lo más arduo y preciado de su práctica no son los conocimientos, ni la pericia ni la técnica sino la relación con el enfermo, su capacidad de escucha, de diálogo y de empatía.

La Historia de Job es rica en detalles que ilustran acerca de la singularidad de la prueba que soportan los que sufren y recordarla puede servirnos de ayuda a los médicos para entender, acompañar y afrontar el sufrimiento de los pacientes.

FENOMENOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO EN EL LIBRO DE JOB

El relato describe paso a paso la fenomenología, los efectos del mal en la integridad de Job. Como si se tratara de un proceso fisiopatológico van surgiendo los síntomas que origina el impacto inesperado del sufrimiento, sus efectos en la iniciativa del paciente y en su respuesta.

La enfermedad aparece siempre como una realidad negativa e inesperada, un malestar determinado en gran parte por circunstancias culturales, sociales, religiosas, que confluyen en un pathos singular y característico, una experiencia sufriente de la corporeidad, ruptura del proyecto vital, impotencia y angustia. Nos encontramos en una vida difícil y dura que generalmente no sabemos vivir. Sin entender el cómo y el por qué nos sentimos faltos de recursos y quedamos a merced de nuestra pobre iniciativa; adoptamos actitudes, planteamos preguntas.

Job encaja en un primer momento el impacto de la enfermedad, pero en el transcurso de la narración se resiente de otras pérdidas y lo acusa dramáticamente⁸. Maldice su existencia, se siente como en una encerrona sin salida, sufre dolor, desfallecimiento, turbación, insomnio; ha perdido la paz, se ve sin dignidad, infeliz, sin esperanza. Los soportes ultra personales le fallan: su mujer, sus amigos y también los religiosos hasta llegar a sentir nostalgia de Dios. La esposa y los amigos de Job nos muestran lo difícil que es permanecer al lado de un enfermo y no digamos consolarlo respetando su libertad y su fragilidad, sin sobrecargarlo

8. Ángel González Núñez: "Transformaciones saludables en el proceso de la enfermedad. Perspectivas bíblicas" en "Vivir sanamente el sufrimiento", Bermejo JC y cols CEE, Dpto de Pastoral de la Salud. Colección Iglesia y Mundo de la Salud. 1994, pag 65 y siguientes.

con nuestra compasión mal entendida y peor practicada y soportando nuestros miedos e incompetencias.

En esta situación Job busca a Dios, lucha por encontrarse con El y en su combate, como Jacob con el ángel dirá Simone Weil, experimenta temor ante el encuentro, pero sin perder nunca la confianza y toma su iniciativa, luchará con Dios hasta el amanecer. Su arma principal es la seguridad en su inocencia y en esa fe confiará hasta profesarla con una de las más grandes y hermosas declaraciones de toda la Biblia “*Yo sé que mi defensor está vivo*”⁹.

En la historia de Job puede seguirse el itinerario de una persona sumida en el grado máximo de sufrimiento, las fases de todo enfermo diagnosticado de una enfermedad incurable que describe Kubler Ross¹⁰.

La primera fase es el embate de la enfermedad, **el choque inesperado**, que el libro describe en el primer capítulo con la llegada de los mensajeros que traen, uno tras otro, malas noticias a cada cual peor; la última la más dolorosa¹¹.

La siguiente fase es la de **negación y aislamiento**. El enfermo que recibe el diagnóstico de una enfermedad mortal, en primer lugar, no se lo puede creer. Aunque haya vivido circunstancias iguales o parecidas en familiares y conocidos, nunca pensó que le pudiera pasar a él. Pero esta turbación será solo temporal. La evidencia se irá abriendo camino y en su devenir el paciente tendrá que soportar experiencias nuevas y desconocidas, la primera, inmediata al reconocimiento de la enfermedad, es un progresivo aislamiento con su mal, una original sensación de soledad que trae unida una resignación parcial. Tras el impacto de la noticia Job se aísla y se humilla “*Desnudo salí del vientre de mi madre y desnudo volveré allí. El Señor me lo dio, el Señor me lo quitó*”¹².

La negación y el aislamiento la mayoría de las veces desembocan en la sublevarción y la ira. Es la fase de la **rebeldía**. La soledad y la rabia provocan los lamentos de Job¹³; un monólogo en el que su maldición, sus preguntas, su grito, manifiestan su rebeldía, una expresión común del sufrimiento humano que adelanta los sentimientos que lo embargaban.

Tras la ira y comprobada su ineficacia ante el curso fatal de la enfermedad, el paciente entra en la fase que los técnicos denominan de **pacto o regateo**. Confiado en su lealtad Job le habla a Dios esperando que, tarde o temprano, le llegará su liberación. “*Quiero decir a Dios: ¡No me*

9. “*Yo sé que mi defensor está vivo*”. y después que mi piel se haya consumido, con mi propia carne veré a Dios. Lo contemplarán mis ojos, no los de un extraño; y en mi interior suspirarán mis entrañas” (Job 19,25-27)

10. I. Delisle- Lapiere: “Vivir el morir”, Ed Paulinas, cap 5, 55-61. 1986

11. “*Llegó otro mensajero que dijo: Estaban tus hijos y tus hijas comiendo y bebiendo vino en la casa de su hermano, el primogénito y vino del otro lado del desierto un torbellino y conmovió las cuatro esquinas de la casa que cayó sobre los jóvenes y han muerto. Yo sólo he escapado para darte la noticia. Job se levantó, rasgó sus vestiduras y se rasuró la cabeza*” (Job 18,20) 12; *Maldito sea el día que nació y la noche que dijo: “Ha sido concebido un hombre”! ¡Que ese día se convierta en tinieblas!* (3,3-4a) (Job 1,20-22) 13

condenes!, dame a saber por qué te querellas de mí” ...” (10, 2). En otra parte del discurso Job confía en un “testigo” de su inocencia, en este caso un ser celestial, que llegado el momento dará fe de su integridad “Ahora pues en los cielos está mi testigo y allí arriba está mi fiador” (16,19). Más adelante solicita un “mediador”, un ser diferente a Dios y al hombre, que intervenga entre su juez y él. ¡Oh si hubiera árbitro entre Dios y el hombre como lo hay entre el hombre y su prójimo! (16,21). Cuando se convence de que implorar la compasión humana es un gesto inútil, decepcionado de que ningún humano llegue a comprenderlo, Job se consuela pensando que las generaciones futuras harán de él un juicio favorable “¡Ojalá se esculpieran mis palabras! ¡Ojalá se grabaran en el bronce!” (19, 23-24) y convencido de su inocencia termina su discurso: ¡Ojalá alguien me escuchara! ¿Es mi última palabra! ¡Que el Todopoderoso me responda! (31,35).

Cuando se agotan las razones y los recursos y la debilidad llega al extremo, la reacción del enfermo es **el silencio y la depresión**. Es el tiempo en el que afloran con más fuerza las necesidades y los síntomas con todo su rigor, pero también cuando el paciente está en condiciones de manifestar más claramente su dolor si le damos oportunidades para ello. En esa tesitura, necesitado de hablar de un dolor que nadie escucha, Job reclama la presencia de Dios, pero cuando Dios habla lo hace interpelándolo y acosándolo a preguntas. Job responde: “Yo soy poca cosa ¿qué puedo replicar? ¡Con la mano me tapo la boca! He hablado demasiado y no quiero responder. No añadiré nada más. (40. 4-5).

El silencio es la antesala de **la aceptación**. Quien haya pasado las etapas anteriores en las que pudo expresar sus emociones y purgar sus sufrimientos y dolores, entrará en una fase de mayor paz y tranquilidad. “¡Te conocía solo de oídas, pero ahora te han visto mis ojos! Por eso me retracto y me arrepiento cubierto de polvo y de ceniza (42,5)” Pero la aceptación entendida simplemente así solo es resignación. Tras la aceptación queda **la esperanza** que el enfermo alcanzará cuando, satisfechas todas sus necesidades físicas, psíquicas, espirituales y religiosas, en la evidencia feliz de ver cumplido el sentido de su vida, la reconciliación final consigo mismo, con Dios y con los demás, descubrirá la esperanza a la que Job llega por la resignación, pero sobre todo por la revelación y la reconciliación con Dios. Es el mensaje final expresado con lenguaje puramente humano en el epílogo del relato.

EL SUFRIMIENTO EN LA HORA ACTUAL. JOB 2023

¿Qué lectura pueden hacer el hombre y la mujer actuales del Libro de Job? ¿Cómo tentaría Satán a Job en el siglo XXI? Posiblemente no arrebatándole nada que no tuviera ya una fecha de caducidad, ni probando la fe

en un Dios con el que pocos cuentan. Pienso que le propondría una vida sin dolor, un poder absoluto para hacer lo que quisiera y un seguro de delicias y de mentiras que lo distraerán toda la vida de su realidad. El Job actual, acostumbrado a vivir de *fakes news* y ensoñaciones fácilmente caerá en la tentación sin reparar en que todo es obra del diablo. Porque ¿Qué puede decirle la Historia de Job a nuestra sociedad de la supervivencia y la algofobia en la que ninguna narración ni ninguna metáfora de un simple malestar tiene sentido? ¿Qué significan el dolor y el sufrimiento para el hombre en un mundo en el que solo vale lo que sirve y lo que rinde, lo medible y lo numerable?¹² Descubrir la verdad del sufrimiento es cada vez más difícil en la actual “*sociedad de la transparencia*” que prefiere cualquier imagen virtual al contacto con la realidad, especialmente cuando la realidad lo incomoda¹³. Consciente o inconscientemente posicionados lejos de Dios y del dolor; viviendo como si Dios no existiera, incapaces de tomar decisiones dolorosas, posiblemente muy poco nos dice el Libro de Job a los hombres y mujeres de hoy y menos aún a los más jóvenes.

¿Y qué puede revelar la lectura del libro de Job, un texto bíblico a los médicos y a los profesionales de la sanidad, a todos los que, en expresión de Juan Masiá, reconocemos como vocación propia no dejar al ser humano abandonado a su soledad y a su muerte? En el Libro de Job contemplamos la dimensión y los momentos del enfermar y su misterio, la radical limitación del enfermo para explicarlo y su actuación, su lucha hasta la conquista final. En la experiencia de la enfermedad y el padecimiento del final de la vida el paciente muchas veces comparte la soledad del extranjero en un país desconocido, rodeado de gente que le habla en un lenguaje desconocido. Implícitos o adheridos a su desgracia, la pérdida, le exclusión y la indignia constituyen partes esenciales del sufrimiento de los pacientes al final de la vida; como también lo son la ignorancia, la incomprensión y el desconcierto.

Hay una realidad común que todos hemos tenido ocasión de experimentar y afrontar en nuestra actividad sanitaria y son las inseguridades de los amigos y voluntarios que quieren ayudar, las dificultades de practicar el consuelo.

No es fácil visitar enfermos. La historia de Job y de quienes con su mejor intención intentan consolarlo nos ilustran como en la crisis de valores de nuestra sociedad, en su anestesia al dolor, cada día se hace más necesaria la educación y la práctica de la ética de la vulnerabilidad con su principio fundamental: “*el dolor nunca miente*”.

Junto a la cama del enfermo que muere no caben silencios, máscaras ni mentiras. Asistir a un paciente nos sitúa en los límites de su fragilidad y de

12. Byung-Chul Han: “Supervivencia” en *La Sociedad paliativa*. Ed Herder 2020

13. Emilio García Sánchez. “*El asesinato de lo real por la imagen*” Tercera de ABC, miércoles 19 de octubre de 2022 ¹⁶ Juan Masiá Clavel. “Bioética y Antropología” Universidad Pontificia de Comillas 1998.

la nuestra. Se nos agotan las palabras, el tiempo se alarga y hay momentos en que, sin saber qué hacer o qué decir, la situación se vuelve insoportable. Llenos de buena voluntad, pero inexpertos en la relación de ayuda, frecuentemente cometemos errores que no solemos percibir. Volcamos nuestros sentimientos y nuestros miedos a la cabecera del enfermo como los amigos de Job quedando el enfermo tras nuestra visita más herido que consolado¹⁴.

Echamos a suertes quién debía ir a verlo.

Me tocó a mí. Me levanté de la mesa. Se acercaban ya las horas de visita al hospital No respondió nada a mi saludo. Quería cogerle de la mano, la apartó como un perro hambriento que no suelta su hueso.

*Parecía como si le diera vergüenza morir.
No sé de qué se habla con alguien como él.
Nuestras miradas se evitaban como en un fotomontaje.
No dijo ni quédate, ni vete.
No preguntó por nadie de los de nuestra mesa.
Ni por ti, Juancho, ni por ti, Moncho, ni por ti,
Pancho Empezó a dolerme la cabeza.
¿Quién se le muere a quién?
Exalté la medicina y las tres lilas del vaso.
Hablé del sol y fui apagándome.
Qué bien que haya peldaños para salir corriendo.
Qué bien que haya una puerta para poder abrirla.
Qué bien que me esperéis en esta mesa.
El olor a hospital me provoca náuseas...*

Reducida la enfermedad y me atrevo a decir cualquier sufrimiento a un asunto estrictamente médico; superada la onerosa psicología del sufrimiento por un insaciable ideal de bienestar, ya solo le falta a nuestra sociedad, la mayor consumidora de fármacos de la historia, y a quienes la administran prometer y proclamar el derecho a una existencia sin dolor en la ignorancia de que reduciendo el dolor y el sufrimiento a ámbitos exclusivos de la medicina, desentendiéndonos de él, estamos impidiendo que el sufrimiento se haga lenguaje, diálogo, reflexión, búsqueda. Los medios de difusión y el ordenador, sustitutos de la palabra y de la relación del médico y el paciente, colaboran como anestésicos distrayéndonos de cualquier padecimiento a costa de suprimir definitivamente la conversación amistosa y confidencial, el mejor recurso terapéutico de la historia de la medicina que siempre ha sido y sigue siendo compartir.

LA VERDAD

La intención principal de la oración de Job no es la liberación del dolor sino la búsqueda de la verdad y su sentido “*Job no da un paso para escapar*

14. Wislawa Szymborska . “*Noticias del hospital*” (del libro “¿Qué alegría más grande!, 1967)

15. R. De Pury. “*Job au l’homme révolté*”. Citado por Miguel Márquez en “*El riesgo de la confianza*” Desclée de Broker, 1999, 45-51

hacia un Dios mejor ni apela al Dios de los amigos... Job confía en el Dios que lo tiene desesperado, toma por defensor al que lo somete a juicio... por amigo a su enemigo", Y en la terrible oscuridad de su experiencia, lo busca y hasta lucha con Él¹⁵.

El sufrimiento es una oportunidad para la verdad como lo es para el perdón. El sufrimiento y en especial la enfermedad nos libera de los deseos vanos, remodela, purifica, reeduca, humaniza. También nos adiestra en sus exigencias de lucha, de vigilancia y de esfuerzo constante. Nos muestra la dimensión real de la curación del cuerpo y del espíritu que solo se alcanza integrando el sufrimiento en nuestra biografía; reconciliando malestar y bienestar, reconciliándonos con nosotros mismos, con el prójimo y con Dios.

El Libro de Job nos revela la dimensión espiritual y religiosa del hombre y la mujer sumidos en la experiencia del dolor total. En la asistencia integral a los enfermos al final de su vida, la consideración de la fe, expresada como deseo, necesidad o razón, resulta una ayuda inestimable. Una verdad, aprendida al lado de los enfermos y del testimonio ejemplar de muchos hombres y mujeres es la constatación del dolor como un lugar teológico¹⁶. En la crisis de la enfermedad y especialmente al final de la vida, la fe puede ser un factor de contradicción para el enfermo que unas veces sostiene su esperanza, pero otras, las experiencias máximas del silencio de Dios y su misterio lo desconciertan aumentando su sufrimiento.

Las necesidades que la fe genera en los enfermos en situación terminal y crítica constituyen un objetivo asistencial actualmente reconocido. Por supuesto que estamos hablando de una visión amplia y plural de la espiritualidad. Christiane Jomain¹⁷ define las necesidades espirituales como "*las de una persona, creyente o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, de un sentido de la vida y de la muerte*". Son necesidades espirituales de obligada atención siempre pero muy especialmente al final de la vida la necesidad de ser reconocidos como personas, de volver a releer la vida, la necesidad de paz y de esperanza, de restañar los sentimientos de culpa, la necesidad de reconciliación, de perdonar y de ser perdonado, de satisfacer deudas pendientes.

EPÍLOGO

La conclusión de mi discurso es que sí es posible el sufrimiento fecundo y las razones para afirmarlo no son más sino de todos los que navegando

16. "*He pasado por una enfermedad que me tuvo hospitalizada mucho tiempo. Fueron días de dolor físico y un ser abandonado por todas mis fuerzas. Tuve mucho tiempo para pensar y ver. Creo firmemente que la enfermedad es un lugar teológico. ...De repente uno descubre que la vida es sencilla, está hecha de pocas verdades: respirar, ver, amar...Experimentar que respirar y ver son puro don de Dios...*" Citada por Teresa Ruiz en: "*El encuentro con Dios en el grito: aproximación a Job*".

17. Romain C "*Morir en la ternura*" Ed Paulinas 1987 pp 163-166

18. R Delgado Pérez. "*Vivir sanamente el sufrimiento y la muerte*" Dolentium Hominum 37. Año XIII n° 1 1998

desnudos por las tinieblas del dolor alcanzaron la verdad viviendo sanamente el sufrimiento y la muerte¹⁸.

Y lo consiguieron **combatiendo el sufrimiento**. Es la piedra angular y principal. No huir ni encerrarse en él, no ocultarlo ni sublimarlo. Buscar su causa y su razón, como el cirujano hurga en la oscuridad de un abdomen abierto con decisión y deseos de vencerlo.

Pero para eliminarlo es necesario **reconocer el sufrimiento**. Una enseñanza del libro de Job es la necesidad de reconocer el dolor antes de negarlo. En su última intervención, agotadas infructuosamente todas sus lamentaciones, Job reconoce las limitaciones de su anterior conocimiento del dolor y le confiesa a Dios: *“Es cierto. Hablé de cosas que ignoraba...Te conocía solo de oídas, pero ahora te han visto mis ojos”* (Job 42,5).

Reconocer el sufrimiento propio y el que contemplamos significa sufrirlo con los ojos abiertos, conocerlo dos veces: Primero **contemplarlo** ¿Qué vemos? ¿Qué descubrimos? y a continuación **reconocerlo**, reparar en él, en su realidad. Son los pasos del itinerario ético de la compasión: contemplar, conocer y compartir, que el cardenal José Tolentino resume en dos: **Ver y reparar**. Reparar es un término polisémico que posee el doble significado de advertencia y reparación, atención y sanación²². Reparar alude a revisar y requiere un tiempo, detenerse en la contemplación y practicar la prudencia, aquello de las tres pes que no me cansaba de repetir a mis alumnos en las clases de Ética Médica: *En las prisas y los protocolos tened siempre presente la prudencia*. En la debilidad y el miedo de los enfermos, es por el reconocimiento médico, de su mirada experta, compasiva y cercana de donde surgen el diagnóstico y el remedio, el diálogo y la empatía, la confianza y la palabra.

Para hacer fecundo un sufrimiento hay que mirarlo frente a frente, reconocerlo y combatirlo, **nunca encerrarnos en él**. Hay que romper el cerco con el que el dolor nos atrapa y pretende rendirnos; abrirnos a la realidad que no se agota con el sufrimiento y al sentido de la vida. La amenaza de una grave enfermedad oscurece el horizonte de nuestra vida y nuestros proyectos hiriéndonos física y moralmente pero el sufrimiento, realidad inherente a nuestra condición humana, también es una oportunidad para crecer espiritualmente. Una enferma lo testimoniaba así: *“Le doy gracias a Dios porque me ha dado la fuerza de ver mi realidad, pero me ha dado la gracia de ver la de los demás, de detectar el sufrimiento de todos, de no pensar que el mío es el peor”*.

Otra clave para vivir sanamente el sufrimiento es la **búsqueda del sentido**. Así lo constató y lo dejó escrito Víctor Frankl tras su terrible experiencia en un campo de concentración¹⁹: *“La sanación se produce mediante el hallazgo del sentido de la salud, de la enfermedad, de la vida misma”*. Buscar el sentido de la vida, especialmente en las condiciones de extremo

19. V Frankl: *“El hombre en busca de sentido”*. Herder 1986. *“El hombre doliente”* Herder 1987

sufrimiento, constituye una fuerza primaria de naturaleza instintiva, un poder admirable.

Y no callarnos el sufrimiento. El corazón que sufre no puede ser obligado a callarse. Hay que **darle la palabra**. “Prestar voz al sufrimiento es condición de toda verdad” dice Adorno y para Walter Benjamín “el proceso de sanación comienza con la narración que el paciente cuenta confidencialmente al médico al comienzo del tratamiento”²⁰.

En mi larga vida profesional pude constatar muchas veces el poder de la palabra para humanizar el sufrimiento y también constaté que, en la realidad universal del dolor, su misterio principal y la clave de su experiencia reside en nuestra capacidad y recursos para vivirlo y compartirlo como experiencia humana necesaria universal. El dolor nunca miente, pero el dolor nunca tiene la última palabra. El sufrimiento pasa, la vida no. Lo dejó escrito José Luis Martín Descalzo en su Testamento del pájaro Solitario²¹.

*Se que voy a perder mi vida. Pero no importa, seguiré,
sigo jugando Y aunque sé que me estoy desmoronando
voy a esperar, sigo esperando, espero*

*¿Dónde quedó mi corazón primero?
¿Dónde el amor que amaneció silbando?
¿Dónde el alegre adolescente?
¿Cuándo mi alma cambié por este vertedero?*

*Pero voy a seguir en esta noria de la esperanza,
terco, testarudo. ¡Levantad acta a mi requisitoria!*

*Tal vez un día se deshaga el nudo
Y si no puede ser, dirán: “No pudo
Pero murió a las puertas de la gloria”*

Concluyo con un pensamiento extraído de la Encíclica Spe Salvi²² del papa Benedicto XVI. “Conviene ciertamente hacer todo lo posible para disminuir el sufrimiento; impedir cuanto se pueda el sufrimiento de los inocentes; aliviar los dolores y ayudar a superar las dolencias psíquicas. Todos estos son deberes tanto de la justicia como del amor y forman parte de las exigencias fundamentales de la existencia cristiana y de toda vida realmente humana”.

20. Walter Benjamin. “Imágenes que piensan” Madrid Abada 2012

21. J.L. Martín Descalzo, *Testamento del pájaro solitario*, Ed Verbo Divino, 26

22. Benedicto XVI, *Spe salvi*

DÍA DE LA ACADEMIA

El 25 de mayo se celebró el Día de la Academia con una conferencia del **Excmo. Sr. D. Hernán Cortés Moreno**, académico de número de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando. Fue presentado por el académico de número **Ilmo. Sr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé**.

Acompañando al presidente Excmo. Sr. D. Carlos Infantes Alcón estuvieron el director de la Real Academia Sevillana de Buenas Letras, Excmo. Sr. D. Pablo Gutiérrez-Alviz Conradi, y el presidente de la Real Academia de Bellas Artes de Santa Isabel de Hungría, Excmo. Sr. D. Juan Miguel González Gómez.



Sr. González Gómez, Dr. Infantes Alcón, Sr. Cortés Moreno, Sr. Gutiérrez-Alviz, Dr. Domínguez-Rodiño

En el mismo acto, el presidente **Excmo. Sr. D. Carlos Infantes Alcón**, hizo entrega de sendas estatuillas conmemorativas, con motivo de su nueva condición de académico de número emérito, al **Excmo. Sr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez** y al **Ilmo. Sr. D. Joaquín Núñez Fuster**.



Dres. Gómez de Terreros, Infantes Alcón y Núñez Fuster

PRESENTACIÓN DEL EXCMO. SR. D. HERNÁN CORTÉS MORENO

Ilmo. Sr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé
Académico de número

Excmo. Sr. presidente
Excmos. e Ilmos. Sras. y Sres. académicos de número
Dignísimas autoridades
Sras. y Sres. académicos correspondientes
Sras. y Sres.

Hoy celebramos, como es habitual desde que estamos en esta sede de la calle Abades, nuestro día más importante, el día fundacional de la Academia, nuestro cumpleaños; 323 nos contemplan ya desde aquel lejano 25 de mayo de 1700, en que el rey Carlos II, el último de los *Austrias*, aprobó las primeras Ordenanzas, mediante Real Cédula del Consejo de Castilla, de la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, la corporación médica más antigua del mundo, y de la que somos herederos y continuadores.

Y como es tradición en este día, viene a hablarnos un conferenciante de fuste. Por ello quiero manifestar, en primer lugar, que es un grandísimo honor para mí el presentarles al Excmo. Sr. D. Hernán Cortés Moreno, personalidad importantísima en la pintura española actual, por todos considerado como su máximo exponente en el difícil arte del retrato.

Debo decir también, que fue nuestro anterior presidente, D. Jesús Castiñeiras Fernández, el que ya ideó traerlo a la Academia, para dictar la conferencia en la clausura del curso 2021, pero el virus del Covid nos privó de tal acontecimiento.

Puede parecer una incongruencia que un modesto médico como yo tenga el atrevimiento de presentar a un pintor tan importante, cuando hay per-



*Ilmo. Sr. D. Jorge Domínguez-Rodiño
Sánchez-Laulhé. Académico de número*

sonas más autorizadas en esta Corporación, entre ellas un académico de erudición, catedrático de Historia del Arte, o cualquiera de los tres académicos numerarios que tienen el doctorado en esta disciplina, y que hubieran podido hacerlo con una autoridad que yo no poseo.

Pero estas serían, como bien opinó D. Gregorio Marañón, en circunstancias parecidas a la mía, las razones visibles; y el mundo señoras y señores, en lo grande como en lo pequeño, se maneja por invisibles razones. Y entre estas razones que no se dejan ver, se hallan dos que son a las que debo el encontrarme hoy en esta tribuna. Una, que el padre de Hernán Cortés, el Dr. Antonio Cortés Sabariego, y el mío, Dr. Eloy Domínguez-Rodiño y Domínguez-Adame, eran grandes amigos, unidos ambos por su amor a la cultura. Recuerdo perfectamente la de veces que lo vi en nuestra casa y también en esta Academia, siempre con una sonrisa enorme y cautivadora. Y la segunda razón es que también a mí me une una gran amistad con el hermano de Hernán, con el Dr. Antonio Cortés Moreno, brillante cirujano ortopédico, con el que comparto el orgullo de ser ambos discípulos del Dr. D. Manuel Rull González, nuestro maestro, que tanto nos enseñó de nuestra especialidad, siendo Antonio el que me pidió que hiciera esta presentación.

Hernán Cortés nació en Cádiz, de padre médico, como ya he referido, pediatra de gran prestigio, y un médico humanista en toda regla, con amistades tan importantes como D. Gregorio Marañón, D. Pedro Laín, D. José María Pemán o D. Dámaso Alonso, por citar unos pocos. Aunque fue su madre, Elisa Moreno, la persona decisiva en su vocación, y la que le inculcó el amor a la pintura, regalándole sus primeros pinceles con apenas seis años. Como él mismo relata, ella le enseñó a mirar, a distinguir el arte, a trazar sus primeros bocetos.

Influido por su padre, comenzó los estudios de Medicina, al igual que su hermano mayor Antonio, pero en 1970 abandona la carrera para dedicarse por completo a la pintura. Esta decisión, difícil de justificar ante los ojos paternos, fue respaldada nada menos que por el poeta D. Dámaso Alonso, que haciendo de valedor, le dijo a su padre: *“Antonio, déjese usted de pamplinas, que un buen pintor puede ganar mucho más dinero que un médico mediocre”*.

De esa forma se vino a Sevilla y en 1971 ingresó en la Escuela Superior de Bellas Artes de Santa Isabel de Hungría. Uno de sus profesores, Antonio Agudo, tuvo una influencia decisiva en su ulterior dedicación al retrato, aunque su afición por la figura humana le venía desde pequeño cuando copiaba las reproducciones de láminas anatómicas de Vesalio, que su padre conservaba en la biblioteca. Al terminar el primer curso, y en busca de metas mayores, se trasladó a la Escuela Superior de Bellas Artes de San Fernando de Madrid, donde en 1980 obtuvo la licenciatura en Bellas Artes. Por entonces ya había viajado a París e Italia, así como abrió taller con su compañero Pedro Escalona, iniciando sus primeras exposiciones en Cádiz y Jerez. En 1981 dirige el Aula Abierta de Artes Plásticas del Colegio de Arquitectos de Cádiz, donde

al comenzar una serie de dibujos de figuras humanas va descubriendo su interés por el retrato.

Su primera obra importante, con la que alcanza notoriedad, fue precisamente el retrato de Dámaso Alonso, de 1984, y hecho para la Real Academia Española, lo cual le abrirá las puertas de Madrid. A partir de entonces empiezan multitud de encargos y exposiciones. En 1994 ingresa en la Real Academia de Bellas Artes de Cádiz y a finales de la centuria se multiplican las peticiones de retratos por políticos y empresarios famosos, así como las de miembros de la familia real. En el siglo actual se le llegará a conocer con el sobrenombre de “Pintor de la Transición” con motivo de realizar el políptico de los Ponentes de la Constitución, para el Congreso de los Diputados, y los 34 retratos de la Obra Conmemorativa del Trigésimo Aniversario de las primeras elecciones democráticas, encargada para el Senado.

En 2013 fue nombrado miembro del Real Patronato del Museo del Prado, uno de los cargos con los que más ha disfrutado. En 2015 se le concedió la Medalla de Honor de la Real Academia de Bellas Artes de Granada, la Medalla de la Provincia de Cádiz y fue designado Hijo Predilecto de la Ciudad de Cádiz.

En 2016 ingresó como numerario de la Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras de Cádiz; en 2017, en la Academia de Santa Cecilia del Puerto de Santa María y en 2019 leyó su discurso como numerario de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando de Madrid, titulado “*Sobre el retrato, el encargo y el enigma humano*”. En la actualidad, es el responsable de la reorganización del museo de esta academia nacional; un museo muy desconocido que les aseguro puede competir perfectamente con el nuestro de Sevilla, en poder señalarse, como segunda pinacoteca de España, como he tenido recientemente ocasión de comprobar, de la mano del propio Hernán Cortés, que amablemente me lo enseñó.

Como he dicho, yo no soy ninguna autoridad en pintura, pero sí tengo un gran amor a tan noble arte, cultivado por el privilegio de que mi familia tuvo estrecha relación con grandes pintores, como Gonzalo Bilbao, José García Ramos, Gustavo Bacarisas, José Jiménez Aranda, Federico Godoy o Miguel Ángel del Pino. De todos ellos miraba yo asombrado desde pequeño sus obras, colgadas en las paredes de mi añorado hogar de la calle Jesús, y también en las casas de mis abuelos. Además, tuve la suerte de conocer, gracias a mi padre, a D. Diego Angulo y a D. Alfonso Pérez Sánchez, su discípulo, ambos directores del Museo del Prado, que me enseñaron de primera mano aquel mundo tan increíble de pintores universales.

Antes, también he dicho que difícil es el arte del retrato, porque esta forma pictórica suele quedarse en segunda fila a no ser que se trate de obras excepcionales. De hecho, los sótanos de los museos importantes están llenos de muchos que no se exponen. Si uno tuviera dinero para comprar una buena pintura, es casi seguro que no nos decidiríamos por adquirir un retrato. No, probablemente lo emplearíamos en adquirir alguna obra de motivo costum-

brista o quizás nos inclinaríamos por un paisaje. Por eso es tan relevante la notoriedad alcanzada por Hernán Cortés, porque hace algo que es muy difícil, y además lo hace muy bien.

Sir John Elliot dijo en una ocasión, que el ser retratado por Hernán Cortés, fue una de las experiencias que más le hizo disfrutar en su vida.

Y ahora me voy a atrever a decir algo que creo nadie ha dicho. Veo un paralelismo de Hernán Cortés con nuestro pintor manierista de finales del siglo XVI, Francisco Pacheco, que aunque nacido en Sanlúcar de Barrameda, y por tanto gaditano, bien pronto se trasladó a Sevilla, al quedar huérfano siendo muy niño. Uno de los afanes de Pacheco, aparte de conducir con extraordinario éxito la carrera de su yerno, el inmortal Velázquez, fue, como nos dice don Diego Angulo, la de perpetuar la presencia física y los méritos de los más ilustres varones de su tiempo, en su imponente obra el Libro de Retratos (que, como dijera Bonaventura Bassegoda, es el más bello manuscrito de nuestro siglo de oro). Del mismo modo, Hernán, en su tiempo, ha hecho algo similar, ha pintado a las personalidades más relevantes de España; desde la familia real, hasta políticos, intelectuales o empresarios.

Hernán Cortés ha contado en una entrevista sobre la gran responsabilidad del pintor cuando el retrato es encargado por la familia de un difunto, diciendo: *“Si aciertas, ese momento en que la madre se encuentra con el retrato de su hijo es conmovedor. Para ella es como volver a verlo”*, y bien cierto que esto es, lo sé porque lo he vivido en mi familia.

Eso ocurrió cuando mi abuelo recibió, como obsequio de unos clientes, un retrato de mi tío Francisco, que había muerto joven, y que encargaron a Miguel Ángel del Pino. Las palabras de D. Eloy, presidente de esta Real Academia de 1945 a 1951, fueron: *“Yo creía que no volvería a verte Curro... y esta tarde te he visto otra vez. ¡Oh maravillosos pinceles de Miguel Ángel, cómo han sabido darte vida! Viéndote esta tarde, nos parecía que ibas a salir hablando”*.

Dice Hernán Cortés en relación a esto: *“El retrato tiene una capacidad única de suplantación de lo que era ese ser humano. La imagen real de la persona cuando ha fallecido se va borrando; la pictórica permanece”*.

Para terminar, estimada audiencia, añadiría también lo que escribió Lope de Vega en su obra *“La Dragontea”*, y que se podría aplicar al retrato funerario:

*“Para morir nacemos,
y después de la muerte viviremos”*.

Pues bien, este *“viviremos”* se debe en muchos casos a la genial obra de un pintor. Un pintor de la talla de Hernán Cortés Moreno.

Muchas gracias por su atención.

“LA EXPERIENCIA DEL RETRATO EN LA ACTUALIDAD”

(RESUMEN)



Excmo. Sr. D. Hernán Cortés Moreno

Hace unos meses tuve el honor de dirigirme a esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, que cuenta con más de tres siglos de historia y ha desarrollado una intensa actividad en el cultivo y la difusión de la Medicina, a cuya directiva agradezco su amable invitación. Quiero exponerles aquí algunas de las ideas sobre las que versó aquella intervención. Hablé del retrato, de la experiencia de un pintor que lleva trabajando en este género muchos años, toda una vida, pero que se enfrenta a cada nuevo encargo con la misma inquietud y tensión que el primer día.

Debo confesarles que yo iba para médico, aunque el destino me deparraba un camino diferente a través de la pintura y el retrato. Verán que, al menos en mi experiencia, no son actividades antagónicas, pues tienen curiosos puntos de contacto. Mi padre, Antonio Cortés Sabariego, era pediatra y de

su mano descubrí los rincones de mi ciudad natal, Cádiz, y la grandeza de su bahía, que tanto habría de influir en mi obra pictórica. Era uno de esos médicos de aspecto venerable, y muy dado a cruzar unas palabras con cualquiera que se le acercara, lo que era habitual porque varias generaciones de niños pasaron por sus cuidados. Los padres se dirigían a él con cariño y respeto, y cada vez más eran los propios niños convertidos ya en adultos. Tenía un carácter en apariencia extrovertido y optimista, y solía disfrutar de la buena conversación, aunque tal vez ocultaba, como buen gaditano, una sensibilidad proclive a la melancolía.

Mi padre, que falleció hace 16 años, procedía de un entorno alejado de las humanidades y las ciencias, y cursó la carrera de Medicina con verdadero esfuerzo personal. Se enorgullecía de ser discípulo de Gregorio Marañón, que dirigió su tesis doctoral, además de acogerlo paternalmente. De él aprendió a interesarse por la condición humana en el sentido profundo del término, algo solo al alcance de los médicos humanistas que observan a sus semejantes con una honda comprensión. Ávido lector de las obras de don Gregorio, que devoraba, siempre propiciaba un estrecho contacto con los pacientes y me transmitió el interés por la lectura, el arte y el conocimiento. Heredé de mi padre esta pasión por la Cultura que para él era un fundamento de su profesión y de su vida.

Cuando crecimos, mi hermano Antonio y yo estábamos destinados a la Medicina. Antonio siguió la tradición paterna, pero yo comprendía, desde que tuve un pincel en la mano siendo niño, que mi vocación era la de pintor. Por aquellos años, al comienzo de la década de los setenta, era preceptiva una prueba para ingresar en la Facultad de Medicina de Cádiz. Aprobé aquel examen y comencé el primer año, pero la pasión por la pintura era ya irrefrenable. Recuerdo a un profesor que, sabedor de mi obsesión por la Anatomía y la copia de los dibujos de Andrea Vesalio, comprendió que mi vocación seguía otro camino. A ello contribuyó la paleta de pintor que mi madre me había regalado con seis años, y que todavía conservo, y el consejo de algunos buenos amigos de la familia, como Dámaso Alonso y Pedro Laín, que sugirieron que yo debía seguir la senda de la pintura.

Debo añadir que mi padre comprendió lo inevitable de mi decisión cuando dejé los estudios de Medicina para ingresar en la Escuela de Bellas Artes de Sevilla. Debía tener unos 17 años y nunca olvidé a Vesalio ni las enseñanzas de Anatomía.

Para pintar la figura humana, que ha sido la tendencia principal de mi obra a lo largo de los años, es necesario indagar no solo en lo que vemos de nuestro cuerpo, sino también en lo que subyace. Ese armazón que te muestra lo que permanece cuando el tiempo va debilitando la tersura de nuestros músculos.

Sospecho que este entorno cercano a la ciencia me ha propiciado la búsqueda de la claridad en mi pintura y para ello he acudido, a menudo, a la geo-



Retrato de Dámaso Alonso (RAE)

metría y la abstracción, al mundo clásico y al retrato del Renacimiento. Las primeras representaciones humanas, las de los asirios o los egipcios, entre otras, nos muestran su figura integrada en el relato. Pero son los griegos, con la gran expansión posterior de Roma, los que priorizan de una vez la representación de lo humano. Es entonces cuando su figura se convierte en canon, el hombre en modelo y ejemplo para sus iguales, y aparece a continuación el retrato con su particularidad. El Renacimiento después lo enriquece a su vez y los símbolos de la antigüedad clásica se transforman en una referencia para sus semejantes.

Desde que empecé a pintar me dejé atrapar por el retrato. Me gustaba dibujar a mis padres y hermanos, en poses desprevenidas, buscando siempre resolver el principal reto que planteaba: el parecido. No se trata solo de captar unos rasgos particulares, sino de responder a ese desafío que te lleva a resaltar los rasgos esenciales del modelo. Poco después, cuando dibujaba en los talleres con desnudos al natural, sentí que representar ese cuerpo humano desnudo era un desafío que me atrapaba y me impulsaba a resolverlo. Una experiencia artística de primer orden.

Comprendí la belleza de lo orgánico y su diálogo con la simetría, las perfecciones e imperfecciones físicas y los contrapesos que el cuerpo va creando para mantenerse en equilibrio. Entendí, en definitiva, que buena parte de la belleza física que nos atrae en el otro proviene también del artificio desarrollado por el sujeto para armonizar sus formas, a menudo desequilibradas.

Con el retrato observé que ese magnetismo de la presencia de un cuerpo humano no desaparece pese a la indumentaria que lo cubre; al fin y al cabo, para dibujar bien a una persona vestida tienes que conocer sobradamente cómo funciona su anatomía, siendo esta una ley que todo pintor de la figura humana debe contemplar. La adaptación de estas leyes de la anatomía humana a la particularidad de cada sujeto, eligiendo los rasgos que lo convierten en algo único e irrepetible, es precisamente lo que nos lleva a retratarlo.

Francisco Calvo Serraller, en un texto escrito para el catálogo de una de mis exposiciones, se refiere al arte de retratar como la cualidad de replicar lo que se ve sin afectaciones idealizadoras. Por otra parte, Valeriano Bozal, en una conferencia a propósito de la exposición en el Museo del Prado sobre el retrato español desde El Greco a Picasso, nos habló de la clásica diferencia entre los retratos y los tipos, recordándonos que cuanto más se resaltan los aspectos individuales del modelo nos acercamos más al retrato, mientras que la carga en los aspectos sociales nos conduciría al tipo.

Yo he preferido centrarme, por parecerme el de más interés original, en el retrato individual y de carácter, es decir, aquél que pretende la representación de un ser humano particular, con su nombre, apellidos y características externas que le diferencian de los demás. El que atiende a esa escenificación que es nuestra apariencia personal, y que tanto dice de lo que somos.

La representación de la imagen humana, que soporta el paso del tiempo, ha impregnado nuestro inconsciente colectivo de forma que incluso hoy, pese al gran desarrollo de los medios de comunicación, las imágenes plásticas tradicionales, con su carácter estático y silencioso, mantienen su fuerza simbólica cuando queremos recordar a alguien. No digamos, si ya no está en este mundo con nosotros.

He comprobado esta experiencia en el caso de algunos retratos míos de personas ya fallecidas. Me dicen sus allegados que a medida que pasa el tiempo, mientras su imagen temporal se desdibuja en la memoria, permanece en cambio aquella que los representa pictóricamente. No todos los retratos pueden aspirar a ese honor, puesto que solo los que alcanzan un grado de excelencia sobreviven.

La libertad creativa de que disponemos en nuestra época nos permite conservar el gusto de la tradición pictórica del retrato en distintas culturas, sin repetir modelos caducados y ajenos a la sensibilidad actual. Los nuevos medios de reproducción de imágenes: fotografía, comic, ilustración, vídeo, cine, etc., aportan un enfoque enriquecedor para la pintura figurativa.

Yo me he servido de esta renovación en el lenguaje para intentar reflejar pictóricamente los cambios acaecidos en la imagen de mis semejantes. Quizá no ha desaparecido la vieja idea del retrato burgués que se colocaba en el salón como signo inequívoco de ascenso en el escalafón social, pero la perspectiva artística que vengo defendiendo no se limita a tal convencionalismo.



Retrato de Felipe VI (Tribunal Constitucional)

Desde luego, lo que no ha desaparecido es el gusto por retratarse. En nuestra sociedad globalizada sentimos aún más, aunque de otra manera, la necesidad de singularizarnos. Abundando en esta idea, quiero recordar un párrafo que Fernando Savater escribió en el catálogo de una exposición mía:

“A medida que la universalidad se amplía (en demandas sociales y en desastres, en demostraciones de poder y en demostraciones de miserias) el interés por la individualidad se vuelve más y más irresistible. También más necesario. Convencidos en secreto de que nuestro nombre es Nadie, como el de Ulises, reclamamos ser tratados como personas. Es una muestra de idiotez, si se quiere: o sea, un lamento de la individualidad”.

Hernán Cortés Moreno
Pintor

ACTOS SOLEMNES DE RECEPCIÓN DE ACADÉMICOS ELECTOS

ACADÉMICOS DE NÚMERO

Ilmo. Sr. Dr. D. Alberto García-Perla García

El domingo 19 de febrero tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial. Su discurso de ingreso se tituló “El rostro desfigurado. Aspectos físicos y psicológicos. Evolución histórica y trasplante facial”. Le contestó, en nombre de la RAMSE, el Excmo. Sr. Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández.



Ilmo. Sr. Dr. D. Jaime Boceta Osuna

El domingo 5 de marzo tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Medicina Paliativa. Leyó el discurso titulado “Historia y desarrollo de la Medicina Paliativa”. Fue contestado por el académico Ilmo. Sr. Dr. D. José María Rubio Rubio.



**Ilmo. Sr. Dr. D. Joaquín
Lucena Romero**

El domingo 16 de abril tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Medicina Legal y Forense. El título de su discurso de recepción fue “La dimensión sanitaria y social de la patología forense. El modelo de la muerte súbita”. Le contestó el académico Ilmo. Sr. Dr. D. Ricardo González Cámpora.

Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Ortiz Leyba

El domingo 7 de mayo tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Medicina Intensiva. Leyó el discurso de ingreso titulado “*Ad Astra per aspera*: el apasionante camino de la Medicina Intensiva”. Le contestó el académico Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín.



**Ilma. Sra. Dra. D.ª Inmaculada
Concepción Herrera Arroyo**

El domingo 4 de junio tomó posesión de la plaza de académica de número de la especialidad de Hematología. Su discurso se tituló “El cambio de paradigma en el tratamiento de las neoplasias hematológicas en el siglo XXI”, contestándole el académico Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Pera Madrazo.

**Ilmo. Sr. Dr. D. Salvador
Morales Conde**

El domingo 12 de noviembre tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Cirugía Laparoscópica, Gastrointestinal y de la Pared Abdominal. Leyó el discurso titulado “Innovación, inspiración y nuestros pacientes...la motivación del cirujano”. Le contestó en nombre de la RAMSE el académico Ilmo. Sr. Dr. D. José Cantillana Martínez.



ACADÉMICOS DE ERUDICIÓN

Ilmo. Sr. D. Jesús Palomero Páramo

El domingo 5 de febrero ingresó como académico de erudición en Historia del Arte, con el discurso titulado “Las raíces médicas del pintor Bartolomé Esteban Murillo”. Fue presentado por el académico Ilmo. Sr. Dr. D. José Cantillana Martínez.



**Excmo. Sr. D. Pedro
González-Trevijano Sánchez**

El domingo 8 de octubre ingresó como académico de erudición en Jurisprudencia con el discurso titulado “El derecho a la protección de la salud (a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional)”. Fue presentado por el académico Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Sabaté Díaz.

SESIÓN DE CLAUSURA DEL 323º AÑO ACADÉMICO

El jueves 14 de diciembre, en Sesión Pública y Extraordinaria, se celebró la clausura del 323º Curso Académico, con arreglo a la siguiente programación:

- I. Apertura de la sesión por el Excmo. Sr. presidente D. Carlos Infantes Alcón.
- II. Presentación de la conferenciante por el Ilmo. Sr. D. Miguel Ángel Guzmán Ruiz, viceconsejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía
- III. Conferencia: “Una sanidad para las personas”, a cargo de la Excma. Sra. D.^a Ana Mato Adrover, ex ministra de Sanidad
- IV. Apertura de plicas del Concurso Científico de Premios del año 2023
- V. Clausura a cargo del presidente de la RAMSE



D.^a Ana Mato

RESUMEN DE LA CONFERENCIA: “UNA SANIDAD PARA LAS PERSONAS”, A CARGO DE LA EXCMA. SRA. D.^a ANA MATO ADROVER, EX MINISTRA DE SANIDAD

La Excma. Sra. D.^a Ana Mato Adrover, ex ministra de Sanidad y Políticas Sociales del Gobierno de España (2011 a 2014), hizo una profunda y extensa reflexión de su visión sobre el enfoque estratégico de la sanidad y concretamente de nuestro Sistema Nacional de Salud, basada en la experiencia personal durante su mandato de ministra y en el análisis a posteriori de cómo seguir abordando los retos y oportunidades, abogando por la imprescindible e irrenunciable colaboración y coordinación de todas las partes interesadas en los planos político, profesional, científico y social, sin dejar de afrontar cuestiones absolutamente básicas respecto del ‘derecho a la protección de la salud’ que se enuncia en la Constitución Española, como son la gobernanza, la humanización, la equidad y la sostenibilidad, sin olvidar los retos éticos y tecnológicos, siempre bajo el marco conceptual que eligió como título de su conferencia: **“Una sanidad para las personas”**.

Fue un hecho relevante, a propósito de su sensibilidad al asumir el desempeño del cargo en el ministerio, comenzar recordando que *“una de las primeras cosas que hice cuando tuve el honor de ser nombrada ministra de Sanidad, después de visitar las dependencias del ministerio, de saludar a los funcionarios y de sentarme en la mesa de mi despacho, fue pedir que me trajeran el juramento hipocrático”*.

Posteriormente desarrolló su exposición definiendo el motivo central de su propuesta:

“Una sanidad para las personas implica un sistema de salud centrado en las necesidades de cada individuo, que proporcione una atención médica de calidad y accesible para todos. Que tenga a los profesionales sanitarios como los protagonistas de las decisiones fundamentales y que disponga tanto de su capacitación científica como de los valores humanitarios de la relación que establece con el paciente.

Una sanidad para las personas se basa en principios como la igualdad, la equidad y la solidaridad. Busca garantizar el derecho a la salud de cada persona, sin importar su origen o condición social o económica.

Para lograr una sanidad para las personas, es necesario contar con servicios de salud integrales, que abarquen desde la prevención y la promoción de la salud, hasta la atención profesional especializada pasando por la primaria. También, se debe promover la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones sobre su propia salud, tal como imponen los valores deontológicos y los títulos legales (como la ley de autonomía del paciente).

Además, una sanidad para las personas implica la ejecución de políticas públicas que garanticen el acceso a servicios de salud de calidad, y humanizados, la formación y capacitación continua de sus profesionales, así como la inversión en investigación, y el desarrollo de nuevas tecnologías médicas.

Como ya han podido observar, una sanidad para las personas es aquella que pone a los individuos en el centro, procurando su bienestar y cuidado integral.

De ahí arranca el compromiso de la sociedad en su conjunto para garantizar el derecho a la salud, y trabajar en la construcción de sistemas de salud más justos y humanos.

He pensado que no hay un concepto tan integral como éste, cuando hablamos de sanidad.

Sumamos elementos como la consecución de objetivos de salud, el papel de los profesionales, los derechos del paciente o la cohesión social. Todo, conjuntamente, converge en la idea de la sanidad para las personas como clave de bóveda de todos los esfuerzos y anhelos que tengamos quienes en algún momento hemos sido partícipes de este apasionante proyecto.

La sanidad, siendo uno de los pilares esenciales del bienestar humano actual, requiere una evaluación constante de cómo se encuentra, si cumple con sus finalidades, y de la manera en la que la sociedad la integra en sus prioridades.

Reflexionar sobre cómo está hoy la sanidad nos permite identificar no sólo sus fortalezas, sino también los desafíos y oportunidades de mejora que enfrentamos para asegurar que cada individuo reciba la atención que necesita”.

A continuación, expuso “algunas ideas que podrían, en su caso, guiar nuevas líneas de mejora”.

Y, por último, abordó “las circunstancias que pueden hacer posible dotar de un nuevo impulso a nuestro sistema sanitario, orientado hacia la mejora de la salud de los españoles”.



RESOLUCIÓN DEL CONCURSO CIENTÍFICO DE LA RAMSE DEL AÑO 2023

Una vez oídas las propuestas de los jurados calificadores nombrados para cada premio, el pleno académico, reunido en sesión ordinaria el día 30 de noviembre del presente año, acordó conceder los siguientes premios:

- **Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla a Publicaciones Científicas**, dotado con mil euros y diploma acreditativo, al autor del mejor trabajo científico de investigación básica o aplicada, publicado en los años 2021-2022, en revista de ámbito nacional o internacional, al trabajo titulado:

“Recurrent splice site mutations affect key diffuse large B-cell lymphoma genes”

Publicado en la revista Blood. 2022 Apr 14;139(15):2406-2410. doi: 10.1182/blood.2021011708.

Autores: Pedro Medina Vico, Álvaro Andrades, Juan Carlos Álvarez-Pérez, Juan Rodrigo Patiño-Mercau, Marta Cuadros, Carlos Baliñas-Gavira.

Se concede una mención especial por su calidad al trabajo titulado:

“Fungal microbiota dynamics and its geographic, age and gender variability in patients with cystic fibrosis”

Publicado en la revista Clin Microbiol Infect. 2023, 29(4):539.e1-539.e7. doi: 10.1016/j.cmi.2022.11.001.

Autores: Sara Martínez-Rodríguez, Vicente Friaiza, Rosa M. Girón-Moreno, Esther Quintana Gallego, Antonio Salcedo-Posadas, Joan Figuerola-Mulet, Amparo Solé-Jover, Elena Campano, Rubén Morilla, Enrique J. Calderón, Francisco J. Medrano y Carmen de la Horra.

- **Premio de la Universidad de Sevilla**, dotado con mil euros y diploma acreditativo, sobre un tema de Medicina Interna, Cirugía o especialidades médicas y sus áreas específicas, al trabajo titulado:

“Terapia de células mesenquimales en regeneración del cartílago articular”

Autor: José María López-Puerta González.

- **Premio del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla**, dotado con Mil euros y Diploma acreditativo, al autor del mejor tra-

bajo presentado sobre Medicina, Cirugía y especialidades, al trabajo titulado:

“Antibioterapia al final de la vida en una unidad de Cuidados Paliativos: impacto en salud y percepción de los profesionales implicados”

Autora: Pilar Retamar Gentil.

- **Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina**, dotado por el Excmo. Ateneo de Sevilla con mil euros y diploma acreditativo, al autor de la mejor biografía del Dr. Ismael Yebra Sotillo, destacado miembro del Ateneo y de esta Real Academia, al trabajo titulado:

“Desde la piel al alma”

Autor: Francisco Gallardo Rodríguez.

- **Premio Anestesiología – Reanimación y Terapéutica del Dolor**, dotado por A.P.S.A.R. con mil euros y diploma acreditativo, al autor del mejor trabajo presentado sobre tema libre de Anestesiología – Reanimación y Terapéutica del Dolor, al trabajo titulado:

“Protocolo de psicoprofilaxis quirúrgica infantil”

Autora: D^a. Soledad Heras Cruz.

- **Premio Fundación Repetto**, dotado con mil euros y diploma acreditativo, al autor del mejor trabajo presentado sobre tema libre de Gestión Sanitaria, al trabajo titulado:

“Gestión de lista de espera y tiempo de respuesta quirúrgicos en Andalucía. Análisis de situación y estrategias de mejora”

Autor: D. Ángel Chimenea Toscano.

El resto de los premios convocados no se han concedido o han quedado desiertos.

5) SESIONES PÚBLICAS ORDINARIAS

SESIÓN EN HOMENAJE AL PROFESOR DON CARLOS JIMÉNEZ DÍAZ

El 4 de mayo tuvo lugar una sesión ordinaria en homenaje al profesor D. Carlos Jiménez Díaz, académico de honor de la RAMSE, con motivo de cumplirse un siglo de su toma de posesión como catedrático de Patología Médica con su Clínica de la Facultad de Medicina de Sevilla, con arreglo a la siguiente programación:

- Apertura del acto por el Ilmo. Sr. vicepresidente D. Blas Rodríguez de Quesada
- “D. Carlos Jiménez Díaz, catedrático de Patología Médica de Sevilla (1923-1927) y académico de honor de la RAMSE (1949)”
- “D. Carlos Jiménez Díaz, catedrático de Patología Médica de Madrid, labor asistencial e investigadora (1927-1967)”



Dr. Domínguez-Rodiño



Dr. Pérez Calero

“D. CARLOS JIMÉNEZ DÍAZ, CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA MÉDICA DE SEVILLA (1923-1927) Y ACADÉMICO DE HONOR DE LA RAMSE (1949)”

Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Ilmo. Sr. vicepresidente

Ilmos. Sres. académicos numerarios

Sras. y Sres. académicos correspondientes

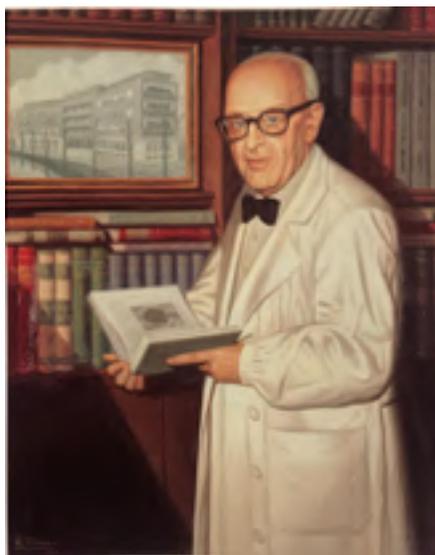
Quiero agradecer en primer lugar al Dr. Pérez Calero, que nos haya recordado esta efeméride, y justo es reconocer que ha sido el impulsor de este acto, en el cual participo con enorme satisfacción. Bien sabe él lo que en mi familia ha significado D. Carlos Jiménez Díaz. Su llegada a nuestra Facultad, hace ahora cien años, era algo que merecía una sesión académica, sobre todo por tratarse de uno de nuestros académicos de honor.

Este acto es el tercero en la historia de nuestra Academia en que se recuerda al profesor Jiménez Díaz. El primero consistió en la sesión necrológica que se le dedicó, en 1967, tras su fallecimiento y de la cual les hablará D. Alberto; el segundo fue en 1978, con motivo de la donación de este retrato de D. Carlos, por parte de la Fundación Jiménez Díaz, y que fue entregado por su director general Dr. D. José Perianes Carro. Fue pintado por Ladislao Tinao Fernández en 1977 y se entregó en sesión solemne el 12 de junio de 1978, en la que participaron D. Eloy Domínguez-Rodiño Domínguez-Adame, D. José Cruz Auñón, D. José Perianes Carro y el presidente D. Gabriel Sánchez de la Cuesta. El tercer acto es el de hoy.

Del mismo modo agradezco, en nombre de la Academia, la asistencia de los representantes del grupo hospitalario Quirónsalud, encabezados por su directora D.^a Pilar Serrano que está acompañada de D. Manuel Rodríguez Navarro, siendo ambos, académicos correspondientes de nuestra Corporación.



Como todos saben, el actual Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, la obra más importante de D. Carlos, al que siempre conocimos como la Clínica de la Concepción, o más familiarmente como “La Concha”, está actualmente integrado en la red hospitalaria de este grupo tan importante, Quirónsalud, y felizmente pienso, porque con ello ha recuperado el esplendor y prestigio que siempre había tenido. Debo recordar que la Institución pasó por momentos muy delicados en 1984, y que estuvo a punto de desaparecer, debido principalmente a la tacaña política del gobierno de entonces y que había comenzado con su llegada al poder, en 1982.



*Retrato de D. Carlos Jiménez Díaz.
Pintado por Ladislao Tíno
Fernández, 1977*

Es importante señalar, para que los más jóvenes lo comprendan, que estamos conmemorando el centenario de la llegada a nuestra ciudad de una de las personalidades más importantes en la medicina clínica española del siglo XX, quizás tan solo comparable con D. Gregorio Marañón. Como decía Carlos Marina Fiol, uno de sus discípulos predilectos, Jiménez Díaz vivió en un momento de transformación total de esta ciencia, en el que desaparecía la medicina del siglo XIX, que era una disciplina especulativa, basada en el arte y en la clínica. Cuando él terminó la carrera en el año 1919, es cuando la medicina empieza a basarse en la biología y en la bioquímica. Él es el que, aprovechando esto, convierte la medicina española en europea. Teníamos muy buenos clínicos, pero nos faltaba la investigación,



1955 inauguración de la clínica de la Concepción

y este fue el cambio fundamental que realizó Jiménez Díaz, y que ya habían empezado Gregorio Marañón, Gustavo Pittaluga, Juan Madinaveitia y Teófilo Hernández; pero fue Jiménez Díaz el que renovó completamente el concepto de la medicina en España. Fíjense ustedes en el prestigio que llegó a alcanzar D. Carlos, que

ha sido el único médico en el mundo que ha presidido dos sociedades internacionales, la Sociedad Internacional de Medicina Interna (que en 1958 celebró en la Clínica de la Concepción su 4º congreso) y la Organización Mundial de Alergia que presidió de 1961 a 1964.

Por otro lado, también transformó la enseñanza médica en nuestro país, y sobre todo la postgraduada, sentando las bases de lo que después sería el actual sistema MIR. De hecho, mi padre, como otros muchos, estuvo cinco años a su lado, y al de D. Heliodoro González Moga, formándose como especialista en Aparato Digestivo en el Hospital Clínico de San Carlos y en Bioquímica, con D. Humberto Castro Mendoza, en el Instituto de Investigaciones Médicas. No es casualidad que el Dr. José María Segovia de Arana, el fundador del sistema de médicos internos residentes en la Clínica Puerta de Hierro en 1976, fuera discípulo de D. Carlos.



Dice una de las frases del Juramento Hipocrático: “Y honraré a quienes me enseñaron la Medicina del mismo modo que si de mis progenitores se tratara...” Les aseguro que de pocas personas he visto tanta admiración por ella como la que tuvieron los discípulos de D. Carlos por su maestro. Le tenían la misma devoción que a un padre.

Este hecho lo viví de muy pequeño, cuando yo tenía 8 años, y fallece D. Carlos. Comprendí la importancia de su figura inmediatamente, ya que mi padre, aquel día de mayo de 1967, no dudó ni por un momento en dejarlo todo y partir hacia Madrid, a despedirse de su maestro, que yacía sobrevestido con su bata blanca de médico en el aula magna de la clínica de la Concepción.

Era muy lógico, ya que D. Carlos tampoco dudó en viajar a Sevilla cuando estaba moribundo mi abuelo Eloy en 1962, para ver por última vez al que fuera su profesor auxiliar de Patología Médica durante su estancia en la ciudad hispalense. Además, mi padre había pasado un lustro en la capital, desde 1945, haciendo su especialidad y su doctorado junto a Jiménez Díaz, el cual le propuso continuar en Madrid a su lado, algo que no sucedió porque en Sevilla le reclamaba su padre para ayudarle con la consulta.

La misma admiración y casi veneración que sentía mi padre, también la conocí en otros. Cómo olvidar a D. José Cruz Auñón cuando hablaba de Jiménez Díaz, o a D. Miguel Ríos Mozo, comentar las virtudes de D. Carlos,

o a Pepe Bolinches recordándolo en el laboratorio. O sus discípulos de Madrid, Francisco Grande Covián y Juan Rof Carballo, a los cuales recuerdo almorzando en mi casa más de una vez, o Manuel Díaz Rubio y su hijo Manuel Díaz-Rubio García, o el compañero inseparable de mi padre en Madrid, Eloy López García. Y cómo no, D. Heliodoro González Mogena, el principal apoyo de D. Carlos. A todos ellos tuve la suerte de conocer, y verlos hablar de su maestro, os aseguro que era siempre conmovedor.



Jiménez Díaz con Domínguez Rodiño y su hijo Eloy En 1947

Hubo una época en la medicina española que con solo decir D. Carlos, todos sabían de quién se hablaba, no había necesidad de mencionar sus apellidos.

Carlos Jiménez Díaz nació en Madrid el 10 de febrero de 1898, en una casa de la calle Trujillos, situada en el castizo barrio del Carmen, en el seno de una familia muy humilde. A los pocos días fue bautizado en la iglesia parroquial de Nuestra Sra. del Carmen. Fue el segundo de los cuatro varones que tuvo su madre, Jacoba Díaz Benito, hija de una familia de labradores, y que había nacido en El Molar, pequeña localidad madrileña, al norte de la capital. Su padre, Mariano Jiménez Hortés, había venido de la provincia de Guadalajara, del pueblo de Albares, de familia labriega también. Hacía años que vivían en Madrid y en el número 28 de la calle de Atocha tenían un comercio de ultramarinos, que llamaban La Europea.

El joven Carlos estudió las primeras letras en el Centro de Instrucción Comercial, en la esquina entre la plaza de Santa Ana y la plaza del Ángel. Tenía tres hermanos que estudiaban también en el mismo colegio, que era lo que entonces se llamaba un “colegio de pago”. El padre pagaba 5 pesetas al mes por la educación de todos. En la plaza de Santa Ana, frente al teatro Español, jugaba Carlos al toro con los chicos del barrio, con los hijos del pescadero, los del carnicero, el del lechero o el del tabernero. Precisamente, la de los toros sería después una de sus mayores aficiones.

Estudió el bachillerato en el Instituto de San Isidro, donde su expediente académico se sigue considerando como uno de los mejores, y eso que es el más antiguo de España, de 1625, y de donde salieron cuatro Premios Nobel de Literatura (José Echegaray, Jacinto Benavente, Vicente Aleixandre, y Camilo José Cela). Sus padres, con una aguda visión del futuro de su hijo, le hicieron dar clases particulares de francés, latín y matemáticas. Al pequeño

Carlos le gustaba leer libros de Filosofía, y uno de sus profesores fue nada menos que D. Marcelino Menéndez y Pelayo, que descubrió con sorpresa que la verdadera afición de ese niño era la Medicina. En el bachillerato coincidirá con un futuro gran colaborador suyo, D. Helodoro González Moga, que estudiaba en un curso posterior, y que decía de Jiménez Díaz que era un niño muy estudioso, muy empollón, y que sacaba siempre las máximas calificaciones; pero también muy travieso, siendo el dibujo, una de las cosas que más le gustaba. Durante la carrera de Medicina refiere además que leía muchísimo y con una técnica muy rápida. Así, se hablaba de que se le dejaba un libro por la tarde, no en español sino en alemán, y lo devolvía a las 24 horas ya leído. Llegó a saber perfectamente francés, inglés y alemán.

Carlos y su familia pasaban los veranos en la cercana Moncloa, que entonces era casi el campo, las afueras de Madrid, en donde por extraña coincidencia se construiría más tarde el gran edificio de la Fundación Jiménez Díaz.

En el año de 1913 inicia sus estudios en la Facultad de Medicina, en el viejo caserón de la calle Atocha, el mismo que había sido anteriormente Real Colegio de Cirugía de San Carlos, fundado en 1771, por el rey Carlos III a instancias de Antonio Gimbernat. La familia, en cambio, opinaba que debía ser ingeniero o abogado, ya que el ejercicio de la Medicina, le decían, era sacrificio, dedicación y oscuridad. El joven Carlos por el contrario pensaba que si su admirado D. Santiago Ramón y Cajal había llegado a la fama al haber sido galardonado con el premio Nobel, no podía ser una ciencia oscura la Medicina. Según Mariano Díaz-Rubio, estudió esta carrera básicamente por la influencia y atracción que en él despertó la figura de D. Santiago. Además de Cajal, otro catedrático que impresionó a Don Carlos fue Teófilo Hernando, que era uno de los más jóvenes de la Facultad y regentaba la cátedra de Terapéutica y Arte de recetar. Y también entre sus profesores preferidos estaba Juan de Azúa Suárez, que daba la Dermatología. Asistía a las clases de manera irregular porque el resto de los profesores le producía decepción y prefería estudiar en libros y revistas científicas, algo inaudito en esa época.

En cuarto curso de la carrera gana las oposiciones a alumno interno en la cátedra de Patología Médica, que enseñaba el profesor Jacobo López Elizagaray, del cual mantuvo siempre buenos recuerdos, colaborando con él en el Hospital Clínico y en el Hospital Pro-



1913

vincial; y al mismo tiempo conoce a Conchita Rábago, la que será su esposa posteriormente y también motivo del nombre de la futura clínica. Los padres de ambos eran amigos y veraneaban por entonces en Cercedilla. En aquellos años trabajó en el Hospital General, como practicante, para ganar dinero y poder comprar libros. Le gustaba mucho ir al campo y dar grandes paseos, y ya entonces cavilaba cómo poder crear un instituto de investigación.

Terminó la carrera en junio de 1919, con el premio extraordinario de licenciatura. Se fue entonces de médico, una temporada, al balneario Fuente del Toro, en el pueblo materno de El Molar, al pie de la sierra del Guadarrama.

Ese mismo verano, en tres meses, hace su tesis doctoral, basándose en estudios experimentales llevados a cabo con el Dr. Fernando Enríquez de Salamanca Danvila, entonces profesor auxiliar de Patología Médica, leyéndola en octubre de 1919, y consiguiendo también el premio extraordinario, con un trabajo titulado “Los factores indispensables de la dieta y el crecimiento”, adelantándose a lo que hoy llamamos las vitaminas.

Tenía pendiente el servicio militar obligatorio, el cual realizó durante tres meses por las mañanas en un cuartel, como “soldado de cuota”, figura creada en España en 1912 bajo la presidencia de Canalejas, por la que abonando una cantidad de dinero, se reducía drásticamente la duración del servicio en filas. Por las tardes se dedicó a preparar las oposiciones a cátedra de Patología Médica que se habían convocado para Barcelona y Valladolid, y que había firmado tan solo seis meses después de graduado, con 21 años. A estas oposiciones concurrieron ocho aspirantes. D. Carlos no obtuvo plaza, a pesar de hacer un brillante ejercicio, mejor que el de los demás. Los ganadores fueron Pablo Ferrer (el favorito, por ser médico de Alejandro Lerroux, que escogió Barcelona) y Misael Bañuelos (que tomó, por defecto, la plaza de Valladolid). Tanto revuelo se formó, que la cosa acabó en protesta pública, con manifestaciones de estudiantes y médicos, ante el ministerio de Instrucción Pública, que estaba enfrente de la Facultad de Medicina. Incluso un diputado en el Senado quiso justificarse diciendo que el Dr. Jiménez Díaz era demasiado joven para ser catedrático, cosa que él mismo también reconoció más tarde, en su libro “La historia de mi Instituto”. Como sería el asunto que incluso D. Gregorio Marañón estuvo a punto de batirse en duelo (con Teófilo



1921

Hernando de padrino), escribiendo en las páginas de *El Liberal*: “Las oposiciones en las universidades españolas son el espectáculo más sangriento y degradante, junto a las corridas de toros”.

Pensionado por la Facultad y la Junta para la Ampliación de Estudios marchó después Jiménez Díaz a Alemania, lugar que era por aquellos años el centro de la investigación médica mundial, trabajando en Berlín junto a Leonor Michaelis (en Bioquímica), Friedrich Kraus (en Clínica), Adolf Bickel (en Medicina Experimental), y Arthur Heffter (en Farmacología), entre otros. También viajó a Fráncfort con el famoso profesor Carl Von Noorden.



1921

Al regresar a Madrid colaboró en la sección médica de la revista

Voluntad y consiguió un puesto de profesor clínico en San Carlos, con el sueldo de 125 pesetas mensuales. En 1923, con solo 25 años recién cumplidos, ganaría por oposición la cátedra de Patología Médica de Sevilla. Poco después, el Dr. Jesús Sarabia Pardo le invita a pronunciar una conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina. Su prestigio, conocimientos, formación y espíritu crítico, impropio de alguien tan joven, produjo un gran impacto en los académicos.

Antes de marchar a Sevilla se casa con Conchita Rábago, en la cripta de la Almudena, que estaba entonces en construcción. Casi en viaje de novios llegan a nuestra ciudad. Se instalaron en principio en la calle Trajano 8-10, para finalmente mudarse a una casa sevillana con patio en la calle Fernández y González, cerca de la catedral.

La fecha de nombramiento de catedrático de Patología Médica con su Clínica fue el 8 de mayo de 1923, según certificaron el rector de entonces D. Feliciano Candáu Pizarro y el secretario D. Antonio Palomo Ruiz. La fecha de toma de posesión fue el 27 de mayo de 1923, y el sueldo, 6000 pesetas anuales.

Al llegar a Sevilla tiene su primera gran decepción, ante la triste realidad de falta de medios de trabajo. Aquel viejo Hospital de la Sangre y de las Cinco Llagas era un intermedio entre asilo y gran enfermería, pero no había ni policlínica, ni laboratorio, ni un aparato, nada. El venía de Alemania y tenía mucho interés por el trabajo experimental.



Eloy Domínguez Rodiño

Gracias a la generosa donación testamentaria de un sevillano que acababa de morir, el Sr. Sainz de Rozas, que dejó un legado al Colegio de Médicos para emplear en algo que fuese útil para algún estudio médico y que le fue concedido a él, pudo comprar equipamiento con el que empezó a trabajar con mucha ilusión, acompañado de colaboradores como Morán, Arjona, Díaz Domínguez, Romero, Domínguez Rodiño y Cruz Auñón, entre otros. De esa forma se forjó en Sevilla el primer laboratorio de investigación médica, dando como resultado ya una publicación en 1924 titulada “Los procesos del metabolismo celular”.

Como ya he dicho anteriormente, mi abuelo Eloy Domínguez Rodiño, se encontraba como profesor auxiliar de la asignatura de Patología Médica, en virtud de oposición ganada en 1920, y por tanto fue el que recibió a D. Carlos a su llegada a Sevilla. Se le esperaba con gran expectación a este joven de 25 años, del que ya se había hablado mucho durante el desarrollo de las oposiciones a cátedra. Su llegada supuso un revuelo en la Facultad, no porque llegase dando de lado a los que en ella estaban —postura tan típica de tantos— sino porque representaba un ideario nuevo y el ansia de otros horizontes.

Fíjense que entonces la Patología General la impartía D. Pedro Martínez de Torres, quien tenía por libro de texto el de Letamendi, una auténtica ensalada, en palabras de Eugenio D’Ors, y eso a pesar de que ya en 1911 había publicado D. Pío Baroja su novela “El árbol de la ciencia”, en la que quedaba tan mal parado este curioso barcelonés, que sabía y entendía de todo.

Una muestra de las grandes cualidades del magisterio de Jiménez Díaz era que sus clases estaban siempre llenas, pero no solo con alumnos de su asignatura, sino con estudiantes de otros cursos e incluso con médicos en ejercicio.

Escribió mi abuelo Eloy, en el discurso de contestación al Dr. Cruz Auñón cuando ingresó en nuestra Academia, lo siguiente: “D. Carlos llegó a Sevilla y traía dos divinos tesoros, el de su juventud y el de su ciencia. Él nos hizo vibrar como nadie ante los problemas clínicos”.

Se quedó D. Eloy de profesor auxiliar con quien era ocho años más joven que él. Sin embargo, llevará la compensación de ser el primero en

descubrir, que bajo aquel “chiquillo”, se ocultaba una gigantesca figura que tendrían que reconocer después todos los ambientes médicos. Él fue su auténtico introductor y D. Carlos gustó de repetirlo en más de una ocasión.

Cuando Jiménez Díaz llegó a Sevilla le fue asignada una enfermería del Hospital Central que en aquella época era conocida casi despectivamente como la “Sala de las viejas”. Allí vivía una colección de pobres mujeres — incurables se las llamaba— que casi se las tenía en aquel lugar para que no muriesen en mitad de la calle. Era un auténtico asilo. Otro hombre cualquiera que no hubiera sido él, se hubiera desesperado. Menudo panorama para un profesor universitario. Pero D. Carlos, con su ingenio, se las supo arreglar para sacarle partido a lo que la suerte le había deparado, y que parecía no servir para nada. Y además deseaba hacer ciencia y tenía muchas ganas de trabajar. Con infinita paciencia, D. Carlos comenzó a estudiar con cariño a aquellas mujeres, una por una, sin otros medios que su inteligencia y sus cinco sentidos. Mi padre le oyó decir a Cruz Auñón que las únicas sorpresas que encontró D. Carlos al llegar a Sevilla fueron, por un lado, la de un profesor auxiliar capaz de comprenderlo junto a una serie de muchachos jóvenes, casi de su misma edad, sus primeros discípulos; y la otra, el que todos ellos creyeran en él desde los primeros momentos.

A mi abuelo le decía una vez: —Mire Vd., Eloy —D. Carlos le habló de tú a muy pocas personas—, mire Vd. la perla que acabo de encontrar. Y le mostraba entusiasmado a una viejecilla decrepita, cuyos ojos brillaban de placer al sentirse objeto de una atención que nunca había despertado. En aquella mujer, D. Carlos había descubierto una determinada afección solo por su pericia de clínico. Y su hallazgo, además de proporcionarle la satisfacción que a todo médico le produce el haber averiguado lo que tiene un enfermo, a él le había servido también para enseñar a los que le rodeaban.

Cerca de la Sala de las viejas, en la antigua Sala de baños, se montó un laboratorio, en el que también se hacía ciencia, porque allí, Sras. y Sres., se practicaron las primeras pruebas que sobre problemas de alergia se hicieron en España.

Pero ¿cómo era la atención de D. Carlos a sus enfermos? ¿Cómo llevaba a la práctica este arte de curar, arte antiguo, tan viejo como el mundo, pero que practicado por él resultaba nuevo? El siguiente relato de mi padre lo explica claramente:

Era verdaderamente admirable observarle cuando estudiaba a un enfermo. ¡Cuánta pasión desbordaba! Y este estudio lo llevaba a cabo dentro de una sencillez de formas en verdad atrayente. Nunca le vi subestimar lo que se le presentaba como aportación propia para someterla a su criterio. Por el contrario, escuchaba con atención. Seguidamente preguntaba una y mil veces. A continuación, se ponía a explorar con auténtico virtuosismo, siendo muy curioso verle percutir, ya que lo hacía siempre con la mano izquierda. Después discutía con sosiego. Pero muchas veces, al final de la discusión, la

incógnita clínica aún no se había despejado. Entonces, con mayor sencillez todavía, daba rienda suelta a su poderosa inteligencia, y la originalidad de sus ideas respecto a aquello, quedaban puestas de relieve hasta la saciedad. Jamás le vi quedarse callado. Para todo tenía alguna explicación. Pero no piensen que lo hacía tentado por el pecado de sensacionalismo; por el contrario, con una gran humildad nos decía que lo que se le había ocurrido a él ya estaba publicado en tal revista.

Su pasión por la Medicina iba acompañada de otra virtud mucho más difícil de practicar, cual era, su desmedido y desinteresado afán de trabajo. Don Carlos tenía que estar siempre haciendo algo; pero algo... útil.

Mi padre, fiel discípulo de D. Carlos, decía que el Prof. Jiménez Díaz, además de haber sido un intelectual magnífico, digno de los más fervientes elogios, era también un ser humano excepcional, cuyo recuerdo permaneció invariable y emocionado entre todos los que tuvieron la fortuna de conocerlo. Para él, D. Carlos fue un hombre muy bueno, dotado de un fortísimo poder de atracción, el cual estaba basado en un tríptico de cualidades maravillosas que poseía y que siempre estuvieron con él: su pasión por la medicina, su desmedido y desinteresado afán de trabajo, y su amor por los enfermos. Un hombre que llegó a decir en una ocasión que “no merecía la pena vivir si no se era médico”.

El ejemplo de amor por sus enfermos se pone de relieve muy bien en este relato de mi padre:

Y me viene a la memoria, con la luz emocionada que irradia un momento estelar de nuestra vida, el recuerdo de una noche en Madrid, hace ya muchos años, cuando al salir yo del Instituto de Investigaciones Médicas, que entonces se encontraba en la calle Granada, me encontré con él en el jardín, a punto de entrar en su coche. Llovía mucho. Me invitó a subir para dejarme en mi casa. Me acomodé a su lado, en el asiento delantero, como acostumbraba siempre. Enfilamos el Pacífico y, al llegar a la glorieta de Atocha, me dijo:

—Si no te importa, Eloyto, acompáñame antes a San Carlos, porque quiero darle una vuelta a la chica de la leucemia...

Llegamos a San Carlos. No se podía parar en la puerta, porque con motivo de unas obras estaba todo el pavimento levantado. Cruzamos la plaza en medio de un verdadero diluvio. Tampoco funcionaba el ascensor. Escaleras arriba subimos hasta la segunda planta, pues la enferma estaba en una habitación aparte y no en la sala de mujeres de la principal. Allí, sobriamente, una pobre muchacha, afecta de una leucemia aguda, veía transcurrir con rapidez sus últimos días.

Con una amplia sonrisa llegó hasta la cama. Se sentó en ella. Le volvió a palpar el vientre una vez más. Revisó la gráfica de temperatura. Pero, sobre todo, le habló mucho y con mucho cariño. La enferma parecía transfigurada cuando nos despedíamos.

Al salir al pasillo, a mí me temblaba el pulso ante la lección de moral médica que acababa de recibir. Y es que no hacía más que preguntarme interiormente cómo D. Carlos, en su altura, podía descender hasta situarse en el nivel del más modesto médico de cabecera.

D. Carlos me miró fijamente y, con la voz velada por un dejo de amargura, me dijo:

—Nada se puede hacer por ella, como sabes; pero... ¿se alegra tanto cuando me acerco a su cama y le hablo...!

Pero volvamos a su etapa sevillana, allí sería, en palabras de Manuel Díaz-Rubio García, donde diseñaría lo que sería la obra de su vida: un centro donde la enseñanza, la asistencia y la investigación fueran un todo fuertemente unido e inseparable.

Y también le sucedió algo muy poco conocido, y es el hecho de que en Sevilla fue dónde se le propuso para ocupar por primera vez un sillón académico. Pero no de Medicina, sino que fue la Real Academia Sevillana de Buenas Letras la que lo promovió el 16 de mayo de 1924 y lo eligió, en sesión celebrada el 16 de enero de 1925, y por unanimidad, académico numerario electo. Asistieron a aquella sesión el director, D. Jerónimo Armario Rosado, canónigo de la Catedral; D. Diego Angulo Laguna, notario; D. Gabriel Lupiáñez Estévez, que era nada menos que el otro catedrático de Patología Médica; D. José Muñoz San Román, poeta; y Fray Diego de Valencina, famoso escritor capuchino, popularísimo en Sevilla. Como ven, todos ellos eran de actividades muy diversas y es de justicia reconocer el mérito que tuvieron al nombrar académico a un muchacho de 26 años. Puede que todos ellos reconocieran ya su valía. Pero quizás ninguno de ellos podría figurarse, que con el tiempo, aquel joven profesor llegaría a ocupar un lugar de honor en la Historia de la Medicina Española.



D. Carlos y D. Eloy con sus alumnos de 1927

Cuando D. Carlos marcha a Madrid en 1927, tras obtener la cátedra de la Universidad Central, se llevó con él a muchos médicos de nuestra ciudad, como Cruz Auñón, su primer alumno interno, de sobra conocido por todos ustedes o Baldomero Sánchez-Cuenca, que se convertirá en uno de los más eminentes alergólogos españoles. Su vida y obra en Madrid les será relatada a continuación por el Dr. Pérez Calero. Pero antes, y avanzando en el tiempo, les contaré su nombramiento como académico de honor de nuestra Corporación.



1947

El día 26 de mayo de 1948, en sesión extraordinaria, la junta de gobierno de la Academia, presidida por D. Eloy Domínguez Rodiño, propuso como académico de honor a D. Carlos Jiménez Díaz, el cual fue elegido por unanimidad. La Academia, para darle la mayor solemnidad al acto, dirigió oficio al Ayuntamiento hispalense, exponiendo la insuficiencia de aforo del local de que disponía, y solicitando la concesión a título gratuito del Teatro Lope de Vega y del mobiliario necesario para el estrado presidencial. A todo ello accedió el consistorio municipal.



25-2-1949

De esa forma se consiguió que pudieran asistir 1000 invitados, distribuidos entre platea y palcos. El acto se desarrolló el viernes 24 de febrero de 1949 por la mañana, estando en la mesa presidencial, además del Dr. Domínguez Rodiño, el rector D. Mariano Mota Salado, el vicedecano D. Antonio Cortés Lladó y el secretario de la Academia D. Adolfo Caro Villegas. También en el estrado se situaron numerosas autoridades y los académicos numerarios. Abierta la sesión, el secretario dio lectura al acta de nombramiento de académico de honor. A continuación, el presidente dispuso que pasara al salón el nuevo miembro de honor acompañado de los Dres. Royo, Vela, Domínguez-Adame y Peset, entre numerosos aplausos del público. Don Eloy hizo un discurso de salutación, glosando los méritos del beneficiario y terminó imponiendo la medalla con estas palabras: “Esta medalla de oro, lo es de la mejor ley, pues ha sido hecha con el cariño de vuestros primeros discípulos”. Seguidamente el Dr. Jiménez Díaz leyó su discurso “25 años de atención sobre el asma”, terminando el acto con una estruendosa ovación. En el Hotel Cristina tuvo lugar un almuerzo en honor de D. Carlos, y como curiosidad decirles que el cubierto costó 110 pesetas a cada comensal. Y los periódicos dieron cuenta del acto en sus ediciones del día siguiente.

Quiero terminar Sras. y Sres. contándoles algo íntimo que me sucedió hace apenas un mes cuando preparaba esta charla, y que me hace sentirme unido también de forma especial con D. Carlos, al que obviamente no conocí. El perrillo que teníamos en casa cuando yo era chico se llamaba Larry, era un Fox-Terrier de pelo duro. Larry había nacido el 1 de noviembre de 1958, en la finca “El Convento”, situada en La Cabrera, y sus padres pertenecieron a D. Carlos Jiménez Díaz, el dueño de la finca, quien se lo regaló a mi padre con un mes de vida, el 8 de diciembre de ese mismo año. Yo nací en abril de 1959, cuando Larry tenía 4 meses. Era un perro muy especial y muy inteligente, que además tiene un retrato pintado por Miguel Ángel del Pino, poco después de su muerte en la madrugada del 2 de febrero de 1970, y también tiene una elegía preciosa escrita por mi padre. Bueno, pues os digo que el corazón me dio un vuelco hace poco, al descubrir, en una antigua película de Televisión Española, a la madre de Larry, a la que se ve en una escena paseando por el jardín de El Convento junto a sus amos, D. Carlos Jiménez Díaz y D^a Conchita Rábago.

Muchas gracias

“D. CARLOS JIMÉNEZ DÍAZ, CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA MÉDICA DE MADRID, LABOR ASISTENCIAL E INVESTIGADORA (1927-1967)”

Dr. Alberto Máximo Pérez Calero

Ilmo. Sr. vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
Ilmos. Sres. académicos numerarios
Sres. académicos correspondientes
Sras. y Sres.

Sean mis primeras palabras para expresar mi gratitud a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, y especialmente a su vicepresidente D. Blas Rodríguez de Quesada Tello, por presidir esta sesión dedicada al profesor. D. Carlos Jiménez Díaz, que he llevado a cabo con el académico numerario D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé; ambos hemos compartido la preparación y desarrollo de este acto. Permítanme que agradezca a Dña. Rosa Menéndez Martín, Dña. Eva Sacristán Romero directora de Comunicación y Dña. Vanesa Lozano Fernández del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz pertenecientes al Grupo Quirónsalud de Madrid, el trato amable que me han dispensado.

* * *

El profesor D. Carlos Jiménez Díaz fue nombrado catedrático numerario de Patología Médica con su Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, en virtud de oposición, por orden de 22 de enero de 1927, ganada en 1926 al que había sido su director de tesis doctoral, el profesor Enríquez de Salamanca. Ya en Madrid tras su paso fugaz e indeleble por su amada Sevilla, comenzó a dedicarse con entusiasmo y dedicación al desarrollo de las actividades de la cátedra. La ciencia médica española atravesaba un marcado estancamiento y por ello el profesor Jiménez Díaz tenía en su mente la idea de hacer una medicina de altura en España en base a una gran formación y conocimiento de idiomas, apostando desde joven por una medicina fisiopatológica y anatomopatológica siempre con el punto de vista fijado en el método experimental. En un principio la aspiración de D. Carlos no era crear un edificio o instituto único y singular, tarea que le parecía entonces imposible, sino reunir un grupo de colaboradores bien formados técnicamente para que el trabajo no fuera una rutina clínica sino una

labor científica de investigación experimental y eminentemente clínica, con enriquecimiento intelectual de todas las partes y beneficio para el enfermo. Opinaba por entonces D. Carlos que «el progreso exponencial del conocimiento traería un fraccionamiento en la investigación y una alta y excesiva especialización, evolucionando los clínicos del siglo XIX, con pocas entidades morbosas conocidas entonces, por expertos en parcelas limitadas. Por ello deberían abordar el problema del enfermo desde sus respectivos ángulos, de manera coordinada y en frecuente intercambio». El multidisciplinar director médico tendría que parecerse cada día más a un director de orquesta. Por ello en la práctica era necesario unir las clínicas y los laboratorios de investigación; estos deberían comprender diversas secciones, llevadas cada una por hombres y mujeres especializados en las técnicas respectivas últimamente conocidas y todos ellos en estrecho contacto, formando parte de un conjunto multidisciplinar.



PROFESORADO NUMERARIO Y AUXILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

HOJA DE SERVICIOS

D. Carlos James Urea, natural de Madrid, provincia de Madrid, de edad de años, Catedrático numerario de Patología Médica con su Clínica de la Universidad de Sevilla y ocupa el número 110 en el Escalafón del año 1930, tiene los méritos y circunstancias que a continuación se expresan:

CARGOS QUE HA SERVIDO en qué concepto y en virtud de qué nombramiento, con expresión de las asociaciones, representaciones y salidas del Profesorado	MÉRITOS DE LOS NOMBRAMIENTOS, REPRESENTACIONES Y SALIDAS DEL PROFESORADO		FECHA DE LA NOMINACIÓN DE PROMOCIÓN	TIEMPO DE SERVICIO EN CADA CARGO	TIEMPO DE SERVICIO EN CADA CATEGORÍA	TIEMPO QUE HA SERVIDO EN CADA CATEGORÍA POR ANTERIORIDAD	SALIDAS QUE HA HECHO EN VIRTUD DE LAS DIFERENTES NOMBRACIONES
	DE	PARA					
Catedrático numerario de Patología Médica con su Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla en virtud de oposición... 5 mayo 1928. 27 mayo 1928.							
... 10 de abril 1926 y antigüedad del día 8 del mismo mes... 10 abril 1926. 8 abril 1926.							
... Catedrático numerario de Patología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid en virtud de oposición por orden de enero 1927... Cesó en la Universidad de Sevilla con suena... 5 febrero 1927.							

Ferviente católico, D. Carlos intervino el lunes 23 de septiembre de 1929 a las diez de la mañana en el I Congreso Nacional de Misiones, celebrado en el Palacio Nacional de Montjuic (Barcelona) dentro de la Sesión Plenaria Solemne con un discurso titulado: *La influencia de la acción médica en las Misiones*.

Por entonces el matrimonio formado por D. Carlos y Dña. Concha ve-raneaba en Salces (Santander). Era una aldea casi perdida, sin teléfono donde tenía una biblioteca de apenas dos estanterías con libros antiguos que leía con avidez pues era una de sus aficiones preferidas.



Comenzaba así la década de los 30 y sus alumnos se iban uniendo cada vez más a D. Carlos. En 1932 fue elegido académico numerario de la Academia Nacional de Medicina, aunque no tomó posesión de su sillón hasta 1956. También en 1932 publicó una obra emblemática titulada: *El asma y otras enfermedades alérgicas*. Entre 1934 y 1952 presentó su libro: *Lecciones de Patología Médica*.

En 1934 en las reuniones preparatorias que celebró en el restaurante Lhardy de Madrid con la ayuda de un grupo de financieros filántropos, creó la *Asociación Protectora a la Cátedra del Profesor Jiménez Díaz*, que se convirtió el 13 de febrero de 1935 en el *Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas* situado en el Pabellón nº1 de la Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria, adscrito a la cátedra del profesor Jiménez Díaz, poniendo en marcha en su seno los departamentos de Fisiología a cargo del profesor Severo Ochoa, Metabolismo que lo llevó el Dr. Pedro de la Barreda, Bioquímica a cargo del Dr. Bielschowsky, Patología Experimental que lo llevó adelante el profesor Fernando Morán y Bacteriología-Immunología a cargo del Dr. Emilio Arjona. Al poco tiempo se unieron los doctores Castro, Miñón, Vivanco, Villasante, Parra, Alés, Paniagua y Morales, algunos de los que componían este primer grupo de entusiastas compañeros.

Se reunían los sábados por la tarde en la biblioteca de la casa de don Carlos, en la calle Velázquez, 23 para hablar de ese importante proyecto, de esa primera obra del *Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas* «Aunque no hubiera hecho otra cosa —decía D. Carlos— aquellas reuniones de los sábados por la tarde en mi biblioteca han sido uno de los privilegios de mi vida».



Coincidió esta creación con años tempestuosos en España, que trastocaron todos los proyectos del profesor Jiménez Díaz. Efectivamente, el 18 de julio de 1936, D. Carlos se vio obligado a escapar de un Madrid en el que habían desaparecido parientes y amigos. Y abandonando su laboratorio, la biblioteca, su archivo y el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas recién fundado, logró pasar a la España nacional y fijar su residencia en San Sebastián, entristecido por la deserción de amigos, colaboradores y discípulos, que no le impedía tener fe y esperanza en una España unida que entonces no era posible.

En agosto de 1938 en Santander D. Carlos participó en un Congreso de la Asociación para el Progreso de las Ciencias. Allí logró encontrarse con amigos, entre ellos el profesor D. Antonio Cortés Lladó, quien dejó escrito lo siguiente: «Presidido el acto por D. Antonio Tapia, todo bondad, pero débil de carácter, escuchamos una ponencia de D. Carlos Jiménez Díaz en la que esbozó un plan de reorganización de la enseñanza de la Medicina, precedido de magníficas y elocuentes consideraciones sobre los defectos existentes entonces en ella. D. Carlos nos descubrió los desengaños del estudiante repleto de quiméricos deseos y esperanzas, la ilusión por sus primeros pasos en la clínica y la satisfacción por los primeros diagnósticos, el rubor por la penuria española en medios de exploración e investigación y el pobre ambiente intelectual comparado con el existente en otros países, vistos además con la ilusión e imprecisión de la distancia. Pero cuando emocionados por la elocuente exactitud de lo descrito, la sinceridad de lo expuesto, el calor y el entusiasmo con que lo había dicho, tuvimos entonces todos los asistentes y el profesor Jiménez Díaz el primero, la desagradable y amarga sorpresa de ver y oír cómo un compañero del claustro de Madrid, herido y rencoroso todavía, sacaba a relucir el resquemor de haber militado en campos ideológicos distintos y las ofensas recibidas de los estudiantes en los años de anarquía, para agredir violentamente de palabra a quien se ofrecía de buena fe, con alma generosa y abierta para el engrandecimiento de la Universidad y de España ¡Qué horas de amargura las de D. Carlos y su mujer en el Hotel cuando los amigos comentábamos lo absurdo del ataque personal y la pena de ver que

las luchas intestinas que tanto daño habían hecho siempre a España continuaban todavía con virulencia!».

Al concluir la Guerra Civil e ir volviendo poco a poco las cosas a su cauce, a finales de 1939 de nuevo se inicia el trabajo de investigación en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, en un hotel que un grupo de médicos con D. Carlos, alquila en la calle Granada de Madrid. Más tarde se produjo el traslado al Pabellón nº2 de la Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria. Son los años 40, y todo este trabajo ilusionante del profesor Jiménez Díaz y su grupo rinde frutos importantes. Muchos médicos se han incorporado a la clínica de D. Carlos: Lorente, Bañón, Grande Covián, Marina, Fernández Criado, Leoz, Boixadós, Orbaneja. Seguro que faltan nombres; otros se añadirán más adelante.

En 1943 ganó por oposición la plaza de profesor clínico del Hospital Provincial de Madrid. Así daba una magnífica lección, haciendo realidad el cumplimiento de las disposiciones de 1902 que tendían a poder utilizar para la enseñanza todo el material humano hospitalario español, lo que lejos de constituir un sacrificio para el enfermo le aseguraba una asistencia de mejor calidad.

Comienza la década de los 50 en la que la ilusión del profesor Jiménez Díaz sigue adelante, buscando encontrar un sitio donde pueda simultanearse la asistencia clínica, la docencia y la investigación. Entre los años 1944 y 1953 publicó: *Algunos problemas de la Patología Interna* y en 1954 el trabajo titulado: *El médico, explorando a su enfermo*.

A partir de 1955 ese centro total que tanto había ansiado, una vez terminado lo denominó Clínica de Nuestra Señora de la Concepción ¡Cuánto disfrutaba D. Carlos paseando con su mujer Dña. Concha Rábago y poder ver en la distancia el fruto de sus esfuerzos!

En 1960 la primera promoción de la Escuela de Medicina del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción recibió su diploma correspondiente. D. Carlos Jiménez Díaz en la bienvenida a dicha promoción les dijo: «La intimidad entre los que enseñan y los que aprenden, y el estímulo que de ella resulta, la objetividad de la visión directa de los problemas y sus posibilidades de resolu-



ción son los caracteres que queremos tenga nuestra enseñanza, que no es solamente instrucción sino estímulo, calor, transmisión de entusiasmo y guía para que vuestras posibilidades en germen se desplieguen en este ambiente...conviviréis con todos...más que un maestro determinado, hallareis un conjunto de formación e inquietud similar, que os acogerán e incorporarán». En 1962 se funda la «Escuela de Enfermería D. Carlos Jiménez Díaz».

En 1963 el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas y la Clínica de la Concepción, se unificaron con la denominación de: *Fundación Jiménez Díaz* de Madrid. Fue creada como institución benéfico-docente por orden ministerial de 27 de junio de 1963. Sus fines fundacionales eran la asistencia, docencia e investigación médica y comprendía un sector clínico (Clínica Nuestra Señora de la Concepción) y un sector de investigación (Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas). Su capacidad docente fue sancionada por la administración que subrayó su obligación de ocuparse de la enseñanza de graduados organizando cursos de especialización tanto monográficos como de información general de progresos en el diagnóstico y tratamiento, al tiempo que la capacitaba para enseñar a un cierto número de estudiantes debidamente seleccionados entre los que lo solicitaban y hubieran aprobado su ingreso en la Universidad.

La inauguración de las instalaciones cedidas por el Instituto Rubio en la Avenida de los Reyes Católicos dio un nuevo impulso a la formación de graduados que ya venía realizándose y se instauró el sistema de residencias. Se recibió a un grupo reducido de estudiantes, a quienes se ofreció una enseñanza integrada

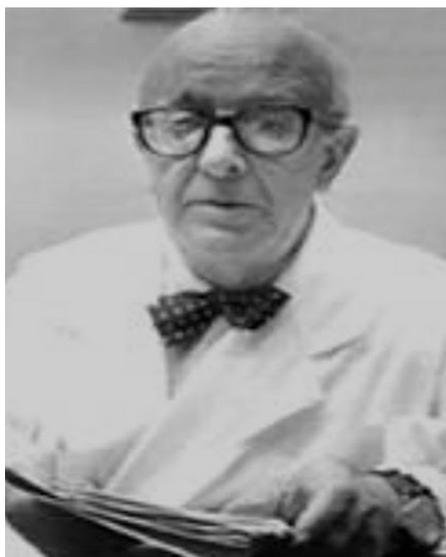


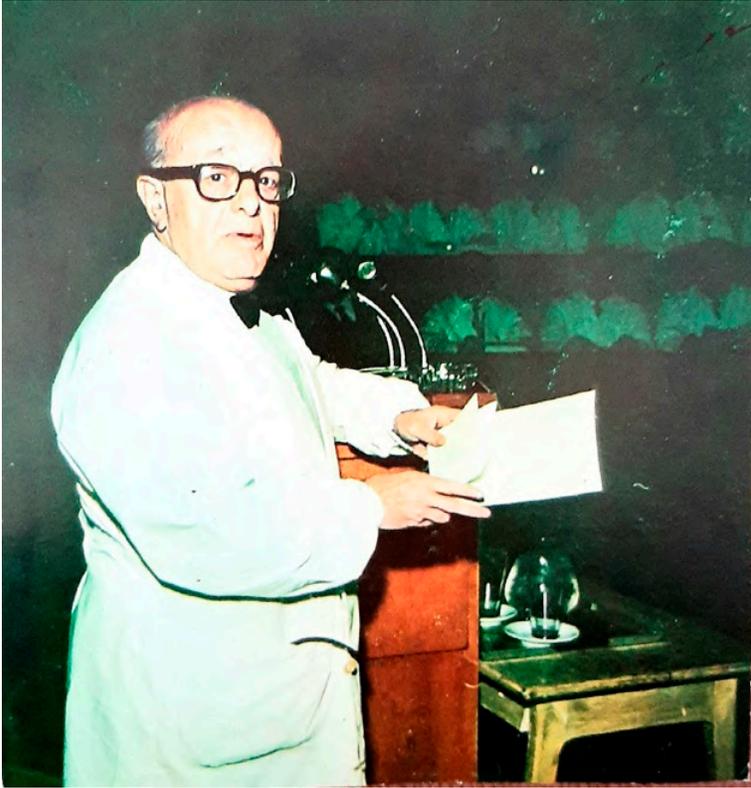
en régimen de tutoría con permanencia en la institución durante toda la jornada y una proporción adecuada de clases teóricas y prácticas.

Pensando que la estabilidad futura del Instituto tenía que poseer una personalidad jurídica que permitiera el desarrollo económico posterior, lo idóneo era que la Institución tuviera carácter de Fundación. Finalmente, se preparó la Orden Ministerial y se publicó en el Boletín Oficial del Estado de 27 de junio de 1963.

La actividad del profesor Jiménez Díaz fue a más día a día. Dotado de una gran personalidad, con un carácter autodidacta, dominando perfectamente el alemán, el francés y el inglés, produjo en su entorno una fuerte atracción con la que rápidamente creó un grupo de colaboradores. Presidente de las Sociedades Españolas de Medicina Interna, Cardiología y Alergia. Fundador de la Revista Clínica Española en 1940. Aficionado a los toros, la fotografía y la pintura e influenciado por el ambiente que le gustaba respirar con su mujer Conchita, se compra en el pueblo de La Cabrera, una finca que llaman «El convento». Allí se hace una casa sobre unas ruinas del antiguo convento del siglo XIII donde descansa, pinta retratos y paisajes. A pesar de la grave afección coronaria sufrida en 1963, y de un grave accidente de carretera acaecido dos años después, continuó su labor incansable apoyado en sus muletas y en su mujer. D. Carlos murió súbitamente, mientras trabajaba con su bata blanca puesta como cada día, en su propia clínica, el 18 de mayo de 1967.

D. Carlos, el eminente profesor que «atendía con amabilidad a sus pacientes, rodeado constantemente de discípulos, y sin dejar de mirar a los ojos de enfermos y familiares cuando hablaba con ellos, siempre sonriendo»





En agosto de 1970, las crónicas decían: *La visión de D. Carlos de la medicina y la investigación, causó un tremendo entusiasmo en los que le rodeaban y los más lejanos. Trasladó al médico que sin investigación no había esperanzas, hablando de otra medicina y de otra forma de hacerla. Preconizó una medicina científica, pero a la cama del enfermo y aportó a la medicina española un claro rigor intelectual en la exploración y el diagnóstico. Abogó por la necesidad absoluta del trabajo en equipo y de la formación continuada del médico, a la vez que puso de manifiesto una voluntad decidida para conseguir ayuda moral y material. Su aportación científica fue incuestionable, la obra escrita inmensa, creó una escuela de gran altura, y tuvo el reconocimiento de la sociedad científica y de la sociedad en general.*

SESIÓN EN HOMENAJE AL PROFESOR DON JUAN JIMÉNEZ-CASTELLANOS Y CALVO-RUBIO

Con motivo del centenario del nacimiento, en 2023, del Excmo. Sr. Prof. D. Juan Jiménez-Castellanos Calvo-Rubio, la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla celebró sesión ordinaria el día 28 de septiembre, con la siguiente programación:

- I. Dra. D.^a María Rosa Jiménez-Castellanos Ballesteros** (Vida personal y familiar)
- II. Dr. D. Juan Jiménez-Castellanos Ballesteros** (Faceta de profesor universitario y actividad clínica)
- III. Ilmo. Sr. Dr. D. José Antonio Durán Quintana** (Faceta de académico y presidente)
- IV. Clausura por el presidente Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón**



Dr. Durán, Dra. Jiménez-Castellanos, Dr. Infantes y Dr. Jiménez-Castellanos

I. VIDA PERSONAL Y FAMILIAR

Dra. D.^a María Rosa Jiménez-Castellanos Ballesteros

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía
Ilmas. y dignísimas autoridades y representaciones
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos
Querida familia de D. Juan
Queridos amigos y compañeros
Sras. y Sres:

En primer lugar, quiero agradecer muy sinceramente en nombre de la familia la iniciativa de la Real Academia de conmemorar el centenario del nacimiento del Excmo. Sr. D. Juan Jiménez-Castellanos y Calvo-Rubio. Pensamos que este homenaje corporativo a su dedicación académica es muy merecido y digno de alabanza, como también creemos que lo son su trayectoria universitaria, profesional y su encomiable labor en Cruz Roja Española, aunque a nuestro juicio estas últimas no hayan sido suficientemente reconocidas.

Como dice el poeta, D. Juan nunca persiguió la gloria, no trabajó por el reconocimiento, pero hizo un trabajo digno de reconocimiento.

D. Juan nació el día 16 de agosto de 1923 en Aguilar de la Frontera (Córdoba), en el seno de una familia integrada por su padre, D. Juan Jiménez-Castella-



Figura 1. Padres de D. Juan: D. Juan Jiménez-Castellanos y Casaleiz y D.ª Carmen Calvo-Rubio de la Cámara.

nos Casaleiz, militar de profesión, y por su madre, D^a Carmen Calvo-Rubio de la Cámara, ama de casa. Sin estridencias, siempre estuvo orgulloso de sus ancestros que, investigados exhaustivamente por nuestro primo D. Agustín Jiménez-Castellanos y Jiménez-Castellanos, se remontan, por parte paterna, a D. Pedro Jiménez Castellanos, que nació en 1590, durante el reinado de Felipe II.

La estirpe Jiménez-Castellanos, ligada a Montilla (Córdoba) desde 1683, ha estado integrada principalmente por juristas y militares, siendo entre estos últimos el miembro más destacado D. Adolfo Jiménez-Castellanos y Tapia, su tío abuelo, teniente general más joven del ejército español, y al que le cupo la triste misión de entregar las posesiones ultramarinas españolas como último capitán general de Cuba tras la confrontación hispano-norteamericana de 1898.

No menos ilustres son sus antecedentes maternos. Nuestro pariente más antiguo, D. Pedro Gómez Calvo, acompañó a Fernando III en la Reconquista de Andalucía, siendo confirmado por el Rey Santo como Hijosdalgo notorio por los servicios prestados.

Los padres de D. Juan, casados en 1922, tuvieron un primer hijo, de nombre Juan, que falleció prematuramente. Después nacería el homenajeador, y más tarde sus hermanas Carmen y M.^a Concepción, nuestras tías.

La infancia de D. Juan estuvo marcada por los destinos militares de su padre, primero en Aguilar hasta 1928, para vivir después en Baena, durante dos años, y finalmente en la capital cordobesa, a la que se trasladaron prácticamente con el advenimiento de la II República.

En esta época comenzó sus primeros estudios en Aguilar en un colegio al que en muchas ocasiones ponía reparos en acudir porque era “de niñas”. También comenzó su afición por la equitación, fomentada por su padre, quien a diario realizaba largas cabalgadas por la comarca cumplimentando sus funciones como teniente de la Guardia Civil.

Conservó este *hobby* hasta su traslado familiar a Granada, con motivo del inicio de sus estudios universitarios.

Otra de sus aficiones, que perduró hasta el fin de sus días, fue la tauromaquia. En su infancia su torero preferido era Domingo Ortega, hasta el punto que tras cursar cuarto de bachillerato y obtener unas excelentes calificaciones, le pidió a su padre como regalo desplazarse con toda la familia a Toledo para presenciar un mano a mano entre su ídolo y Armillita, torero mejicano que triunfaba en esa época.

Tras la retirada del diestro toledano, sus preferencias se decantaron especialmente por D. Antonio Ordóñez Araújo, con el que con el paso del tiempo llegó a emparentar por la boda de su hija Carmen M.^a con un sobrino del ilustre y genial Maestro rondeño.

D. Juan siempre fue un alumno aventajado, primero y durante poco tiempo en el Colegio de los Jesuitas de Córdoba, orden religiosa que con motivo de la República fue expulsada de España.

Después, desde 1934 y hasta la conclusión del Bachillerato, en el Colegio de Cultura Española, que por motivos políticos regentaban inicialmente de incógnito los Hermanos de la Salle.

Concluido el periodo preuniversitario se planteó estudiar Ingeniería de Caminos, que por aquel entonces solo se cursaba en Madrid, circunstancia que le hizo desechar sus iniciales inclinaciones.

El contacto en Aguilar con amigos que estudiaban Medicina, y sobre todo la influencia de D. Manuel Jurado, venerable médico de su pueblo, que se ofreció a iniciarle en el estudio de la Anatomía Humana, base de la carrera, le hicieron decantarse por la Ciencia de Galeno. Sus compañeros en ese verano fueron los textos de Testut y de Rouvière, que estudió con fruición y entusiasmo.

Ni que decir tiene que a su padre, que le dejó plena capacidad de elección, esta decisión le produjo una enorme satisfacción.



Figura 2. Claustro de profesores y alumnos de la Facultad de Medicina de Granada. D. Juan, de pie, en el centro de la imagen, con gafas de sol.

En septiembre de 1939 se traslada toda la familia a Granada, en cuya Facultad de Medicina cursaría D. Juan sus brillantes estudios.

Allí tuvo como profesores a eminentes maestros como D. Miguel Guirao Gea, en Anatomía, D. Fernando Escobar Manzano, en Patología Médica, D. José M.^a Domínguez Martínez, en Medicina Legal, y sobre todo D. Francisco Mesa Moles, catedrático de Cirugía, con el que fue alumno interno y se formó quirúrgicamente de acuerdo a sus preferencias. Cuando llegó el momento del Doctorado contactó con el Prof. Escolar García, catedrático de Anatomía recién llegado a Granada, quien le dirigió su tesis doctoral y que con su entusiasmo y juventud le inició en la investigación y docencia en la ciencia vesaliana, hasta el punto de convertirse en su Maestro, y D. Juan en su primer discípulo catedrático de una amplia y estelar escuela anatómica que ha proliferado en una gran parte de la geografía española hasta nuestros días.

Un importante aspecto a considerar en la personalidad del homenajeado fue su sólida formación religiosa. Imbuida en su infancia por su bondadosa madre y por su tío Paco, fue consolidada en su etapa juvenil, siendo miembro activo ya en Granada de Acción Católica y desarrollando, tanto en la capital como en la provincia, una considerable actividad divulgadora y evangelizadora de la fe católica. Sus creencias cristianas impregnaron toda su vida y siempre procuró actuar conforme a ellas.

D. Juan fue un hijo ejemplar y siempre rindió en vida un permanente homenaje de gratitud y cariño hacia sus padres, a los que consideraba excepcionales. Cuando ya no vivían con él procuró conectar frecuentemente con ellos por vía telefónica, y en sus últimos años, ya residiendo en Sevilla con su hermana Mary, nunca faltó la visita diaria, testimonio del cariño y reconocimiento filial que les profesaba. Cuando ya no estaban, jamás faltó el recuerdo y conexión espiritual permanente deseándoles el descanso eterno y recabando su ultraterreno apoyo desde la Eternidad. A todo lo largo de su vida el padre de D. Juan fue para él un auténtico amigo, al que siempre acudió para pedir orientación, consejo y para transmitirle sus preocupaciones, y que en contrapartida igualmente sacrificó su vida para apoyar a su hijo en todo momento.

D. Juan, como hijo, estaba convencido que sus padres gozaron como nadie de todos sus éxitos y, en consecuencia, tenía la satisfacción de haberles proporcionado muchos ratos agradables.

Pero en la vida familiar de D. Juan, aún en Granada, ocurrió un hecho trascendental que marcaría toda su trayectoria posterior. En la ciudad de la Alhambra tuvo la vista, y también la suerte, de conocer y casarse con Rita, nuestra madre, su media naranja, cuya belleza le encandiló en primera instancia, si bien lo que le enamoró una vez comenzó a tratarla fue su hermosura y encanto interior.



Figura 3. D. Juan y su esposa, Rita Ballesteros Jiménez, nuestra madre.

Nuestra madre es una persona sencilla, educada y discreta, que siempre ha sabido estar en su sitio, sin manifestar la mínima queja, y que profesó amor eterno y absoluta entrega hacia su marido y su familia. Siempre lo respetó y apoyó de modo incondicional, manteniendo la callada, sacrificada y abnegada intendencia doméstica, sin una mala cara, y haciendo su meritoria labor con un inmenso cariño para que todo funcionara en un clima de absoluta normalidad, aún en los momentos difíciles. De su matrimonio nacieron ocho hijos, aunque uno de ellos, Francisco Javier, falleció a los tres meses de vida durante las vacaciones estivales en la localidad malagueña de Torre del Mar.

Fue uno de los momentos más tristes y dolorosos de su vida, y siempre tuvieron presente y recordaron en sus oraciones a este querido hijo que se fue tan pronto.

Asentados ya en la capital hispalense, la etapa infantil de la familia de D. Juan se desarrolló sin grandes incidencias, salvo las habituales patologías pediátricas, que fueron magistralmente tratadas por el Excmo. Sr. D. Ignacio Gómez de Terreros y Sánchez, que por aquel entonces comenzaba su brillante y fructífera andadura profesional, que incluso le permitió tratar con suma competencia a varios nietos de D. Juan.

Los mayores, iniciaron la etapa escolar, primero en un colegio cerca de casa, las Hermanas de la Doctrina Cristiana en la calle Guzmán el Bueno, y posteriormente, dado que no había por aquel entonces enseñanza mixta, los varones en los Jesuitas y las chicas en el Colegio Sagrado Corazón El Valle. Las más pequeñas, tras el cierre de este colegio y su traslado al extrarradio, en las Esclavas del Divino Corazón.



Figura 4. Bodas de oro del matrimonio (2004). Con sus hijos, nieto Carlos y la Tata Antigua

D. Juan se levantaba temprano, antes de la ocho de la mañana, y después tras desayunar se iba a la Facultad para impartir su clase diaria y cumplimentar sus tareas hospitalarias.

En este periodo veíamos a nuestro padre sobre todo al mediodía, a la hora del almuerzo, que religiosamente era y fue a todo lo largo de su vida un punto de encuentro familiar, donde se comentaban los acontecimientos diarios relevantes, especialmente los relacionados con nuestros estudios. Después de comer, D. Juan tenía la costumbre de dar una cabezada en su sillón, para a continuación continuar su jornada laboral habitual en su consulta hasta eso de las ocho de la tarde.

Los domingos, tras la misa dominical habitualmente en la iglesia del Salvador, era frecuente el refrigerio bien en el desaparecido bar Los Corales, u ocasionalmente en los bares de la plaza de América, en el parque de María Luisa.

Una preocupación constante de nuestro padre fue que aprendiéramos idiomas de pequeños, ya que él lo tuvo que hacer de mayor con el alemán, que en su juventud estaba de moda y que nunca le gustó, y posteriormente con el inglés, que le permitió su pionera y para la época poco habitual estancia postgraduada en Chicago (EE.UU) en el año 1949, con el Prof. Horace Magoun prestigioso neuroanatomista. Posteriormente, en Inglaterra, ya casado y recién conseguida la cátedra, en este caso para completar su formación neuroquirúrgica con el ilustre profesor Pennybaker.

En esta etapa escolar nuestros padres nos apoyaron y aconsejaron en todo momento. Siempre nos han exigido a cada uno lo máximo que podíamos dar, respaldando la labor docente de nuestros profesores, e inculcándonos desde pequeños las máximas del esfuerzo y trabajo diarios para conseguir las metas en la vida.

Ya en la década de los sesenta, el matrimonio adquirió un terreno cerca de Gines, en el que emulando sus iniciales preferencias hacia la ingeniería D. Juan realizó el plano del chalet que se edificó posteriormente. Habitualmente la familia al completo nos trasladábamos los domingos al chalet para almorzar allí; eso sí después de hacer parada previa en el antiguo Hospital de las Cinco Llagas para que mi padre visitara a los enfermos más delicados.

En el chalet de Gines también solíamos pasar las vacaciones de Semana Santa, mientras el destino veraniego durante el mes de agosto era un pequeño pueblecito malagueño, hoy ya una gran urbe turística costasoleña, Torre del Mar. Mas adelante, el veraneo familiar se trasladó ya a Fuengirola, si bien no era infrecuente que a lo largo del mes de agosto D. Juan tuviera que ir a Sevilla para interesarse por algún paciente.

Nuestros padres siempre estuvieron muy orgullosos de sus hijos y presumían, de sus logros y trayectorias. Como nos conocían sobradamente a cada uno de nosotros, cuando llegó el momento de decidir sobre nuestros estudios universitarios nos aconsejaron acerca de los mismos, pero siempre



Figura 5. Con sus hijos, nietos y la Tata Antigua en Navidad.

nos dejaron elegir de acuerdo a nuestras inclinaciones y preferencias. Así, cuatro de ellos se inclinaron por la Medicina, siendo los varones catedráticos, de Anatomía y de Estomatología, respectivamente, mientras Rita es especialista en Neurología y Neurofisiología clínica y Rocío, la pequeña, es una reputada especialista en Radiodiagnóstico. Entre las no médicas, Carmen M.^a optó por la carrera de Filología, desempeñando el cargo de jefa de servicio de la Biblioteca del Parlamento de Andalucía. María Rosa, la que les habla, es catedrática de Tecnología Farmacéutica y M.^a Inmaculada se decantó por los estudios jurídicos y es una competente profesora de Derecho Constitucional en la Hispalense.

Los matrimonios de sus hijos fueron ampliando la familia, y llegaron los nietos, catorce en total, que hicieron que nuestros padres ejercieran de abuelos, atendiendo a sus caprichos y soportando con estoicismo y buena cara sus travesuras y trastadas infantiles.

A D. Juan le encantaban las reuniones familiares en su casa o en el chalet de Gines, y cualquier ocasión era propicia para celebrarla. Especial mención para los días de S. Juan y Sta. Rita y, por supuesto, la Navidad, con más de treinta ruidosos comensales. Es fácil imaginar el jolgorio y desbarajuste que se organizaba, pero detrás de todo estaba una anfitriona excepcional, nuestra madre, ayudada por la tata Antigua, persona leal y abnegada, que con su dedicación y cariño ha criado a los hijos y a los nietos y que se ha ganado un puesto de honor en la familia. D. Juan era feliz con toda su familia alrededor.

Durante su vida profesional activa, solo hubo dos bajas laborales por motivos médicos. Primero una fractura costal que se produjo como consecuencia de una caída en el baño, y posteriormente, ya en 1987, una colecisto-

patía, que primero fue tratada médicamente por el querido y recordado Prof. Dr. D. Juan Manuel Herrerías Gutiérrez, circunstancia que le obligó a seguir durante un tiempo una estricta dieta.

Con posterioridad se le practicó una intervención de colecistectomía, que llevó a cabo de forma eficaz y exitosa el Ilmo. Sr. Dr. D. José Cantillana Martínez, maestro de cirujanos y felizmente entre nosotros.

Nuestro padre poseía muchas cualidades, y por supuesto también manías y defectos, que no obstante quedaban empañados por la amplitud y riqueza de sus valores humanos. Era una persona que imponía respeto, seria, con carácter, que en realidad era una simple fachada, pues en las distancias cortas era comprensivo, afable y entrañable. En definitiva, su trayectoria fue evolucionando desde la fase de Sancho “el bravo” en su juventud, a la de Sancho “el fuerte” en la madurez, para terminar en la de Sancho Panza en su etapa senil.

No le preocupó jamás el enriquecimiento material, más allá de lo necesario para que su familia viviera dignamente.

Era una persona honesta, justa, generosa y exigente, yendo en todo momento con la verdad por delante, sin malicia ni mala intención. Jamás tuvo envidia ni se alegró por las desgracias ajenas, incluidas las de las personas que no le querían bien y que en muchas ocasiones trataron de hacerle la vida imposible.

D. Juan siempre se dejaba aconsejar por las personas en que confiaba, y analizaba concienzudamente sus actos y las consecuencias de los mismos, siempre guiado por su sólida formación moral y su trascendente visión ultraterrena.

Nuestro padre poseía una elegancia natural y una educación exquisita. Jamás tuvimos ocasión de oír salir de su boca una palabra malsonante o fuera de tono. Era un excelente orador como consecuencia de su dilatada y fecunda trayectoria profesional, si bien él consideraba que se expresaba mejor por escrito, ya que esta faceta le permitía analizar más detenidamente los argumentos a exponer. Para nuestro disfrute se encuentra el diario personal que comenzó a escribir con nuestra madre antes de casarse, y que no dejó de completar hasta sus últimos años.

La jubilación administrativa de D. Juan se produjo en 1988, cinco años antes de lo que tenía previsto y como consecuencia de la caprichosa y cambiante legislación laboral de nuestro país, que parece empeñarse en despilfarrar la experiencia y la formación de sus ciudadanos. D. Juan fue siempre una persona honesta y consciente de las limitaciones impuestas por la edad. Ya con sesenta años cumplidos abandonó su actividad neuroquirúrgica y también limitó la conducción en coche, sobre todo en los viajes, que fue delegando en sus hijos.

Su nueva situación laboral trajo como consecuencia una disminución de su ritmo de trabajo. Sin embargo, la liberación profesional le permitió en primer lugar una mayor dedicación a su querida Real Academia, con la que se volcó aún más si cabe en esta época.

D. Juan tuvo que modificar sus hábitos, entre otros el no tener que ma-
drugar, así como imponerse a diario grandes caminatas para mantener la forma
y atender sus compromisos. Esta desocupación profesional también se tradujo
en la parte negativa en una preocupación excesiva por los asuntos cotidianos.

Evidentemente D. Juan se fue refugiando cada vez más en su casa, pre-
senciando, comprobando y valorando en su justa medida la encomiable labor
de nuestra madre, y colaborando él mismo en las tareas domésticas. En esta
época también se volcó en la lectura, afición que siempre le gustó, y a la que
ahora podía dedicar más tiempo.

A partir de los ochenta años la salud de D. Juan se fue deteriorando
paulatinamente. Afortunadamente contó con los inestimables cuidados de su
médico de cabecera, el Dr. D. Manuel Pérez Cerezal, que hasta sus últimos
momentos le atendió con una exquisita diligencia y afecto.

Por su parte, el síndrome parkinsoniano que se manifestó en sus últimos
años y que fue mermando su capacidad cognitiva, fue tratado y paliado gra-
cias a la intervención de sus discípulos, el Prof. D. Manuel Murga Sierra y el
Dr. D. José Chacón Peña, que con sus frecuentes visitas y muestras de cariño
le hicieron mucho más llevadero el periodo final.

También el asiduo acompañamiento de sus discípulos, el Dr. José M.^a
Castilla Garrido, y del Prof. D. José Vázquez Tapioles, le supusieron un
motivo de satisfacción y orgullo por la categoría profesional y humana de
sus antiguos colaboradores. Como anécdota simpática, los tocinos de cielo,
debilidad del homenajeado, nunca faltaron el día de su onomástica traídos
expresamente y con puntualidad británica por el Prof. Vázquez.

Merece la pena destacar también su relación con la jerarquía de la igle-
sia católica sevillana. Primero con el Excmo. y Rvdo. Sr. cardenal D. José
María Bueno Monreal, a quien incluso tuvo como paciente. Posteriormente
con el Excmo. y Rvdo. Sr. D. Carlos Amigo Vallejo, con el que conectó des-
de el primer momento de su llegada a Sevilla. Con monseñor Amigo mantu-
vo una entrañable amistad.

Cuando ya en sus últimos años, bastante mermado, asistía en su silla de
ruedas a presenciar la procesión del día del Corpus Christi, y monseñor Ami-
go abandonaba el cortejo y se acercaba a saludarle, a D. Juan se le cambiaba
la cara de satisfacción.

Permítanme concluir con las elocuentes palabras de Albert Einstein,
que se pueden aplicar al homenajeado: “Dar ejemplo no es la principal ma-
nera de influir sobre los demás; es la única manera”.

Muchas gracias de nuevo a la Real Academia de Medicina y Cirugía de
Sevilla por este acto en memoria de nuestro padre, y a todos Uds. por su asis-
tencia y la atención prestada. Parfraseando al gran Virgilio: “Tu honor, tu
nombre y tu gloria, Excmo. Sr. D. Juan Jiménez-Castellanos y Calvo-Rubio,
perdurarán eternamente”.

He dicho.

II. PROFESOR UNIVERSITARIO Y ACTIVIDAD PROFESIONAL

Dr. D. Juan Jiménez-Castellanos Ballesteros

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía
Ilmas. y dignísimas autoridades y representaciones
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos
Querida familia de D. Juan
Queridos amigos y compañeros
Sras. y Sres.

Como no puede ser de otra manera, mis primeras palabras han de ser de agradecimiento al Excmo. Sr. presidente de la Real Academia y a toda la Corporación por la iniciativa de realizar este acto homenaje en conmemoración del centenario del nacimiento del Excmo. Sr. D. Juan Jiménez-Castellanos y Calvo-Rubio, que tanto trabajó por esta Institución, y a la que consagró toda su dedicación y desvelos.



Figura 1. D. Juan con su discípulo, el profesor Murga Sierra el día de su última clase en la Facultad (1988).

Quiero igualmente manifestar mi admiración y respeto hacia el Prof. Dr. D. Manuel Murga Sierra, señorero primer discípulo de D. Juan, a quien le correspondía de pleno derecho realizar esta intervención con mejor conocimiento de los hechos y mucha mayor brillantez que el que les habla, y que por motivos de salud no ha podido llevarla a cabo. Nuestro agradecimiento al Prof. Murga, que desde el primer momento aceptó esta responsabilidad, y que ha trabajado con denuedo y cariño para realizarla. Le deseamos un pronto restablecimiento.

Nuestro reconocimiento igualmente al Ilmo. Sr. D. José Antonio Durán Quintana, que va a glosar magistralmente la prolífica actividad académica del homenajeado. La vida me ha permitido tratar de manera muy cercana al Prof.

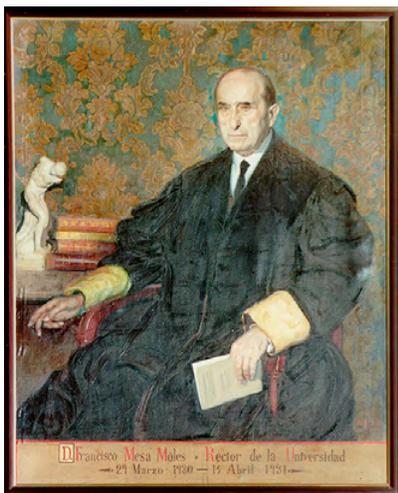


Figura 2. Profesores D. Francisco Mesa Moles (izda.), catedrático de Cirugía, y D. José Escolar García, catedrático de Anatomía, Maestros de D. Juan.

Durán Quintana, y doy fe que posee una gran categoría moral y científica, y por ello aplaudimos muy efusivamente su docta y cariñosa intervención.

“Distinguimos al hombre excelente del hombre común al decir que el primero es el que se hace grandes exigencias, y el segundo que no se exige a sí mismo”. Valgan estas palabras introductorias de Ortega y Gasset para aplicarlas a la vida y a la obra profesional del homenajeado.

D. Juan cursó la licenciatura en Medicina y Cirugía en Granada, y allí inició su formación quirúrgica de la mano del Prof. Dr. D. Francisco Mesa Moles, maestro de maestros de la cirugía española.

Dada la avanzada edad de este último, cuando se planteó realizar el doctorado, por indicación de D. Francisco contactó con el Prof. Dr. D. José Escolar García, catedrático de Anatomía recién llegado a la capital de la Alhambra, quien pasaría a ser su maestro en la ciencia de Vesalio, y en su mentor para que se convirtiese en su primer discípulo catedrático.

Actividad universitaria

Tras una intensa preparación y una previa y fructífera estancia postdoctoral de nueve meses en el año 1949 en la prestigiosa Universidad de Northwestern de Chicago, donde se familiarizó con las modernas técnicas neuroanatómicas y estereotáxicas, en el año 1955 obtuvo la cátedra de Anatomía en la Universidad de Salamanca.

Allí comenzó el curso 1955-56, si bien solo estuvo tres meses, pues el 12 de enero de 1956 fue publicado en el B.O.E. su nombramiento como titular de la primera cátedra de Anatomía Descriptiva y Topográfica y sus Técnicas Anatómicas de la Universidad de Sevilla.

La llegada a Sevilla supuso inicialmente para D. Juan un choque de contrastes respecto a su anterior experiencia castellana. Por un lado, al levantarse el día 1 de febrero se encontró con una copiosa nevada que constituía una postal más propia del lugar que acababa de abandonar, así como la falta de acondicionamiento de la capital hispalense al húmedo frío sevillano. En segundo lugar, la carestía de la vida, que siempre ha sido y es típica de la capital hispalense.

La tercera sorpresa fue el concepto que la ciudad tenía de la universidad y del catedrático. Acostumbrado a Granada y a Salamanca, ciudades donde todo giraba en torno al Alma Mater y el catedrático per se era “alguien”, en Sevilla la universidad era una institución más, y el catedrático un mero funcionario que tenía que demostrar su prestigio profesional.

Cuando D. Juan llegó a su cátedra, en el segundo piso del flamante Instituto Anatómico inaugurado en 1945 por el ministro Sr. Ibáñez Martín, se la encontró ocupada por el Decanato y la Secretaría de la Facultad, que habían sido trasladados desde el viejo edificio de la calle Madre de Dios, que estaba en vías de abandono.

Los primeros alumnos que tuvo D. Juan eran de segundo curso, a los que impartió únicamente la Neuroanatomía. Su primera promoción completa fue la de 1956-58, y para él representó la promoción con la que se había sentido más compenetrado de toda su etapa docente y de la que siempre tuvo en su despacho una fotografía a modo de recuerdo permanente.



Figura 3. Facultad de Medicina de Sevilla. Primera promoción completa de D. Juan (1956-58).

En este curso se trabajó en firme y se iniciaron las bases para confeccionar un atlas con las pautas de disección de todo el cuerpo, así como los apuntes recogidos fueron el origen de los dos libros de texto, Lecciones anatómicas y Lecciones de Neuroanatomía clínica, que constituyeron la base sobre la que se sustentó la docencia en los cursos sucesivos.

Su programa docente, donde primaba la Anatomía funcional y aplicada, estaba perfectamente estructurado y dosificado, apoyándose siempre en cada clase en lo previamente explicado, y coordinando miliméricamente las enseñanzas teóricas con las prácticas.

La docencia teórica de D. Juan siempre se basó en un esquema realizado en la pizarra en la que se reconstruían las estructuras anatómicas de profundidad a superficie.



Figura 4. D. Juan impartiendo su clase en el aula 10.

Llegaba puntualmente a clase y terminaba sin necesidad de que el bedel le diera la hora, no sin antes dedicar los últimos minutos a las preguntas que pudieran surgir entre el alumnado sobre la materia desarrollada.

Las clases prácticas, con carácter diario, permitían la disección completa del cadáver por parte de los alumnos.

En estas clases además, D. Juan introdujo desde el primer momento la Anatomía radiológica y tomográfica, que permiten la identificación de las estructuras anatómicas que ofrecen tanto la radiología convencional y contrastada, inicialmente, como los métodos más modernos de diagnóstico por imagen, como la TC y la resonancia magnética.

En el año 1981, con motivo de los 25 años de la cátedra, por solicitud de sus colaboradores y el apoyo de diversas instituciones le fue concedida la Orden de Alfonso X el Sabio al mérito docente.

A nivel postgraduado dirigió 60 tesis doctorales y 32 de licenciatura, organizando multitud de Cursos de Doctorado y de especialización, destacando la publicación de una monografía sobre Facomatosis, la primera de esta materia que se editó en España.

En su etapa universitaria D. Juan fue el primer director del Departamento de Anatomía Humana y de la Escuela de ATS de la Facultad de Medicina, secretario de la Facultad de Medicina, director del Secretariado de Publicaciones de la U.S., y vicerrector de la Universidad de Sevilla desde 1963 hasta 1971, cargo que comenzó bajo el mandato rectoral de Excmo. Sr. D. José Hernández Díaz, y que por renuncia de éste para acceder a la Alcaldía de Sevilla continuó con el Excmo. Sr. D. José Antonio Calderón Quijano.

Este último cargo correspondió a una época difícil, con los disturbios estudiantiles iniciados en 1968, y acrecentados en 1971, siendo ministro el Sr. Villar Palasí con el famoso Libro Blanco y la Reforma de la Enseñanza Universitaria. También estuvo marcada por la redacción de los nuevos Estatutos de la Universidad, que conllevaron múltiples reuniones e interminables discusiones.

Esta experiencia desgastó a D. Juan y motivó que solicitara su renuncia, si bien hubo de esperar hasta el final del curso 1970-71, cuando tuvo lugar la elección del nuevo rector.



Figura 5. D. Juan, como vicerrector, en la apertura del curso académico 1967-68.

Actividad clínica

Una vez conseguida la cátedra D. Juan se planteó retomar su vocación clínica. Para ello obtuvo una beca de la Fundación Juan March y concertó una estancia en Oxford, en el servicio que el prestigioso neurocirujano Dr. Pennybaker tenía en la Radcliffe Infirmary.

A su vuelta igualmente visitó en París los servicios de dos eminentes neurocirujanos franceses; el del Dr. Guiot en el Hospital Foch y el del Dr. Talairach en Santa Ana, para conocer de visu sus técnicas estereotáxicas y aprender las bases para su ulterior desarrollo en Sevilla, enviando posteriormente a su discípulo, el Prof. Murga, para perfilar algunos extremos.

En el orden clínico, la Facultad encomendó a D. Juan la dirección del servicio de Electroencefalografía, consiguiendo la adquisición del primer aparato de EEG que funcionó en Sevilla.

Haciendo gala de su consabida responsabilidad y honestidad, hasta que D. Juan no se consideró suficientemente preparado y, además, respaldado legalmente, no optó por cursar su solicitud de los títulos profesionales de Neuro-

logía y de Neurocirugía, tramitados y conseguidos en 1963 con toda ortodoxia y dentro de la legalidad vigente en materia de especialización médica.

En Sevilla, el primero que reconoció su preparación, fue el Prof. Gomar Guarner, catedrático de Cirugía, el cual le permitió iniciar la colaboración neuroquirúrgica en su servicio del antiguo Hospital de las Cinco Llagas.

Solicitó en Junta de Facultad la creación de una Escuela de Neurocirugía, y se llevó una grata sorpresa pues el Prof. Díaz Rubio, catedrático de Patología Médica, sugirió que se podría agregar la Neurología.

D. Juan aceptó encantado y lo agradeció extraordinariamente por lo inesperado y favorable.

El 20 de mayo de 1964 apareció en el B.O.E. la aprobación de la Escuela de Neurología/Neurocirugía, que fue la primera de estas especialidades que se creó en España.

Ante la inminencia de la inauguración en 1975 del nuevo Hospital Universitario Virgen Macarena, se crearon tres Servicios; uno de Neurocirugía, dirigido por D. Juan, dentro del Departamento de Cirugía.

Un segundo Servicio de Neurología, encabezado inicialmente por el malogrado Prof. Ramos Latorre y dependiente del Departamento de Patología Médica, y un tercer Servicio de Neurofisiología Clínica, ente autónomo bajo el control del Dr. Castilla Garrido, discípulo de D. Juan.

D. Juan formó parte de la Comisión Nacional de Especialidades médicas, en la rama de Neurocirugía, y también consiguió el reconocimiento oficial de la Escuela y Servicio para la especialización de los alumnos M.I.R.

En resumidas cuentas, las dificultades en su mayoría fueron superándose, consolidándose la Escuela, y surgiendo discípulos clínicos de gran categoría profesional, como siempre fue la aspiración de su Maestro.

Consulta privada

A nivel privado, D. Juan inició sus actividades profesionales a partir de 1959. Su ejercicio clínico siempre estuvo imbuido por un estudio concienzudo del enfermo, comenzando por una exhaustiva y meticulosa historia clínica seguida de una exploración ordenada, sistemática y completa del paciente.

En su consulta, D. Juan era muy parco en la petición de pruebas complementarias; solo las necesarias e imprescindibles para realizar un diagnóstico correcto y concreto que permitiera la instauración de un tratamiento inmediato adecuado.

A D. Juan le llenaba de satisfacción haber atendido gratuitamente a muchos enfermos, y entre ellos muy especialmente a las Hermanitas de la Cruz, que solían ser pacientes asiduas.

Siempre trató por igual al paciente privado que al de Compañía, sin ninguna matización diferencial.

Mantuvo relaciones profesionales con muchos compañeros, pero especialmente con el Prof. Marco Clemente, Catedrático de O.R.L., que le remitió a todos sus pacientes que necesitaban un control neurológico simultáneo.

De igual modo con el Dr. Domínguez Rodiño, que como médico de cabecera le permitió mantener consultas para atender a enfermos geriátricos neurológicos.

También en este apartado es preciso destacar la colaboración oftalmológica mantenida con el Prof. Piñero Carrión, cuyos enfermos con repercusión neurológica eran revisados para su estudio.

Quirúrgicamente hablando D. Juan era conservador y poco agresivo, acaparando fama de prudencia en su quehacer y huyendo de premuras y urgencias innecesarias.

Cruz Roja

Cuando D. Juan llegó a Sevilla, sus contactos previos con Cruz Roja habían sido puntuales en Granada.

En 1956 D. Juan fue nombrado por la Facultad catedrático Inspector de la Escuela de ATS de Cruz Roja.

Allí entabló contacto con el Dr. Gil Gálvez, jefe del Servicio de Urgencias, quien ofreció a D. Juan la jefatura del Servicio de Neurocirugía del Hospital Infanta Luisa o de Triana, que aceptó.

Allí se llevaron a cabo algunas intervenciones neuroquirúrgicas, como las que tuvieron lugar en el año 1961 con motivo de la inundación provocada por el desbordamiento del Tamarguillo, o el accidente de la avioneta de la Operación Clavel. Estas intervenciones le valieron a D. Juan la concesión de la Medalla de Plata de Cruz Roja.

La constatación por parte de D. Juan de que el Hospital Victoria Eugenia o de Capuchinos tenía más posibilidades clínicas, aparte de estar más cerca de la Facultad, llevaron al homenajeado a plantear al Excmo. Sr. D. Antonio Cortés Lladó, presidente provincial, la creación en este hospital de un Servicio Especializado de Neurocirugía Funcional Estereotáxica.

Dado que ya existía en Capuchinos un Servicio de Neurocirugía, que dirigía de forma pionera el Dr. Loscertales Fontenla, se llegó al acuerdo de que este último dirigiera el Servicio de Cirugía General, mientras D. Juan se hacía cargo del de Neurocirugía.

Por su parte, el Servicio de Neurocirugía trianero paso a convertirse en Servicio de Neurología, cuyo primer responsable fue el Prof. Murga, y más tarde el Dr. Proaño, también discípulo de D. Juan.

Para potenciar el nuevo Servicio, D. Juan donó el instrumental adquirido en Oxford, se compró un aparato de EEG, a la vez que se dotó una instalación neurorradiológica así como un quirófano de neurocirugía estereotáxica, que proporcionaron una gran experiencia desde 1964 a 1974, ya que a partir de 1975, con la inauguración del nuevo Hospital Universitario, las actividades en Cruz Roja pasaron a segundo plano.

Indudablemente esta etapa inicial fue la más dura, pues había que llevar personalmente la responsabilidad de la evolución de los pacientes, sin disponer de UVI y estando al quite del postoperatorio y de los enfermos graves.

El fallecimiento del conde de Peñaflores dejó vacante la presidencia de la Asamblea Provincial de Cruz Roja en Sevilla, por lo que en febrero de 1978 fue propuesto D. Juan para este cargo, ofrecimiento que desde luego le cogió por sorpresa pero que aceptó gustosamente.

En marzo de 1978 se produjo la toma de posesión en Sevilla, que se celebró con gran solemnidad y con asistencia de las primeras autoridades.

Uno de los primeros objetivos que abordó D. Juan en el cargo, de acuerdo a los principios fundacionales de Cruz Roja, fue el de divulgar la defensa de los Derechos Humanos, entre ellos el derecho a la vida, ya en entredicho en aquella época.

Además, defendió a capa y espada el mantenimiento de los hospitales de Cruz Roja, que consideraba necesarios para la ciudad.

Precisamente en esta etapa, concretamente el 18 de noviembre de 1978, se produjo el incendio del Hospital de la Macarena, que motivó la evacuación completa de los pacientes y del personal sanitario. D. Juan se personó inmediatamente en el lugar de los hechos, poniendo a disposición las camas de la institución, así como el personal de la Brigada de Cruz Roja.

Durante su mandato se inauguró el nuevo edificio de la Escuela de ATS de Cruz Roja, celebrando los 25 años de la misma, y que supuso además la transformación en Escuela Universitaria de Diplomados en Enfermería, ya desde entonces con carácter mixto del alumnado. Estas actuaciones conllevaron la concesión a D. Juan de la Medalla de Oro de Cruz Roja.

El cambio en la presidencia nacional de Cruz Roja trajo como resultado una marcada reducción del apoyo económico de la etapa anterior, así como una ostensible disminución del respaldo a los hospitales de la Institución.

D. Juan se preocupó de buscar financiación a nivel provincial, consiguiendo por un lado multiplicar por ocho la asignación que Cruz Roja recibía por el festejo taurino organizado anualmente en la Real Maestranza en beneficio de la Institución.

Por otro lado, en su condición de presidente de la Asamblea Provincial, fue nombrado Consejero del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Sevi-



Figura 6. D. Juan en un acto como presidente de la Asamblea Provincial de Cruz Roja de Sevilla.

lla, circunstancia que le llevó a formar parte de la Comisión de Obras Sociales, a través de la cual se estableció un concierto financiero que permitió la adquisición de varias ambulancias, la creación de un Centro de Detección de las enfermedades de la Mama en Triana, así como la dotación de una UCI en Capuchinos.

Durante su mandato aumentaron en cinco el número de Asambleas locales de la provincia y revitalizó otras que estaban inactivas.

Por si fuera poco, D. Juan tuvo un papel esencial en la donación testamentaria a Cruz Roja de la Casa-Palacio de la marquesa Viuda de Nervión, presidenta honoraria de Cruz Roja en Sevilla, y paciente de D. Juan, que falleció sin herederos.

Como resumen de lo dicho, D. Juan fue resolviendo sin respaldo nacional el problema financiero. De un presupuesto inicial de siete millones de pesetas cuando accedió al cargo, pasó a los 62 millones que dejó en caja cuando se marchó.

Esta falta de apoyo institucional, unida a la creciente politización de la entidad, motivaron que en 1985 solicitara su cese, que no fue aceptado hasta enero de 1986 fecha en la que presentó su dimisión irrevocable.

Aunque abandonó la presidencia, continuó como médico de base de la Institución, pues su opinión era que la larga permanencia en Cruz Roja imprimía carácter, y que no era posible abandonarla después de conocerla.

Termino ya, reiterando a la Real Academia nuestro más profundo agradecimiento por este homenaje, y a todos Uds. por su asistencia y atención.

Excmo. Sr. D. Juan Jiménez-Castellanos y Calvo-Rubio, como dicen los Proverbios: “el que va tras la justicia y el amor, halla vida, prosperidad y honra”.

He dicho.

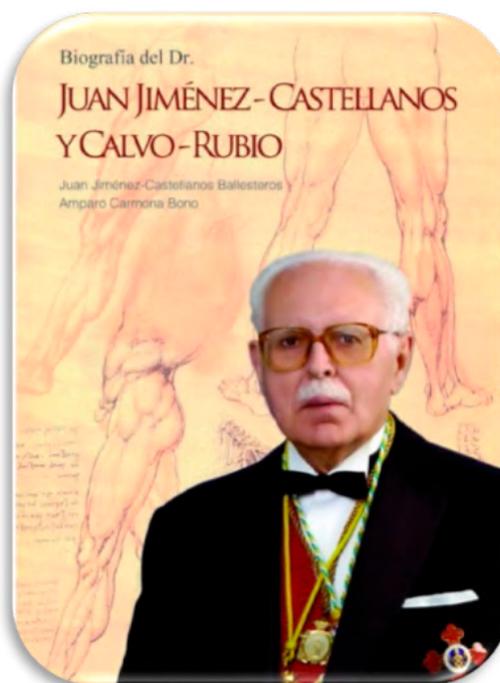


Figura 7. Portada de la Biografía de D. Juan editada por el Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla (2013).

III. ACADÉMICO Y PRESIDENTE

Dr. José Antonio Durán Quintana

Con la venia de la Presidencia:

ACLARACIONES PRELIMINARES

Antes que ninguna otra cosa pido disculpas por mi desportillada voz. De ahí el ruego al auditorio para que la ignore y se centre en captar el contenido de mis palabras. Algo parecido a mirar al través de un cristal ligeramente empañado. Hay que descartar el vaho que lo cubre para llegar a ver lo que se quiere ver. Gracias por su comprensión.

Comenzaré recordando que el historiador Tucídides atribuía al político Pericles (ambos atenienses) la siguiente opinión: *El que sabe y no lo explica claramente, es igual que si no pensara.* (Marías J, OC II, p. 456, Ed. Revista de Occidente, 1.984). Esta entradilla me sirve para constatar que me encuentro ante un desafío doble: Conocer bien el papel del Dr. D. Juan Jiménez-Castellanos Calvo-Rubio como académico y acertar al proclamarlo.

Ninguna de las dos tareas es liviana, así que debo confesar que me siento abrumado por la encomienda. No obstante, me reconforta y estimula saber que estoy ante ustedes por un motivo doble: Ser designado por mis compañeros de la Junta Directiva y coincidir la designación con el deseo expreso de la familia de D. Juan. ¿Preciso aclarar que no me cabe más honor y agradecimiento a unos y a otra? Pues eso.

Dije antes que conocer las aportaciones académicas del homenajeado era un desafío. Pues bien, exponerlas en el tiempo que tengo disponible hace que el reto se torne imposible. Incluso haciendo una selección severa, la cosecha resulta inabarcable. Por tanto, debo aguzar el ingenio para salir del atolladero. La solución que he encontrado consiste en distinguir dos bloques en las aportaciones a la Academia del Dr. Jiménez-Castellanos.

En el primero de ellos glosaré lo que resulta evidente en su *curriculum* como académico, ciñéndome a lo más destacado. Eso me libera de recitar una serie de datos, digamos cuantitativos, que ofrecen la particularidad de olvidarlos al instante de haberlos escuchado. El segundo bloque incluye las aportaciones de tipo cualitativo que, estando siempre a la vista de todos, han solido pasar desapercibidas. Mejor dicho, han estado veladas. Pretendo desvelarlas.

LO EVIDENTE

Las academias/la Academia

El Dr. Jiménez-Castellanos amaba las academias, quiero decir el papel que juegan en la sociedad. No estimaba a esta o aquella, sino a todas en general. Naturalmente, como contrapartida lógica, las academias le correspondían en esa estima. Muestra de ese afecto mutuo fueron sus nombramientos como académico de varias de ellas. Así, recibió el título de correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Granada (1.946), Valencia (1.949), Barcelona (1.951), Murcia (1.953), y la Nacional de Madrid (1.967). También fue académico correspondiente de la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba (1.967). Por último, la Academia Iberoamericana de Farmacia lo eligió académico de honor (1.995).

En la que podemos denominar su academia, es decir, en esta que hoy nos acoge para homenajearlo, siguió una trayectoria que muestra su firme y constante compromiso con ella. Las fechas no engañan: académico correspondiente en 1.965, de número en 1.966, vicepresidente en 1.978, presidente en 1.983 y presidente de honor en el 2.002. En total 43 años de vida académica, la práctica mitad de ellos como presidente efectivo. Esos veintitantos años guardan más enjundia de lo que parece, si se recuerda que al presidente lo eligen sus compañeros académicos numerarios cada 4 años. Lo que supone que fue refrendado para el cargo durante 5 legislaturas consecutivas, ¿Alguien da más?

Las Memorias Académicas

Una de las primeras y principales preocupaciones del presidente Jiménez-Castellanos estaba relacionada con las actividades desarrolladas por la Academia. No me refiero a cuántas y cuáles fueran, que también, sino a que estuvieran recogidas y organizadas en un volumen. Es decir, pretendía un doble objetivo: evitar que se perdiera irremisiblemente la información generada en esas actividades, así como facilitar su difusión y posterior consulta.

La solución que ideó para esos objetivos fue reiniciar la publicación anual de las Memorias Académicas. Digo reiniciar porque la edición de estas Memorias ha tenido un comportamiento guadianesco. Esto es, ahora me hago visible y después desaparezco. Para no cansarles les diré que en casi 300 años solo se han editado XI tomos, el primero en 1.766 y el último en 1.819. La discontinuidad es manifiesta.

El éxito de la iniciativa del Dr. Jiménez-Castellanos ha sido enorme. Gracias a ella disponemos hoy de un caudal de información contrastada e ininterrumpida de la vida académica desde el año 1.983. Les recuerdo que fue el año en que D. Juan fue elegido presidente por primera vez. Los historiadores actuales y los futuros le están y le estarán eternamente agradecidos.

El caserón colindante

Durante la Presidencia del Dr. Sánchez de la Cuesta, inmediatamente anterior a la del Dr. Jiménez-Castellanos, la Academia adquirió un viejo edificio sito en la calle Argote de Molina. La razón para la operación inmobiliaria estaba clara: su trasera coincidía con la trasera de nuestra sede, lo que facilitaría una futura ampliación. La Junta Directiva de entonces no tenía clara la posible finalidad del nuevo inmueble, pero a nadie se le escapaban sus potencialidades. Hubo unanimidad en su adquisición. Su uso futuro quedó a expensas de lograr financiación para cualquier proyecto venidero.

Pasaron los años, la financiación era una quimera, la casa hubo de demolerse por riesgo de derrumbe y el solar resultante se cuajó de sevillanísimos jaramagos. Tanto tiempo transcurrió en ese estado que el Ayuntamiento amenazó con expropiar si no se construía. El presidente, D. Juan, comprendió que había que ponerse el “vestío” de torear y enfrentarse al morlaco. Y salió triunfante en el empeño pues consiguió una holgada solución económica a través de la Junta de Andalucía.

El resultado final consistió en la expansión arquitectónica de la antigua sede, conectada estructural y funcionalmente con un edificio recién construido. Los nuevos espacios se dotaron de mobiliario e infraestructuras informáticas que han permitido a la Academia desde entonces desarrollar sus actividades con más eficiencia y comodidad.

La medalla de la ciudad

En mayo del año 2.000 el Pleno del Ayuntamiento de Sevilla acordó por unanimidad, a propuesta de la alcaldía, conceder la Medalla de la Ciudad a esta Real Academia de Medicina. Ante esta afirmación, cualquiera de los presentes puede preguntarse: ¿A cuento de qué nos trae esta noticia a colación? ¿Acaso le concedieron la citada medalla al Dr. Jiménez-Castellanos, a quien hoy recordamos con cariño? No, pero sí, es la respuesta que exige una explicación para entenderla.

Es obvio que la concesión se hizo a la institución y no a la persona. En teoría, por tanto, la hubiera recibido quien ostentara la presidencia en esas fechas. Conforme, pero el Ayuntamiento de Sevilla había dispuesto hasta entonces de 300 años para distinguir a esta Casa. Y no lo había hecho. Ello demuestra de forma indubitable que algún papel debió jugar D. Juan para que la concesión cristalizase.

Es cierto que la medalla la concede el pleno del Ayuntamiento, pero la propuesta de concesión está avalada por una innúmera cifra de adhesiones institucionales y particulares. ¿Cabe pensar que el Ayuntamiento aprobara unánimemente la concesión sin el apoyo del por entonces Alcalde? (Se trata-

ba de D. Alfredo Sánchez Monteseirín, médico y alumno del profesor Jiménez-Castellanos, a quien siempre se lo recordaba con cariño cuantas veces se encontraron) ¿Y se puede pensar que faltara el aval de la Facultad de Medicina, del Colegio Oficial de Médicos o de las restantes Academias hermanas de la ciudad, así como de otras instituciones? En resumen, ¿quién mantuvo unas magníficas relaciones con todas ellas y posibilitó la concesión? Nuestro entonces Presidente, obviamente.

LO INTANGIBLE

Estilo académico

El DRAE define el estilo como *el carácter propio que da a sus obras el artista*. Merced a él cabe identificar con certeza al autor de un texto literario, al arquitecto de un edificio o al intérprete de una canción. Con razón aseguraba el famoso cantante francés del siglo pasado Maurice Chevalier que él no vendía voz sino estilo. Quería señalar que su estilo no radicaba en lo que cantaba, sino en cómo lo hacía. Lo mismo ocurre al contemplar un cuadro del que no sabemos su autoría, pero no dudamos en decir que “es un Greco”.

Como es fácil suponer también existe un estilo académico. Estilo que se manifiesta al exterior, pero que emerge desde lo profundo de la persona. Quiero decir que se evidencia en un determinado comportamiento social, pero que se sustenta en valores enraizados en lo más hondo del yo.

Por señalar algunos de esos valores: cortesía en el trato con los demás sin importar su rango social, ecuanimidad en el juicio, respeto a las instituciones, desprendimiento de lo material, morigeración en la conducta, amor a la tradición, defensa del protocolo académico, rigor científico, etc., etc.

Esos y otros ingredientes los presentaba y ejercía en plenitud D. Juan Jiménez-Castellanos. Quien tuvo la oportunidad de tratarlo puede asegurar sin equivocarse que su comportamiento público destilaba estilo académico.

Cuestión de infinitivos

Propongo al auditorio que, por unos instantes, vuelvan a su etapa escolar. El objetivo es recordar un excepcional rasgo lingüístico de nuestro idioma que le confiere flexibilidad expresiva: la equivalencia de significado de los verbos ser y estar. Rasgo que no presenta el latín, el griego, el francés, el inglés, el alemán, ni la mayoría de los restantes idiomas. Así que, por ejemplo, un angloparlante se tiene que aviar con el verbo *to be* para expresar tanto “soy bien” como “estoy bien”. Si a cualquier castellanohablante le preguntan ¿cómo estás?, con seguridad que ninguno respondería “soy bien”. Si así fuera chirriaría en nuestros oídos y de ahí que la respuesta adecuada sea “estoy bien”.

Se preguntarán el porqué de este exordio tan aparentemente ajeno al motivo que hoy nos reúne. Pues para recordar que el Dr. Jiménez-Castellanos fundía ambos verbos cuando actuaba como académico y como presidente. Esto que digo queda fielmente retratado en la respuesta del conde de Kent al rey Lear en la conocida obra de Shakespeare. Cuando el monarca le pregunta *¿En qué te ocupas?*, el aristócrata responde: *Me ocupo en no ser menos de lo que parezco*.

D. Juan, en todas las circunstancias públicas, “era” presidente y se preocupaba de “estar” en presidente. Como testigo presencial, doy fe que siempre lo conseguía.

FINAL

En diciembre de 1.639, publicó Quevedo su conocida “Epístola satírica y censoria contra las costumbres presentes en los castellanos, escrita a D. Gaspar de Guzmán, conde-duque de Olivares, en su valimiento”. Una de sus estrofas, dice así:

*Nadie contaba cuanta edad vivía,
sino de qué manera...*

Creo con firmeza que el mensaje subyacente en dicho verso se ajusta como un dedo a un guante a la biografía de D. Juan Jiménez-Castellanos. Vivió los años que Dios le concedió, pero...de qué manera. Como académico de número y como presidente de su querida Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, buscó antes la perfección que la promoción personal. Y lo hizo sin escatimar su entrega.

He dicho.

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (I)

DÍA 2 DE MARZO

Dr. Ángel Domínguez Castellanos, presentado por el Dr. Muniáin Ezcurra

Dr. José María López Sánchez, presentado por el Dr. Infantes Alcón

D. Julio Cuesta Domínguez, presentado por el Dr. Castro Sánchez



*Dr. José M. López Sánchez, Dr. Carlos Infantes, D. Julio Cuesta y
Dr. Ángel Domínguez Castellanos*

“TUBERCULOSIS: LA INFECCIÓN QUE NOS ACOMPaña DESDE EL PRINCIPIO DE LOS TIEMPOS”

Dr. Ángel Domínguez Castellanos

Excmo. Sr. presidente de la RAMSE
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos
Señoras y Señores:

Es un honor para mí aceptar este nombramiento y agradezco al Dr. Muniáin sus cariñosas palabras de presentación. Él es el responsable de que esté yo hoy aquí. Ha sido y es mi maestro, siempre he querido imitar su forma de ver la vida y la medicina. Espero haberme acercado algo.

Quiero también tener hoy un recuerdo especial para mi padre. Quiero darle muchas gracias por los valores que siempre me ha inculcado, y por su ejemplo, porque me han servido de guía y me han ayudado en la vida profesional y en la personal.

Cuando el Dr. Muniáin me comunicó que iba a proponerme como miembro de la Academia, lo primero que pensé fue sobre qué podía hablar ese (este) día.

La verdad es que fue muy fácil tomar la decisión. Si hay una enfermedad que me haya acompañado a lo largo de toda mi carrera profesional y que tenga además más relación con mis otras aficiones, como la historia o la ópera, no podía ser otra que la tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad antigua, como la humanidad. Es una de las infecciones que acompañan al ser humano desde el inicio de la historia. Podríamos clasificarla como una enfermedad “clásica”, “de toda la vida”, a diferencia de infecciones “emergentes” como el SIDA o la COVID. Pero es que además, *Mycobacterium tuberculosis* una vez que infecta a una persona, puede acompañarlo durante toda la vida en un equilibrio de fuerzas, estable, sin que ninguno de los dos miembros del tándem, humano y bacteria, sufran daños. A esta situación la llamamos “tuberculosis latente”. Solo si uno de los dos miembros “flaquea”, por decirlo de alguna manera, provoca que el otro venza y se produzca la curación o la enfermedad, según el caso.

Los “tiempos” de esta enfermedad son muy largos, tanto en su evolución clínica, como en su tratamiento. Pocas infecciones requieren un tratamiento tan prolongado, entre 6 y 12 meses. Por eso, era una enfermedad que no tenía el dramatismo de otras infecciones que causaban una muerte fulminante, y esto precisamente fue lo que alimentó el romanticismo de la enfermedad, como reflejaron óperas o novelas.

Mi vida profesional, una vez finalizada la residencia de medicina Interna en el hospital “La Paz” de Madrid, comenzó en el hospital de San Lázaro, otra referencia histórica. Allí quise encargarme desde el principio de los pacientes con tuberculosis. Estos enfermos eran enviados desde el hospital Macarena para aislamiento. En esa época muchos de ellos tenían además SIDA. Estamos hablando del principio de los años 90. El VIH era entonces el principal factor de riesgo de tuberculosis.

“San Lázaro” es el centro hospitalario más antiguo de Sevilla. Fue fundado por el rey San Fernando tras la conquista de la ciudad en el año 1248. Su hijo y sucesor, Alfonso X el Sabio, le concedió los privilegios que le permitieron atender a enfermos que padecían enfermedades infectocontagiosas, como la lepra, de ahí su advocación a San Lázaro.

La iglesia de estilo gótico mudéjar es una de las más antiguas de la capital hispalense, pero lamentablemente está en estado ruinoso, pendiente de una nueva y muy necesaria reforma.

Pero volvamos a la tuberculosis. Como decía, se trata de una de las primeras enfermedades descritas en humanos, con una antigüedad cercana a los 20.000 años. Se han detectado indicios de su presencia en huesos del Neolítico, en relación con la domesticación de ganado bovino salvaje en África, momento en el que, según una de las hipótesis más extendidas, *Mycobacterium bovis* habría mutado a *Mycobacterium tuberculosis*, adquiriendo la capacidad para infectar al ser humano.

Se han encontrado hallazgos en muchas de las momias, como, por ejemplo, la del primer tuberculoso conocido de la historia de la humanidad, Utus, un sacerdote de Amón, afectado por el mal de Pott.

Ya en Grecia, Hipócrates describe, en su “Tratado sobre las enfermedades”, un cuadro clínico llamado *tisis*, caracterizado por supuración pulmonar y ulceración. Además comprobó que la enfermedad era más frecuente en hijos de padres afectos, por lo que le atribuyó erróneamente un patrón hereditario.

Fue Aristóteles quién propuso, poco tiempo después, y por primera vez, la posibilidad de contagio entre humanos a través de la respiración.

En el siglo II, ya después de Cristo, Galeno hace descripciones muy precisas de la misma. Refiere que los pacientes presentan fiebre vespertina, sudoración, laxitud, dolor torácico y hemoptisis como signo patognomónico. También clasificó a la tuberculosis dentro de las enfermedades transmisibles

y propuso medidas terapéuticas que se mantendrían durante muchos siglos, como por ejemplo el uso de opio, o sus derivados como la codeína, como antitusígeno para evitar la hemoptisis.

Después de estas descripciones por parte de griegos y romanos transcurrieron 16 siglos sin que se produjera ningún avance relevante en su conocimiento y/o tratamiento. No fue hasta 1719 cuando el médico británico Benjamín Marten aportó una novedosa teoría, propuso que unos seres vivos minúsculos, capaces de sobrevivir en el cuerpo humano, podrían ser el origen de la tuberculosis. Sus ideas sobre la existencia de estos microorganismos fueron unánimemente rechazadas. Tuvieron que pasar 163 años para convertir la fabulosa intuición de Benjamín Marten en una certeza científica.

Fue, por fin, un médico prusiano llamado Robert Koch quien ideó un novedoso método de tinción mezclando fucsina y anilina. Lo empleó sobre muestras de esputo de enfermos tuberculosos, descubriendo así el agente causal: *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, en su honor. Difundió su hallazgo el 24 de marzo de 1882 en la Sociedad Fisiológica de Berlín. Desde entonces, en esa fecha, el 24 de marzo, se celebra cada año el Día Mundial de la Tuberculosis.

A partir de ese momento el conocimiento de la enfermedad avanzó de forma vertiginosa. En 1908, el mismo Koch desarrolló la tuberculina en colaboración con el veterinario francés Camille Guérin. Fue el primer intento de lograr una vacuna terapéutica frente a esta enfermedad en el hospital de la Charité de Berlín. Pero pronto los ensayos mostraron que, aunque no era un remedio curativo, como se pensaba, sí era una magnífica prueba diagnóstica a través de la técnica de Mantoux.

El cuidado médico de estos enfermos se hacía en los domicilios, donde se les enseñaban normas de higiene para la vivienda, como airear las habitaciones y dejar que entrara la luz del sol. Más adelante se empezaron a construir sanatorios antituberculosos, donde se enviaban los casos curables. A los hospitales iban los incurables.

Unos de los más famosos sanatorios en el mundo, donde acudían los pacientes más pudientes, era el de Davos (Suiza). Allí estaba ingresada la esposa de Thomas Mann. En la primera visita que le hizo se topó con un médico que, con buen ojo clínico, logró convencerlo para que se hiciera una radiografía y así fue diagnosticado también de tuberculosis. Pasó de visitante a interno y de ahí surgió su novela “La montaña mágica”.

La llamada “plaga o peste blanca” afectaba a todos, nadie estaba a salvo. Hay múltiples personalidades que la padecieron y/o que fallecieron por esta enfermedad. Pongamos algunos ejemplos:

Molière, comediógrafo francés de la época de Luis XIV, murió en el escenario por una hemoptisis masiva mientras interpretaba paradójicamente “El enfermo imaginario”. También la padecieron Simón Bolívar, Mandela,

el músico polaco Frédéric Chopin; los escritores Gustavo Adolfo Bécquer, Lord Byron, Miguel Hernández, Edgar Allan Poe, Alejandro Dumas o Kafka, así como los pintores Modigliani o Gauguin.

Termino este listado con una curiosa anécdota. Vivien Leigh tras interpretar en “Lo que el viento se llevó” al personaje de Escarlata O’Hara, una heroína superviviente, sanísima y dura, murió muy joven de tuberculosis; sin embargo, Olivia de Havilland, que interpretaba a su enfermiza y débil cuñada en la película, la sobrevivió muchísimo y ha muerto hace poco con la muy longeva edad de 104 años.

Durante el siglo del Romanticismo, la tuberculosis era una enfermedad de moda, incluso mitificada. Se pensaba que la tisis era un mal que afectaba más a los ricos y a las mujeres y, sobre todo, a los jóvenes. Ésta producía una profunda melancolía que es la base de buena parte de la creación literaria de la época.

Para los románticos, la tisis representaba lo misterioso, lo angustioso, lo siniestro, pero también lo atractivo.

Nadie lo expresó mejor que Greta Garbo interpretando a Margarita Gauthier, la dama de las camelias, precursora de *La Traviata*, cuando dijo: «Nunca estoy más bella que cuando me estoy muriendo».

El ideal de belleza correspondía a una naturaleza enfermiza, en la que destacaba la palidez y la expresión de sufrimiento del rostro. Esto ayudaba a la construcción de los personajes del melodrama. Buena prueba de ello son las heroínas operísticas Violetta y Mimí, protagonistas de *La Traviata* y *La Bohème*.

En *La Traviata* el sacrificio de la protagonista representa este espíritu romántico. La obra se convierte en una crítica a la doble moral de la clase alta. La versión literaria está contada desde el punto de vista de Armand, el amante. En la ópera sucede lo opuesto. Aquí Violetta es la protagonista absoluta. Vivimos su enfermedad en primera persona. *La Traviata* pone en escena la primera muerte operística por tisis. Los espectadores veían morir en escena a un personaje por una enfermedad completamente contemporánea en esa época.

El papel del médico en esta ópera es muy interesante. El médico la apoya aunque predice que morirá pronto. Al final de la ópera, sabe que no puede salvarla, pero se queda con ella hasta su muerte, mostrando empatía y consuelo.

En el caso de *La Bohème*, estamos ya cerca del nuevo siglo XX y la tuberculosis ya no era tan misteriosa para los espectadores. Hacía más de una década que se había descubierto su causa. Pero aunque Puccini sigue el mismo esquema que Verdi, incorpora una nueva variable, menos glamurosa, pero más exacta, las malas condiciones sociales como factor de riesgo de la enfermedad.

El momento preciso de la muerte en cada ópera se muestra desde dos formas absolutamente opuestas. Violetta toma el primer plano de la acción.

Alfredo y los presentes están atentos a sus últimas palabras. Todos estaban pendientes de la moribunda. Es una agonía prolongada y pública.

Por el contrario, la muerte de Mimí pasa desapercibida a quienes la rodean. Sólo el espectador la presiente por un pequeño acorde específico de la orquesta. El resto de los personajes tardan en descubrirlo. Finalmente es Rodolfo, quien al enterarse, cierra la ópera con su famoso grito: «Mimí!!!».

Violetta muere como centro del relato, narrando su muerte. Mimí muere sin voz, silenciosa. En compañía, pero sola.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX la realidad era bien distinta a la mostrada en las óperas. Pronto se dieron cuenta que la enfermedad estaba asociada a la pobreza. Entonces se produce un cambio de actitud de la sociedad, ahora ya se avergüenza de ella y trata de ocultarla. Las familias, avergonzadas de tener en su seno a un tuberculoso, esconden la verdadera causa cuando muere. En la actualidad esta actitud todavía podemos verla en muchos pacientes, sobre todo en los de más edad.

En las fábricas, surgidas en el seno de la Revolución Industrial, niños, hombres y mujeres trabajaban jornadas de 10 a 12 horas sin ninguna protección frente a la enfermedad o la vejez. La humedad, el hacinamiento, la falta de ventilación y de luz natural eran una constante tanto en sus viviendas como en sus lugares de trabajo. Los bajos salarios impedían una alimentación suficiente y favorecían el alcoholismo. La mortalidad por tuberculosis en los barrios donde se hacinaban los obreros, era 10 veces superior a los que vivían en barrios burgueses. Este hecho, idéntico en todas las grandes ciudades europeas, inspiró las primeras medidas urbanísticas, como ampliar el ancho de las calles para que la luz del sol entrara en las viviendas, así como la asunción de importantes reivindicaciones obreras que mejoraron las condiciones sociales.

En la primera mitad del siglo XX, aún no se había conseguido un tratamiento específico contra la enfermedad y los remedios utilizados hasta entonces, como la colapsoterapia o la cura sanatorial eran lentos, caros y de resultados inciertos.

La carrera terapéutica eficaz no comenzó hasta la 2ª guerra mundial. En 1944 se descubrió un pequeño hongo, el *Streptomyces*, capaz de inhibir el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*. A partir de dicho hongo, se consiguió aislar un principio activo, la estreptomina, que fue el primer fármaco que demostró utilidad para tratar la enfermedad. Pero no fue hasta 1952 cuando se descubrió el primer fármaco realmente eficaz, la isoniacida. Es de hecho, a día de hoy, uno de los fármacos más bactericidas y de acción más rápida y que logra, por tanto, que el paciente deje de ser bacilífero y contagioso.

En la década de los sesenta llegó el segundo gran avance, la rifampicina, que permitió acortar los tiempos de curación a tan solo 6 meses.

En los siguientes 40-45 años prácticamente no se avanzó nada en el arsenal terapéutico. En los años 80 la prevalencia iba en descenso, hasta que la coinfección

ción con el VIH volvió a aumentar las tasas de tuberculosis. Se llegó a hablar incluso de una sindemia, que en África ha tenido resultados devastadores.

No ha sido hasta el comienzo del nuevo siglo XXI, cuando la incorporación de fármacos como las quinolonas, la bedaquilina o el linezolid van a permitir cambiar las viejas y obsoletas pautas que aun usamos.

Ahora tenemos tratamientos más cortos y eficaces y, sobre todo, podemos enfrentarnos al tremendo reto de la multiresistencia.

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud para este siglo es su erradicación. La lucha contra la enfermedad cuenta con las herramientas necesarias para ello: existe un tratamiento eficaz y medios suficientes para cortar la cadena de transmisión. Sin embargo, las nuevas cepas “extremadamente resistentes” se están expandiendo rápidamente en los países en desarrollo. El futuro es incierto, pero está en nuestras manos cambiar la historia de la enfermedad, una vez más.

Se estima que en la actualidad un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis, constituyendo un reservorio a partir del cual se producirán futuros casos. Eso supone más de dos mil millones de personas infectadas.

La tuberculosis siempre ha sido la enfermedad infecto-contagiosa más letal de las que afectan al ser humano; hasta que llegó la COVID-19, que le arrebató este nefasto primer puesto. Sigue produciendo cada año la muerte de alrededor de 2 millones de personas. Se considera una infección cosmopolita, que afecta a todo el mundo, pero que se ceba más con los países en desarrollo.

En 2020 las muertes aumentaron después de más de una década de continuo descenso, debido a que acceder a diagnósticos y tratamientos se hizo más complicado por culpa de la COVID. De hecho, vuelve a hablarse, como en la época del SIDA, de una nueva sindemia.

En la “Agenda 2030”, los estados miembros de la OMS y las Naciones Unidas se comprometieron a acabar con la epidemia de tuberculosis aportando más fondos. Este dinero no es solo para el control de la enfermedad, sino también para la investigación, sobre todo para el desarrollo de nuevos fármacos y vacunas.

Pero el dinero aportado ha sido más escaso de lo previsto. De hecho, el plan era lograr, a estas alturas, una reducción del 20% de la incidencia, pero de momento solo se ha llegado al 11%, el número de muertes tenía que haber bajado un 35%, pero tan solo lo ha hecho un 9%, y el porcentaje de personas que se enfrentan a costes inasumibles para poder tratarse debería ser cero, pero ya afecta al 47% de los pacientes.

Por lo tanto, la gran pregunta es: ¿Qué nos impide erradicar una enfermedad de la que lo conocemos casi todo? La respuesta no es sencilla.

La ciencia tiene ahora suficientes conocimientos para vencer la batalla frente a *M. tuberculosis*, pero hay todavía importantes condicionantes sociales

(pobreza e inmigración), coinfección por el VIH, multi-resistencia, Covid 19, infradotación presupuestaria, etc., que están volviendo a inclinar la balanza del lado del bacilo.

Si queremos adentrarnos en las razones de su difícil erradicación debemos recordar que ésta es una batalla milenaria entre dos especies, *M. tuberculosis* por un lado y el ser humano por otro. Una guerra ancestral de dos contendientes en la que ha dado tiempo a que cada uno de ellos haya desarrollado mecanismos de adaptación para enfrentarse a las principales armas del contrario.

Sólo con más inversión, insisto, la posibilidad de descubrir una vacuna eficaz y definitiva y el descubrimiento de nuevas asociaciones antimicrobianas que pudieran curar la enfermedad en un plazo no superior a unas pocas semanas, podrán hacer realidad el sueño de la erradicación en las próximas décadas.

Y, para terminar, estas palabras...

De Platón: *“Donde quiera que se ame el arte de la medicina, se ama también a la humanidad.”*

Y de Marco Aurelio: *“La enfermedad es una parte de la condición humana. No es algo que nos suceda, sino algo que somos”.*

Eso es todo, muchas gracias por su atención.

Referencias

- 1.- Hospital de San Lázaro de Sevilla. Base de Datos de Patrimonio Inmueble de Andalucía. Boletín Oficial del Estado (BOE) de 12 de septiembre de 1964.
- 2.- Stefan N Willich Physicians in opera. Reflection of medical history and public perception BMJ 2006; 333:1333-5
- 3.- Roi Piñeiro Pérez. Breve historia de la tuberculosis.
- 4.- La tuberculosis en la historia. María José Báguena Cervellera, Profesora titular de Historia de la Ciencia Universitat de Valencia. An. R. Acad. Med. Comunitat Valenciana, 12. 2011
- 5.- Aspectos románticos y míseros de la tuberculosis pulmonar. Discurso de apertura del curso 1996-97. Ángel Fernández Dueñas, Académico Numerario.
- 6.- Ángel Domínguez-Castellano, Alfonso del Arco, Jesús Canueto-Quintero, Antonio Rivero-Román, José María Kindelán, Ricardo Creagh y Felipe Díez-García . Guía de práctica clínica de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) sobre el tratamiento de la tuberculosis. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Andalucía. España. Enferm Infecc Microbiol Clin 2007;25(8):519-34
- 7.- Rothschild B, Martin L, Lev G, Bercovier H, Bar-Gal G, Greenblatt C, Donoghue H, Spigelman M, Brittain D, Mycobacterium tuberculosis complex DNA from an extinct bison dated 17,000 years before the present, Clin Infect Dis, volumen 33, pgs. 305-11 (2001)

- 8.- Báguena Cervellera, María José. La Tuberculosis y su historia. Fundación Uriach. ISBN 84-87452-12-4.
- 9.- L.J. Moorman, The history of tuberculosis. Respiratory Medicine, Volumen 100, pags. 1862-1870
- 10.- Zink A, Sola C, Reischl U, Grabner W, Rastogi N, Wolf H, Nerlich A, Characterization of Mycobacterium tuberculosis complex DNAs from Egyptian mummies by spoligotyping, J Clin Microbiol, volumen 41, pgs. 359-67, (2003)
- 11.- Tratados Hipocráticos. Comentarios de: García Gual C, Lara Nava MD, López Férez JA, Cabellos Álvarez B. Madrid: Editorial Gredos (1983).
- 12.- R. Y. Keers, Pulmonary Tuberculosis, A Journey down the Centuries. (1978). Bailliere& Tindall, Londres.
- 13.- Sendrail, Marcel. Historia cultural de la enfermedad (1981) Madrid. Espasa Calpe.
- 14.- Enarson DA, Seita A, Fujiwara P. Global elimination of tuberculosis: implementation, innovation, investigation. Int J Tuberc Lung Dis.2003; 7(Suppl 3): S328-32.
- 15.- Carbonetti, A. C. A. (1999). «La tuberculosis en la literatura argentina: tres ejemplos a través de la novela el cuento y la poesía.». História, Ciências, Saúde - Manguinhos. VI (3) (nov. 1999-fev. 2000).
- 16.- María José Báguena Cervellera. La tuberculosis y su historia (Colección Histórica de Ciencias de la Salud). Fundación Uriach. ISBN 84-87452-12-4.
- 17.- T.D. Brock (1988). Robert Koch: A Life in Medicine and Bacteriology. Science Tech Publishers. ISBN 1-55581-143-4.
- 18.- Laín Entralgo, Pedro (1982). Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat. ISBN 84-345-1418-4.
- 19.- Alsina, José (1982). Los orígenes helénicos de la medicina occidental. Editorial Labor (Barcelona). ISBN 84-335-0265-4.
- 20.- McKeown (1990). Los orígenes de las enfermedades humanas. Editorial Crítica (Barcelona). ISBN 84-7423-455-7.
- 21.- Izquierdo Laguna, Silvano (1943). Historia de la tuberculosis. Editorial Moderna (Bilbao).
- 22.- Oriol Anguera, J. y A. (1944). Historia de la tuberculosis. (Ensayos de fisiología colectiva). Salvat Editores, Barcelona.
- 23.- Waksman, Selman S (1968). La conquista de la tuberculosis. Editorial Hobbs-Sudamericana, Buenos Aires.
- 24.- Sehgal VN and Wagh W. The history of cutaneous tuberculosis. Int J Dermatol 1990; 29: 666-82.
- 25.- J. A. Caminero. La vieja batalla entre la especie humana y el bacilo de Koch. ¿Es posible soñar con erradicar la tuberculosis? Anales Sis San Navarra vol. 30 supl. 2. Pamplona 2007.

“ESTE ES UN MUNDO RENOVADO DE RIESGOS GLOBALES. ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA GRANDES ENFERMEDADES?”

Dr. José María López Sánchez

La Reunión Anual de 2022 en Davos (Suiza), se enmarca en la filosofía del Foro Económico Mundial de colaboración e impacto multisectorial, proporcionando un entorno donde se comparten ideas y conocimientos, para obtener nuevas perspectivas y crear comunidades e iniciativas para la resolución de problemas.

En dicha reunión las grandes amenazas del mundo se analizan y se sopesan. El sexto puesto de esas amenazas globales, lo ocupa las enfermedades infecciosas.

La enfermedad infecciosa, por tanto, forma parte de la historia de la Humanidad de manera intrínseca. Desde los primeros tiempos, la Humanidad ha soportado innumerables enfermedades, plagas y epidemias que han diezmado y aterrorizado a la población a lo largo y ancho del mundo.

En la Grecia Clásica, en el año 166 DC, tuvo lugar la más terrible de las pandemias que afectó globalmente al mundo occidental, durante los tiempos del emperador Marco Aurelio, conocida como peste «Antonina».

En el Siglo XIV, la peste negra acabó con un tercio de la población de Europa y se repitió en sucesivas oleadas hasta 1490, llegando finalmente a matar a unos 200 millones de personas, según el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

El origen de la peste bubónica era la bacteria *yersinia pestis*, que afectaba a las ratas negras y a otros roedores y se transmitía a través de los parásitos que vivían en esos animales, en especial las pulgas (*chenopsylla cheopis*), las cuales inoculaban el bacilo a los humanos con su picadura. La transmisión a otros países lejanos, se produjo a través de barcos y personas que transportaban los fatídicos agentes, las ratas y las pulgas infectadas

En la ciudad de Sevilla, en 1649, la epidemia de la peste tuvo como eje central de asistencia, el Hospital de la Sangre (Hospital de las “Cinco Llagas”).

Según el documento **“COPIOSA RELACIÓN DE LO SUCEDIDO EN EL TIEMPO QUE DURÓ LA EPIDEMIA DE LA GRANDE Y AU-**

GUSTÍSIMA CIUDAD DE SEVILLA EN 1649”, se produjeron cerca de 60000 muertos (casi el 50% de la población). Se sacrificaron perros, encalaron casas, limpiaron calles y viviendas, desinfectaron joyas y monedas con vinagre y calor en hornos. Fallecieron en dicho hospital 22900 pacientes (85%), 5 médicos (85%), 16 cirujanos (84%) y 34 sangradores (60%).

La viruela (*virus variolae* precursora de la actual viruela del mono) **diezmó la población mundial desde su aparición, pero especialmente durante el siglo XVIII, infectando y desfigurando a millones de personas.**

En marzo de 1918, la mal llamada *Gripe española*, apareció en los últimos meses de la 1ª Guerra Mundial, llegando a matar en todo el mundo, entre 20 o 50 millones de personas.

Otros coronavirus conocidos, como la *Gripe asiática* y la *Gripe de Hong-Kong*, provocaron también millones de muertes.

En la década de los 70, apareció el primer caso, documentado, del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por la que se calcula un impacto de 25 millones de muertes en todo el mundo.

En 1976 apareció el virus de Ébola, fiebre hemorrágica del Ébola, de la familia de los filovirus, mortalidad del 50% de los infectados.

El 5 de agosto de 2014 aparece el primer caso de virus de Ébola en España, y todos los recursos sanitarios se pusieron en alerta máxima. En el Hospital “Virgen del Rocío”, dada la gravedad del cuadro, decidimos establecer una estrategia de conocimiento y manejo de la enfermedad. En aquel momento, se confirmó el Hospital “Gómez Ulla” como centro nacional de atención al paciente con infección por virus del Ébola, y me trasladé a Madrid para conocer qué protocolos y sistemas de control de la enfermedad existían. Finalmente, en base a lo conocido, se implantaron medidas similares en nuestro centro.

En otro orden de cosas, en 2019 realizamos un estudio de investigación que se publicó en la Revista SHOCK, en relación con la inflamación y la sepsis, con el título “***SEQUENTIAL CHANGES OF NLRP3 INFLAMMASOME ACTIVATION IN SEPSIS AND ITS RELATIONSHIPS WITH DEATH***”

La inflamación es una respuesta biológica rápida del sistema inmune en tejidos vasculares, dirigida a eliminar estímulos capaces de producir daño y a iniciar la curación y la reparación. Es, por tanto, una respuesta inmune frente a agentes infecciosos y señales moleculares de peligro, de estrés celular o que son producto del daño tisular. Se induce, por tanto, la activación transcripcional con una gran producción de citocinas, quimiocinas y otros mediadores inflamatorios. Sin embargo, las citocinas de la familia IL-1b son excepcionales, porque no solo requieren la activación transcripcional, sino también un procesamiento proteolítico. El inflammasoma es una estructura protéica, entre las que destacan las NOD-like receptor (NLRP3), también conocidas como criopirinas.

En este estudio prospectivo realizado en nuestra Unidad de Investigación, tuvo como objetivo describir la expresión transcripcional (NLRP3) y la interleucina-1b en pacientes en estado crítico, sus cambios durante la primera semana y su valor pronóstico en pacientes sépticos.

Medimos los niveles circulantes de IL-1b, así como la expresión transcripcional de NLRP3 al ingreso y los días 3 y 7.

Los niveles en los días 0 y 3 de expresión del inflammasoma IL-1b y NLRP3 fueron significativamente más altos en pacientes con sepsis que en los controles.

Conclusiones: NLRP3 se activa en pacientes críticos pero esta elevación es más intensa en pacientes con sepsis.

Y apareció el COVID 19. El primer caso notificado en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. Tras ese primer caso, crecimiento explosivo.

Theodoros Adhanom, Director General de la OMS, declara la Pandemia por SARS-COV2 y cambió nuestra vida como la conocíamos.

De los factores que más determinaron la mortalidad de la enfermedad, destacaban la edad, las enfermedades previas y el género. En poco tiempo se expande por todo el mundo.

FISIOPATOLOGÍA Y ESTRUCTURA COVID 19. La membrana del SARS-CoV-2 tiene la glicoproteína transmembrana (M), la glicoproteína espi-ga (S) y la proteína de la cubierta (E), y todo rodeado por una nucleocápside helicoidal flexible.

El SARS-CoV-2 se adhiere a la membrana plasmática y la enzima hema-glutinina-enterasa (HE) mejora la entrada viral asistida por la proteína de espi-ga (S), como si fuese una “llave” que abre la puerta de la contaminación viral.

Sin embargo, donde se produce el mayor problema de esta infección es en la “tormenta de citoquinas”.

Al igual que el estudio que presentamos meses antes de la pandemia, la tormenta de citoquinas durante las infecciones virales representa la primera línea de defensa coordinada del cuerpo en contra del virus. Una rápida replicación viral y una alta respuesta de citoquinas proinflamatorias inducen la apoptosis deteriorando las barreras pulmonares microvasculares y células epiteliales alveolares, causando hipoxia.

Las respuestas de citoquinas y quimiocinas son tardías secretando niveles altos de las citoquinas IL-1 β , IL-6 y TNF- α . Los niveles séricos de esta tormenta de citoquinas son significativamente más altos en pacientes graves.

Tratamiento con fármacos como, *Tocilizumab* (TCZ) que es un anticuerpo monoclonal humano recombinante de la IL-6, bloquea sus receptores celulares y mejoran el pronóstico y la supervivencia de los casos graves. A pesar de todo el empeño sanitario, la enfermedad se extendió por todo el mundo.

A partir de la aparición de los primeros casos graves de COVID-19 se observó que la afectación pulmonar determinaba la mayor parte de las muertes. Esta nueva neumonía viral creó mucha confusión ante su presentación atípica, se caracteriza inicialmente por una hipoxemia grave con gran disociación clínico-gasométrica y clínico-radiológica, en relación a una endotelitis vascular, trombosis y angiogénesis pulmonar.

La hipoxemia aparece por limitación al intercambio gaseoso a través de la membrana alveolo-capilar. Los mecanismos más aceptados son la disminución de la capacidad residual funcional, producida por el gradiente hidrostático que conduce a colapso alveolar, y la ocupación de unidades alveolares por parte de proteínas y detritus.

Gattinoni et al. postularon que los pacientes con COVID-19 – índice Pa/fiO₂ < ó > 84, presentan dos fenotipos distintos: Fenotipo L (*low*) y fenotipo H (*high*) de acuerdo con manifestaciones clínicas, radiológicas y de mecánica respiratoria.

Los fenotipos L y H se comportan de forma diferente y por tanto la terapia ventilatoria utilizada fue diferente con resultados óptimos, aunque inciertos.

¿Qué hicimos nosotros y cómo hemos vivido esta pandemia?

Con gran interés y esfuerzo, nos preparamos, técnica y científicamente. Seguimos protocolos realizados en base a lo publicado con contrastada relevancia científica. Los pacientes que ingresaron con COVID en nuestro hospital, cuando presentaban criterios de gravedad (en base a la clínica y al índice de Horowitz –PaO₂/fiO₂), decidíamos su ingreso en UCI. Los pacientes con grave afectación pulmonar e intercambio gaseoso comprometido, eran conectados a sistemas de asistencia respiratoria invasiva, a veces agresiva, en modo P/C (presión/control) y con maniobras de reclutamiento alveolar, finalmente cuando no respondían, se realizaban maniobras de pronación y supinación cada 48 horas para ganar tiempo y supervivencia.

La técnica de pronación, siguiendo el conocimiento del “pulmón esponja”, en la que un cambio postural gravitatorio, con V/Q baja, al cabo de un tiempo, manifiesta una mejoría significativa de la oxigenación por aumento de V/Q, tendente a 1.

EMPLEO DE OTRAS TÉCNICAS DE OXIGENACIÓN

El uso de membranas de oxigenación extracorpórea (ECMO) para el SDRA durante la epidemia del virus de la gripe A (H1N1) en 2009, nos enseñó mucho sobre la utilidad de dicha técnica con evidencia, en relación a la mortalidad y sus complicaciones.

Publicaciones de estudios multicéntricos con grandes muestras de pacientes ponen de manifiesto mortalidad muy variable (media ponderada sobre 37,1%) pero con clara relación a la duración de la terapia de la ventilación mecánica y un alto nivel de complicaciones.

En nuestra casuística del HUVR de 2020 a 2022, se ingresaron unos 10200 pacientes con una mortalidad global de 823 pacientes (8.06%). Del total de pacientes ingresados terminaron en UCI, 1228 pacientes (12%) y la mortalidad de esa muestra fue de 223 pacientes (18.5%). En situaciones desesperadas (28 casos) utilizamos técnicas de ECMO. 11 de ellos con PRONO + ECMO y 17 casos con ECMO únicamente.

El estudio de este grupo, mostró mayor mortalidad con significación estadística ($p < 0.05$) en el número de días de estancia en UCI y número de días de ECMO, siendo menor la mortalidad en aquellos casos en que utilizamos técnicas de reclutamiento alveolar con pronación y posteriormente ECMO.

Una reflexión general de la pandemia vivida, con visión holística, me lleva a una serie de conclusiones:

Conclusiones éticas: Las crisis vitales promueven la reflexión humana. La falta de valores aparece frente al dolor, la muerte y el sufrimiento.

Esta pandemia nos ha hecho reflexionar en cómo afrontarla, pero no solo son necesarias las acciones personales y comunitarias si no también las políticas para poder contar con los medios y medidas que apoyen las acciones reguladoras interpuestas. La reflexión en torno a la vulnerabilidad humana nos ha llevado a generar mejores estrategias de comprensión y ayuda social.

Si bien el sufrimiento es vivencial y no puede ser completamente compartido, si existe empatía social que permite llegar a la búsqueda del bien y la justicia. También es necesaria una formación moral y técnica de las personas para afrontar el desafío.

Consecuencias médicas: Aunque la falta de información constituye un grave problema, en esta pandemia la excesiva información aportada en estos años ha conducido a errores inapropiados, por falta de estudios sin evidencia científica. Tratamientos farmacológicos ineficaces, se implantaron sin una medida adecuada. La aparición de nuevas intervenciones no farmacológicas fue implantada, pero sin evaluación objetiva.

EVALUACIÓN DE LOS DÉFICITS: Muchos países, a la hora de adoptar medidas de impacto, han fallado o lo han hecho de manera poco eficaz. En muchos casos la causa ha podido ser una clara **falta de recursos** y de **estructuras** en el ámbito de la salud pública.

Un análisis profundo de las actuaciones frente a la pandemia desde ámbitos económicos, políticos, sociales y sanitarios ha permitido detectar qué oportunidades de mejora existen. Por encima de todo destaca la necesidad de establecer una **red social más fuerte, mejor salud pública**, y una **mayor capacidad de respuesta** no solo del Estado, sino a través de la cooperación internacional.

SOLUCIONES IMPLEMENTADAS

1. Mejora en las estructuras de salud pública

Países como el Reino Unido que ya cuentan con estructuras propias de salud pública (Diseño de los Objetivos del Desarrollo Sostenible), han rede-

finido sus prioridades centrándose en la reducción de las desigualdades en salud y mejorar el acceso a los tratamientos más recientes y efectivos.

En España, la creación de un centro similar ya se describía en la Ley 33/2011, de 4 de octubre (Ley General de Salud Pública), pero no ha sido desarrollada ni implementada hasta la fecha. Para lo que sí ha servido es para la creación del Centro Estatal de Salud Pública que tendría dos principales ámbitos de actuación:

Vigilancia en salud pública.

Preparación y coordinación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública (epidemias, cambio climático, inundaciones, etc.).

2. Mejora en la distribución de los recursos del gasto sanitario y coordinación entre las estructuras sanitarias

Un déficit detectado en esta pandemia en el ámbito de la salud pública, está relacionado con la asignación económica de la Atención Primaria, como muestra la estadística del Gasto Sanitario Público del año 2019 publicada por el Ministerio de Sanidad.

3. Mejora en las directrices de la investigación

Durante este último año, se ha producido un avance en la investigación sin precedentes tanto en tratamientos como en vacunas. No obstante, no se ha producido el mismo esfuerzo en la investigación relacionada en el ámbito de la salud pública.

Se está iniciando, desde el Gobierno, iniciativas en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial, el desarrollo y explotación de *BIG DATA* y *Machine Learning*.

Concluyo con una reflexión del filósofo griego, *Platón*:

“Podemos perdonar fácilmente a un niño que tiene miedo a la oscuridad; la verdadera tragedia de la vida es cuando los hombres tienen miedo a la luz”

¿Qué hacer cuando el miedo nos invade y bloquea desde esos dos extremos, el de la vida y la muerte? Como enfrentar esa doble desolación. Las personas, más expuestas a los efectos de la pandemia que nos ha afectado o aquellas otras, víctimas de desgracias mayores, que buscan incansables refugios a sus males. En los dos casos, al miedo de una muerte probable, se suma el temor a una vida en que la familia, los amigos, la tierra que se pisa, el sosiego o el bienestar, se ha *vuelto extraño*, lejano, hostil o sospechoso.

Con ese pensamiento filosófico, Platón quiere indicar que la ignorancia es entendible pero la única forma de vencer al miedo es el conocimiento.

Debemos seguir aprendiendo.

Muchas gracias

“MEDICINA Y SOCIOLOGÍA: UNA ALIANZA VITAL”

D. Julio Cuesta Domínguez

Excmo. Sr. presidente de esta Real Academia de Medicina
y Cirugía de Sevilla
Ilmos. Sres. académicos miembros de su junta directiva
Ilmos. Sres. académicos
Autoridades
Señoras, señores
Amigos todos:

Vino Dios a poner en mi camino a una preciosa y dedicada enfermera que, con el entusiasmo, la emoción y la humanidad de su trabajo diario me ha mantenido muchos años muy cerca de la vida, del dolor, de la esperanza y del desconsuelo. Largas noches de servicio y ausencia, turnos que se hacían muy cortos o parecían no terminar nunca... Por su profunda y admirable vocación, hasta en algún momento me sentí arrepentido de no haberme dedicado a la Medicina, a aquella Medicina que ella me acercaba tan fresca, tan satisfecha, tan esperanzada, tan comprometida y, muchas veces, tan dolorida.

Además, como todos saben, he estado muy cerca del paciente, del voluntario, del médico, y de una sociedad movilizada contra el sufrimiento y a favor de la vida en la Asociación Española contra el Cáncer que, sin ni siquiera imaginármelo, presidí en Sevilla y a cuyo Consejo Nacional pertencí durante unos años de gran trascendencia para la Asociación y para mí.

El cáncer es el principal problema sociosanitario a nivel mundial. En nuestro país, en concreto, hubo más de 290.000 personas diagnosticadas de cáncer en el 2022. Se prevé un incremento del 5% en el 2025 y del 13,8% en el año 2030. Son datos que, aunque bastante concluyentes, deben ser tomados con precaución, ya que hay múltiples factores, como veremos, que pueden modificarlos, como son cambios en la prevalencia de factores de riesgo ambientales, de hábitos de vida, o de otras políticas de prevención primaria del cáncer.

Por otra parte, el último estudio, pionero en su género, realizado por la Asociación, revela unas consecuencias sociales verdaderamente escalofriantes. El cáncer en España supone un coste anual, en cifras de 2018, de 19.300

M€ lo que representa el 1,6% del PIB español. El 45% de esa cantidad, 8.700 M€, es asumido por las familias. Y el 48%, 9.300 M€, son costes médicos directos. Los costes directos no médicos, es decir, transporte, alojamientos y dietas, son 2.200 M€.

El cáncer ocasiona, además, unos efectos sociológicos verdaderamente alarmantes. Así, 130.000 pacientes quedan en riesgo de pobreza por diagnóstico de cáncer.

La pérdida de productividad por bajas, incapacidades y muerte prematura, alcanzan los 7.700 M€.

El quebranto medio mensual de ingresos en hogares con pacientes de cáncer es de 771€.

“Mutatis mutandi”, traslademos estos datos a la España de principios del siglo XX. Por eso, me atrevo a decir que ante el dramatismo de la enfermedad y de sus efectos, la Medicina, prácticamente indefensa, origina/promueve un movimiento social, amparado por unos factores sociales ciertamente, que propicia el inicio del desarrollo de la Medicina específicamente contra el cáncer.

Había habido movimiento de la sociedad en la lucha de la Medicina contra la enfermedad. En 1923, con el patrocinio de la reina Victoria Eugenia se crea la Junta de Damas de la Liga Española Contra el Cáncer, y se celebra el Primer Congreso Internacional de la Lucha Científica y Social Contra el Cáncer, que resultó en la creación de la Unión Internacional Contra el Cáncer.

Y, desde su fundación en 1953 por el empresario catalán del textil, don José Biosca, 70 años ya, la Asociación Española contra el Cáncer es la mejor ilustración de cómo desde las estructuras sociales se originan determinantes que inciden, de manera decisiva, en la práctica médica. Y en consecuencia en la salud de las personas.

Tenemos muy cerca dos hitos: la instalación en Sevilla de la primera bomba de cobalto de toda la región con el patrocinio de la Asociación Española contra el Cáncer, en el Hospital de las Cinco Llagas. Y la creación del Centro Regional de Oncología, en el Pabellón Vasco de la Exposición Iberoamericana de 1929, dependiente y gestionado por la Asociación Española contra el Cáncer, con cien camas de hospitalización.

El papel de personalidades tan próximas a nosotros, como el Dr. Enrique Stiefel que dirigió el Centro en el Pabellón Vasco, y el de mi particularmente entrañable Dr. Moreno Nogueira, padre de la especialidad, Medalla de Oro de Sevilla, prolífico autor de literatura sobre el cáncer, y maestro de toda una generación de oncólogos, están en la historia de esa vinculación entre la Sociedad y la Oncología. A mi querido José Andrés nunca sabré cómo agradecerle suficientemente su cercanía personal, su sabiduría y su dedicación como presidente del Comité Técnico de la Asociación durante muchos años.

Y así, el desarrollo de la Oncología en España, y en particular en Andalucía, no puede comprenderse sin ese vínculo entre sociedad y medicina representado por la Asociación Española contra el Cáncer en cuatro ámbitos: el terreno asistencial y de ayuda, en el de la prevención secundaria y primaria, y en el desarrollo de la investigación. Y, casi por encima de todo, de la movilización de recursos y estructuras sociales a favor de la Medicina contra el cáncer, y a favor de paliar los efectos sociales adversos causados por la enfermedad.

Profeso al Dr. Don Pedro de Castro una profunda y larga admiración y un cariño sincero desde que, hace años, tuve la suerte de conocerle en las actividades relacionadas con la Medicina de Empresa que organizamos en mi querida Fundación Cruzcampo. Yo creía que le tenía mucho cariño, pero con su presentación, tan afectuosa, me ha venido a demostrar que quizás me quedo corto. Su presentación sólo puede ser resultado de su cariño y de su respeto. Se lo agradezco en el alma. Muchas gracias, querido Pedro.

Con su presentación, hoy, la vida me trae aquí, al encuentro con este Parnaso del saber de la salud, cuya acogida me llena de honor, de orgullo, de gratitud, y de un cierto rubor. Es mucha la historia y el conocimiento atesorados por esta Regia Academia de Medicina, la más antigua del mundo, existente por Real Cédula de 25 de mayo de 1700, para no sentirme de algún modo intimidado. Sin duda, la generosidad de los señores académicos ha sobrevalorado mis méritos. Pero, recordando a Winston Churchill, las distinciones no se han de buscar, tampoco se deben rechazar, porque sirven demostrar a quien te distingue su acierto o su error al conceder a uno la distinción.

En cualquier caso, con acierto o con error, vengo dispuesto a dejarme contagiar e infectarme del conocimiento y de la calidad humana y profesional de los que hoy me acogéis, y, contando con vuestro estímulo, es mi propósito contribuir con todo mi interés y lealtad a lo que esta Real Academia me requiera.

Estoy convencido, por otra parte, que la apertura de estas instituciones a personas procedentes de otros ámbitos del conocimiento y experiencias profesionales es conveniente. Es más. Es necesario. Todo es ya multidisciplinar. No hay ya ni una sola disciplina que pueda cabalgar sola. El conocimiento todo lo inunda, todo lo invade. La ciencia, es decir, el saber, es como la mancha de aceite que acaba llenando todo hasta que se agota. Y no es el caso.

Por su parte, los propios filósofos de la ciencia siguen debatiendo el alcance de ella misma en cuanto a contenidos, conceptos, hipótesis, teorías y paradigmas. Mas, como estamos viendo, afortunadamente los límites de ella misma se expanden a nivel exponencial hasta las fronteras, de momento infinitas, de Dios.

Precisamente por esto, desde que comencé a reunir estas ideas y poner en suerte el toro de mi intervención, he asumido que la faena se ponía cada

vez más compleja para abordarla en el necesariamente corto tiempo con el que cuento. Sin embargo, no renuncio a compartir con ustedes sólo un esbozo sobre un asunto que su amplitud y trascendencia lo hacen verdaderamente actual, y cuyo marco de referencia he situado en mi formación y en mi experiencia en la Asociación Española contra el Cáncer.

Se trata de la relación entre Sociedad y Medicina, entre la Ciencia Médica y la Sociología. De la concordancia de ambas, y de cómo tal relación converge en una disciplina académica y profesional: la Sociología de la Medicina.

Esta disciplina ha evolucionado con rapidez hasta ser hoy un ámbito de análisis y de trabajo objetivo e independiente, con su propio método, que viene generando una considerable literatura científica.

Auguste Comte fue el formulador de la doctrina del positivismo. Acuñó y describió por vez primera la Sociología en 1838. En su relativamente corta vida, la Sociología y, en consecuencia, la Sociología Médica han experimentado un gran crecimiento en todo el mundo en cuanto al número de especialistas que se dedican a ella.

En los Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Alemania, Holanda, los sociólogos de la Medicina constituyen ya el mayor grupo en cuanto a especialidad dentro de la Sociología. Los sociólogos médicos forman ya la tercera sección, entre las 53 secciones, en volumen tanto en la American Sociological Society como en las asociaciones profesionales del Reino Unido y Alemania.

Y ¿cuál es la razón? Únicamente que ha tomado cuerpo el significado de la relación, estrecha e ineludible, vital, entre los diversos factores sociales, objeto de la ciencia sociológica, y el nivel de salud de las personas, los grupos y las sociedades, objeto de la ciencia médica.

La ciencia sociológica centra su estudio en las causas y las consecuencias sociales de la conducta del ser humano, y por tanto la Sociología Médica, tiene como objeto el estudio, el análisis, la interpretación de las causas sociales y sus consecuencias en la salud y en la enfermedad, y viceversa. Es decir, cómo el mundo de la salud y de la enfermedad ocasiona efectos sociales, económicos y políticos, incluso.

He de insistir. Lo que hace importante a la Sociología de la Medicina es el papel, a veces crítico, que juegan los factores sociales en la determinación de la salud y su influencia en los resultados de la propia salud. Los estilos de vida, los tipos de trabajo, la clase social, los niveles de pobreza, la discriminación, los diversos factores económicos, las condiciones geográficas, las políticas públicas de salud, numerosos aspectos antropológicos, como la religión misma, afectan de un modo u otro a la salud de las personas y de los grupos sociales.

Está claro que hay factores sociales determinantes en el origen de los problemas de salud individual y colectiva. Factores que son asimismo deter-

minantes en gran parte de las soluciones. Puede afirmarse con William Cockerham, uno de los más activos estudiosos de la Sociología Médica, que “la sociedad puede enfermarte o, por el contrario, la sociedad puede promover y favorecer tu salud”.

¿Cómo se ha llegado hasta aquí? El camino no ha sido fácil. Pero se han dado pasos muy seguros.

Aunque Frederick Engels, colaborador de Karl Marx, en un tratado relacionó con el capitalismo la mala salud de la clase obrera, y aunque Emile Durkheim analizó el suicidio en Europa en 1897, ni Marx, ni Engels, ni Durkheim, ni Max Weber, ni otros teóricos clásicos se ocuparon del papel de la medicina y la sociedad. La razón es que estos fundadores de la ciencia sociológica no tomaban en consideración la Medicina porque consideraban que no formaba parte de la estructura y naturaleza de la sociedad. La Medicina era un mero instrumento, una función, en nada relacionada con la estructura social. Craso error, pero comprensible en los albores o primeros pasos de la ciencia.

Precisamente por ello, los primeros pasos de la Sociología Médica fueran protagonizados por médicos y no por sociólogos. El término Sociología Médica apareció por vez primera en un artículo escrito en 1894 por un médico, Charles McIntire, sobre los factores sociales en la salud. Medicina y sociedad fue el contenido de otro ensayo publicado por la primera mujer médico en Estados Unidos, Elisabeth Blackwell, en 1902. Curioso es también el libro publicado en 1909 por el Dr. James Warbasse titulado *Medical Sociology* sobre los médicos como una clase social única. En 1927 Bernard Stern en su obra, *Social Factors in Medical Progress* no puede expresar mejor el inevitable vínculo entre Sociología y el progreso en la Medicina.

Y sin abundar más en los primeros balbuceos de la disciplina, es interesante el caso del médico y biólogo Lawrence Henderson que se interesó en los años 30 por la teoría sociológica y cambió de carrera para dedicarse a la enseñanza de la Sociología en la Universidad de Harvard. Henderson tuvo entre sus alumnos al personaje hasta ahora más influyente en la historia de esta disciplina, Talcott Parsons.

Pero la Sociología Médica no despegó con cierta solvencia conceptual, teórica, e incluso metodológica y práctica, hasta después de la II Guerra Mundial, en una alianza que aquellos años hacían muy necesaria ya entre Sociología y Medicina. Una obra clave es la publicación en 1958 de *Social Class and Mental Illness*, de August Hollingshead y Frederick Redlich. Esta obra atrajo tanta atención de la comunidad internacional que continúa siendo la más reconocida sobre la relación de la enfermedad mental y la clase social del paciente.

Una circunstancia que influyó en el desarrollo de la Sociología Médica fue la presión de las administraciones públicas para producir estudios

de aplicación tanto a la práctica médica como a la formulación de políticas sanitarias. Había un apremio ya para encontrar el enlace científico entre Medicina y Sociedad.

Si bien, hasta este momento, la disciplina se había basado en aquella filosofía positiva de Comte, en el esfuerzo empírico, en el dato, el año 1951 fue clave para orientar la Sociología hacia la consolidación de cuerpo teórico, conceptual, epistemológico de referencia obligada sobre la Sociología Médica.

Fue el año de la publicación de *The Social System*, de Talcott Parsons, biólogo y sociólogo, profesor de Harvard, quien formuló, contrariamente a los clásicos mencionados, la teoría general de sistemas. Teoría que estudia los principios aplicables a los sistemas en cualquier nivel en todos los campos de la investigación. Un sistema se define como una entidad con límites y con partes interrelacionadas e independientes cuya suma es mayor a la suma de sus partes. El cambio de una parte del sistema afecta a las demás y, con esto, al sistema completo, generando patrones predecibles de comportamiento.

En este modelo estructural funcionalista de la sociedad en la que los sistemas sociales están relacionados con sistemas personales y culturales, Parsons introduce además el papel del enfermo. Llega a decir que “la enfermedad es un estado de perturbación en el normal funcionamiento del individuo total, incluyendo tanto el estado del organismo como sistema biológico como sus ajustes personales y sociales. (La enfermedad) es, por tanto, definida tanto en parte biológicamente como en parte socialmente.”

Parsons formula un análisis de la función de la Medicina desde el punto de vista de la sociedad, y describe un conjunto de expectativas según normas y valores relativos al estar enfermo tanto para el paciente mismo como para todo lo que se relaciona con él. Parsons, además, señala que la sociedad otorga a los médicos una función de control social similar a la de los sacerdotes, como forma de control de las desviaciones de la conducta.

Con esta obra, un siglo después, prácticamente, Parsons establece el punto de enlace con los teóricos clásicos que no creían que la Medicina fuera parte de la estructura de una sociedad.

Parsons contribuyó notablemente, si no como el que más, a que la Sociología Médica se convirtiera en una disciplina académicamente respetable y definida.

Ya puede concluirse que, si se ha alcanzado mucho en el estudio de la salud y la enfermedad, se debe al creciente reconocimiento de la importancia de los factores sociales que actúan como determinantes en casi la totalidad de los casos.

En cuanto a la actualidad, la aparición de enfermedades infecciosas, como una amenaza importante para la salud humana, presenta un enorme

desafío para la Sociología de la Medicina tanto por las causas naturales y sociales que puedan producirlas como por un potencial bioterrorismo, como factor social de casi nueva aparición.

Cuando el ser humano pasó del nomadismo al sedentarismo, de la caza a la agricultura, el contagio adquiere un carácter social. Ya, en el siglo XIX, causas sociales como la mejora en la nutrición, los niveles de vida, las medidas de salud pública y los avances médicos producen una reducción de las enfermedades infecciosas, y también un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas con sus consecuencias sociales. Y en el siglo XXI, en nuestros días, estamos otra vez en una nueva transición con enfermedades infecciosas que pensábamos que no volverían o no aparecerían.

Tanto el auge de la urbanización, la globalización y quizás el calentamiento global son los están produciendo este cambio. Ahora sabemos que cuando el cirujano general de los Estados Unidos escribió en los años 70 que “era el momento de cerrar el libro sobre las enfermedades infecciosas como importante amenaza para la salud”, no tenía razón.

Algunos patógenos han mostrado una enorme resistencia a los antibióticos, ciertos insectos han resistido con éxito a los plaguicidas, y el hombre ha creado ciertas perturbaciones ecológicas que han descubierto nuevas enfermedades. Algunos virus desconocidos y mortales como el VIH, el Ébola, la fiebre Lassa, el virus de Marburg o el Zika, han surgido de áreas tropicales o sabanas en las que se ha introducido un número cada vez mayor de asentamientos humanos. Con un problema en particular: su aparición impredecible, su patogénesis desconocida en principio, y presentan una gran dificultad para ser controlada por la falta de vacunas eficaces y falta de preparación de las autoridades gubernamentales. Además, la globalización y la generalización de los viajes han propiciado la propagación de tales enfermedades.

Por lo tanto, el estudio de los factores en relación con la propagación de las enfermedades infecciosas gana cada vez más importancia y necesidad para la Sociología de la Medicina en el siglo XXI.

He mencionado el bioterrorismo. Es decir, el empleo criminal de patógenos o sustancias dañinas contra la población. El bioterrorismo es una amenaza real. La información de la que dispone Interpol actualmente revela que tanto las personas como los grupos terroristas y los delincuentes tienen la capacidad y el ánimo de usar agentes biológicos para provocar daño a la sociedad. De bioterrorismo se han producido ya varios episodios como:

El brote de gastroenteritis en Oregón en 1985 originado por una secta religiosa que contaminó ensaladas con salmonela, el ataque con Gas Sarín en el metro de Tokio en 1995 que mató a 14 personas e hirió a 6000, el ataque con ántrax en 2001, en Estados Unidos, cuya fuente, identificada por el FBI,

fue un microbiólogo del ejército en Maryland que se suicidó cuando fue a ser detenido por la policía.

En estos años recientes, y como estarán ustedes pensando, a todos nos inquieta aún la incógnita sobre el origen de la primera pandemia global que se desata con el coronavirus.

Por todo lo dicho, es necesario comprender:

Que el impacto de la sociedad en su conjunto en la medicina es cada vez más importante para prevenir y hacer frente a los “nuevos” trastornos de la salud.

Que tal asociación obliga a una más estrecha relación entre la medicina y las ciencias sociales.

Que los sociólogos de la Medicina están abocados a estar con más frecuencia en las facultades de todas las ciencias de la salud.

Y que ya, hoy, gran parte de la investigación en medicina social y salud pública se apoya en conceptos, métodos y repositorios desarrollados por las ciencias sociales.

Uno de estos repositorios, el Observatorio, es la Asociación Española contra el Cáncer. Su lema: Todos contra el Cáncer, ilustra a la perfección el contenido de lo que venimos diciendo. Todos contra el cáncer significa sociedad y medicina juntas.

Es un movimiento social agrupa a personas, empresas e instituciones en torno al cáncer. Son más de 609.000 socios, algo menos que la Cruz Roja en España, los que soportan la Asociación, 18.500 en Sevilla(14.900 hermanos de la Macarena), y no necesariamente pacientes, 35.000 voluntarios, y más de 2.000 empleados y especialistas que movilizan sentimientos, voluntades, conocimiento y servicio. Es un movimiento social casi insólito total de vinculación de la sociedad con la Oncología.

Como escribía hace unos días en ABC el profesor Francisco Fernández resulta ilusorio pensar que los problemas sanitarios pueden abordarse al margen de lo social y que la medicina tiene respuestas para todo. Y bajo un punto de vista estrictamente sociológico se van tomando medidas como la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria ya establecida desde el pasado año.

Sociología y Medicina. Con eso asumido pueden establecerse y alcanzarse grandes metas de trascendencia médica, social, económica y política. En la lucha contra el cáncer, por caso, la meta es lograr con fundamento científico el 70% de supervivencia en 2030. Y es posible mediante el compromiso firme de la sociedad, empresas, instituciones, partidos políticos, administraciones con la Medicina.

Incrementar la prevención del cáncer, trabajando en los determinantes sociales con foco específico en conseguir en 2030 la primera generación libre de tabaco.

Incrementar los programas de detección precoz del cáncer y garantizar el acceso equitativo a estos programas, sobre todo en los cribados de colon, pulmón y cérvix.

Dotar de los recursos necesarios a la investigación oncológica y garantizar el acceso de los resultados de investigación al paciente.

El año pasado se han concedido 195 ayudas a la investigación por un total de casi 25 millones de euros, teniendo comprometido un total de 92 millones de euros, con más de 1.000 investigadores en 141 centros de 32 provincias. Se han producido 219 artículos científicos de proyectos financiados por la Asociación. La Asociación es hoy la entidad privada que más invierte en investigación contra el cáncer.

Y concluyo: Estudiar esos fenómenos, analizar su aplicación, definir pautas de implantación a los diversos niveles es el objeto de la Sociología Médica. Analizar cómo eliminar condicionantes dentro del sistema, como hemos visto en la fórmula de Parsons, nos ayuda a abrigar esperanza de que esta alianza entre Medicina y Sociología nos lleve a una sociedad que, como sistema, tenga a la ciencia médica y a todos sus componentes en el objetivo de un mundo mejor, más saludable y feliz.

Sólo me queda decir que todo esto, señor presidente, señores académicos, señoras y señores, es lo que he llamado Salud y Sociedad, Medicina y Sociología. Una alianza vital, una alianza en la que a la humanidad le va la salud y la vida.

Muchas gracias

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (II)

DÍA 5 DE OCTUBRE

Dra. Carmen Echevarría Pérez de Vargas, presentada por el
Dr. Sabaté Díaz

Dra. María Dolores Franco Fernández, presentada por el
Dr. Domínguez-Rodiño



Dr. Domínguez-Rodiño, Dra. Franco, Dr. Infantes, Dra. Echevarría y Dr. Sabaté

“ATENCIÓN INTEGRAL A LAS SECUELAS DEL TRAUMA GRAVE NEUROMUSCULOESQUELÉTICO. IMPULSO MULTIMODAL A LA REHABILITACIÓN MÉDICA”

Dra. Carmen Echevarría Ruiz de Vargas

Excmo. Sr. presidente
Ilustrísimos Sres. académicos de número
Académicos correspondientes
Autoridades
Sras. y Sres.

Agradezco la confianza depositada en mi para ingresar en esta magnífica Institución y en especial a mis mentores el Ilmo. Prof. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez, la Ilma. Prof. D^a. Salud Borrego López y el Ilmo. Prof. D. Guillermo Izquierdo Ayuso.

Al Ilmo. Prof. D. Juan Sabaté, mi más cariñoso agradecimiento por su amable y generoso discurso de presentación ante esta excelente audiencia y por su apoyo extraordinario a la atención a la Discapacidad y Readaptación, durante más de 30 años, desde el área de y Radiología y Terapéutica Física.

Agradezco al Ilmo. Prof. D. Juan Bautista Alcañiz mis primeros pasos en la Academia, y a la Ilma. Prof. D^a. Auxiliadora Espinar García la dirección de mi Tesis Doctoral, al Dpto. de Anatomía y Embriología por su acogida, desde el Prof. José Luis Ramos Latorre (†), tío paterno, hasta la actualidad; al Dpto. de Cirugía en las personas del Prof. Fernando Docobo Durántez y del Prof. Pedro Antonio Infante Cossío por su hospitalidad y tutorización de las tesis doctorales de Medicina de Rehabilitación; a mis compañeros de los Servicios de Rehabilitación y Medicina Física de Sevilla por su generosidad en la cooperación de la mejora continua de la calidad e innovación de nuestras actuaciones.

Mi agradecimiento entrañable a Cristina, mi hija, a Pilar y Cristina, mis hermanas, Pepe y Pedro, mis cuñados, Pepe y Pablo, mis sobrinos, a tío Mi-

guel Ruiz de Vargas, a mi familia, por estar siempre ahí y a Sofía, mi sobrina nieta, la alegría de todos.

Por último, un recuerdo muy cariñoso, hasta el infinito, donde estén, al Ilmo. Juan Francisco Muñoz y Pabón, tío bisabuelo materno (Hinojos), Canónigo de la Catedral de Sevilla y miembro de Número de la Real Academia Sevillana de Buenas Letras; al Dr. Manuel Ruiz de Vargas y Páramo (Ldo. 1870), bisabuelo materno (Hinojos), “médico de huesos y ejercicios”; Dr. Miguel Ruiz de Vargas Muñoz (Ldo.1917), abuelo materno (Hinojos), medico de Dos Hermanas, asiduo colaborador en los accidentes en “la recta de los Palacios”; a Flora Ruiz de Vargas, mi madre, inteligente, generosa, innovadora, mi estrella de la mañana; a Manuel Echevarría Ramos, mi generoso padre, que siendo viudo muy joven y yo la hija mayor, no me quito del colegio (Sagrado Corazón-Fundación Spínola) y al Dr. Antonio Leal Luna, mi esposo, noble compañero en la medicina y en la vida, internista del Hospital Universitario Virgen Macarena.

La historia de la Rehabilitación (RHB), nos habla desde la antigüedad sobre la aplicación de procedimientos físicos y tecnológicos aplicados a las ciencias médicas, botinas de cuero, bastones, garfios, piernas “de palo”, termas, barros, sobre todo relacionados con traumatismos, amputaciones y dolor musculo/esquelético.

Sídney Licht, conservador honorario de la colección de Medicina Física de la Biblioteca Médica de la Universidad de Yale, descubrió que Cristóbal Méndez, nacido en Lepe (Huelva), escribió la 1ª obra impresa en el mundo sobre ejercicio terapéutico, El libro del “Ejercicio Corporal y de sus Provechos por el cual cada uno podrá entender qué ejercicio le sea necesario para conservar su salud”, publicada en Sevilla en 1553; dieciséis años antes que “De Arte Gimnastica” (Venecia 1569), de Hieronymus Mercurialis, considerada la 1ª durante muchos años. Joaquín Decref (1864) fue precursor de la Terapéutica Física en España y en 1942 destacamos a Juan Luis Vives creador de los Sistemas Municipales de Protección al Desamparo. El punto de inflexión lo señalaremos tras la 2ª Guerra Mundial, la idea de la “Reeducación” cobró vigor en toda Europa y EEUU, donde “legiones de inválidos”, reclamaban su reincorporación a la sociedad y unas “necesidades médicas diferentes” así como también las reclamaban personas con secuelas de poliomielitis, talidomida, ictus y otras. Howard Rusk consolida la Especialidad en EEUU en 1947 y en España se consolida en 1969.

Petra Ramos Carretero (Fig.1), mi abuela paterna, de Vinuesa (Soria), con secuelas de Trauma Grave (TG), pedía lo mismo, “hija, debería de haber médicos de inválidos”, tras narrar un sinfín de problemas de dolor e impotencia funcional no satisfechos por el “bueno de Don Eduardo”, más tarde el artículo 49 de la Constitución Española consolida este derecho: “Los poderes públicos realizaran una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e

integración de los discapacitados físicos, sensoriales y psíquicos a los que se prestará atención especializada”.

Las secuelas del TG impulsan a la Cátedra de Terapéutica Física del Prof. Juan Ramón Zaragoza Rubira al desarrollo de la Cátedra de Rehabilitación ocupada por el Prof. José Pérez Castilla hasta el año 2004. Bajo el gobierno de la ex decana Excm. Doña Carmen Osuna (†), de la Ilma. ex vicedecana Auxiliadora Espinar, del Ilmo. Prof. D. Juan Sabaté y del Boletín Oficial del Estado (BOE:15/02/2008), nace de la “Competencia 150” la asignatura de “Rehabilitación Medica”, en la vanguardia de las Universidades Españolas, diseñada por Carmen Echevarría Ruiz de Vargas y Manuel Rodríguez Piñero Durán, con 3 créditos ECTS, incorporando a los profesores: Dr. Tallón R, Dr. Madrazo F, Dr. Galván A, Dr. Conejero JA, Dr. Expósito J, Dra. López A M^a, Dra. Jiménez A y otros. Las secuelas del TG y sus derivadas son nucleares en las sesiones clínicas semanales basada en evidencias, “Critically Apraised Topics” (CATs), dirigidas por el Dr. Rodríguez J, Dr. Expósito JA, Dr. del Pino R y Dra. Echevarría C¹, en la sesión matinal, dirigida por la Dra. Barrera M y en la Formación Continuada, coordinada por la Dra. Martínez Sahuquillo E.

Desde finales de los años 60 del siglo XX, la excelente labor clínica diaria: valoración cardiorrespiratoria, neurológica, de vías urinarias, de la piel, situación funcional, etc., que se realizaba en los servicios de Rehabilitación con hospitalización de pacientes con secuelas complejas, se continuaba en consultas externas (CCEE) con la valoración clínica de las secuelas, del daño corporal y la realización del informe médico o pericial, sin embargo, la medida de resultados en salud y funcionales no estaba bien resuelta en ningún país.

El Congreso de los EEUU encarga su estudio a diferentes universidades y asociaciones. Hamilton, Granger² y otros, publican en 1987 los “Uniform National Data System for Medical Rehabilitation (UDS). Rehabilitation Outcomes: analysis and measurement”; entre estos datos destaca la puntuación de la escala de la Medida de la Independencia Funcional (FIM) que registra la gravedad de la discapacidad de los pacientes. Las puntuaciones brutas curvilíneas y su transformación logarítmica a través del análisis matemático Rasch, convierten sus intervalos estadísticos en aditivos y unidimensionales, lo que permite tomar decisiones clínicas y de gestión. Esta escala fue adaptada a la población Española en pacientes con Lesión Medular por nuestro grupo³, obteniendo el Premio Nacional al mejor artículo publicado en REHABILITACION (Madr) en 1999. Más tarde y para Medicare, Margaret Stineman⁴ desarrolla “un Sistema de Clasificación de Pacientes de Rehabilitación”. Los criterios de clasificación fueron 4 variables predictoras: 1. Diagnóstico que conduce a la discapacidad; 2. Subescalas FIM motora; 3. Subescala FIM cognitiva; 4. Edad del paciente. El sistema de clasificación contiene 53 “Grupos Relacionados

por la Función” (FRG-FIM) y permite la medida de resultados funcionales y de salud.

La insatisfacción en Andalucía también existía con el sistema de medida de resultados de salud y funcionales e iniciamos el estudio “Gerión 2.0. Tres Instrumentos básicos para la evidencia en Rehabilitación”: a. Conjunto Mínimo y Básico de Datos al alta en Rehabilitación (CMBD_RHB): Diagnóstico de RHB, Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos por la CIE-9; b. Desarrollamos un Tesauro, vocabulario dinámico y controlado de términos relacionados semánticamente, con una selección manual de los 4.996 diagnósticos de CIE-9 más utilizados y c. Diseñamos la Escala de RHB Funcional Hospital Virgen del Rocío (EVFvr)⁵, con una combinación de subescalas: a) Actividades Vida Diaria e Instrumentales de la Olders Americans Resources and Services (OARS), b) FIM Motora, c. escala de Dolor (EVA) y d. Escala cualitativa del grado de deformidad esquelética.

Financiado por FIS: 99/0275 y durante 3 años, desarrollamos⁶ un Sistema de Información para el Servicio de Rehabilitación (Fig. 2) conectando: 1. Estación Clínica, 2. Contabilidad Analítica, 3. Facturación y 4. Marcadores para la BdD del Hospital, dando lugar al artículo “Evaluación de un Modelo de Clasificación de Pacientes de Rehabilitación en Nuestro Entorno”. Premio Nacional 2004. REHABILITACIÓN (Madr): 37(3); 132-142; 2003. Expresión Científica de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF).



Fig. 1. Petra Ramos Carretero, Carmen Echevarría Ruiz de Vargas

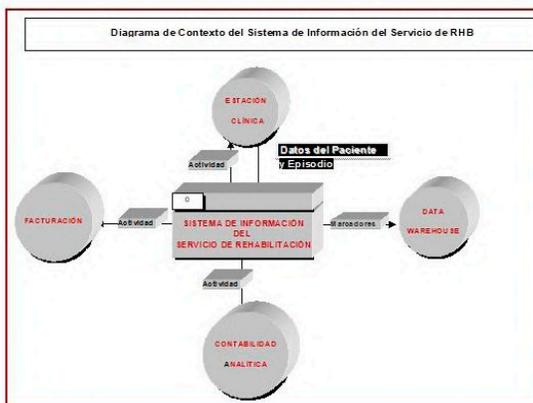


Fig. 2. Sistema de Información para el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Este Sistema de Información venía a completar la medida de resultados funcionales y de salud en la excelente organización del Servicio de Medicina Física y de RHB-HRT. a) Estadio Subagudo: hospitalización de pacientes derivados de UCI a la planta de Neurorrehabilitación; 41 camas

entre RHB-HRT Rocío y RHB-Hospital Muñoz Cariñanos, b) CCEE hospitalarias, c) en la Comunidad: Unidades Periféricas de Rehabilitación (UPR) en Centros de Especialidades/Centros de Salud y d) Soporte a largo plazo en Domicilio y Residencias de SAS. Esta organización es la aconsejada por la Guía de Acción de 2019 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que pide a los Gobiernos garantizar que los Hospitales incluyan Unidades Especializadas de Hospitalización de RHB para pacientes con secuelas complejas, multidisciplinarias y con continuidad entre el hospital y la comunidad.

El interés por la medida de resultados nos llevó en 2006 a desarrollar la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación (UGC-RHB) HV Rocío y en 2011 hasta la actualidad la (UGC-RHB/HyD) Ciudad de Sevilla, donde HyD significa hospitales y distritos, sobre la base de un Acuerdo Anual con Liderazgo compartido²². Los objetivos de esta UGC fueron: 1. Consolidar el circuito de derivación de pacientes de Secuelas de TG Neuromusculares (NMSK), 2. Disminuir la variabilidad no deseable Inter-centros y 3. Consolidar la experiencia en Tecnología de Rehabilitación. Nuestra Tabla de Objetivos e Indicadores, unos 400, contienen más del 50 % relacionados con las secuelas del TG apoyados por las sesiones clínicas (CATs)¹ e inspirados por las ideas de Archie Cochrane († 1988), “no se puede aumentar la eficiencia de Servicios Sanitarios, sin aumentar la eficacia y efectividad de los Procedimientos Médicos”. Este aumento de eficacia y efectividad se desarrolla con la Gestión Clínica, metalenguaje que reduce el mundo a una escala manejable. La UGC-RHB/HyD Sevilla garantiza la atención de secuelas de TG, pacientes complejos y plurideficientes y sus Sub-Unidades derivadas, RHB cardiopulmonar, RHB Vejiga Neurógena y Suelo Pélvico, RHB Infantil, Prótesis y Ortesis, etc. Sin embargo, esta Cartera de Servicios prioritaria en los servicios de Rehabilitación Médica está amenazada según Echevarría C, Galván A y Rodríguez Burgos C, por la gran demanda de RHB para pacientes con dolor mecánico derivados desde múltiples Servicios y más de 23 Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).

Las secuelas del TG impulsan el Intervencionismo Neuromuscular (NMSK) en Rehabilitación con la realización de tratamientos mínimamente invasivos, para tratar la espasticidad y el dolor, guiados de forma precisa por técnicas de imagen y más frecuentemente por ultrasonidos MSK. El Intervencionismo de Rehabilitación inicia su difusión en Sevilla de mane-

22. Permanente UGC-RHB HyD Ciudad de Sevilla, Dra. Carmen Echevarría (Jefe de Servicio HUVR), Doña Trinidad Pérez (Fisioterapeuta Jefe) HUVR), Dra. María Barrera (Jefe Sección HUVR), Dña. Ana Eva Granados (Enfermera Jefe UHVR), Dr. Manuel Rodríguez Piñero (Jefe de Servicio HUVV), Dr. José Antonio Expósito (Jefe de Servicio HUVV, en la actualidad HUVR) y coordinadores de CCEE Dr. Antonio Galván HUVR y Dra. Carmen Rodríguez Burgos HUVR.

ra nacional e internacional por los Drs./Dras., Rodríguez Piñero M²³, Galván A⁷, Zarco M.^a J y otros en la década de los 90. Las Secuelas del TG promueven el desarrollo Tecnológico para RHB con ayudas técnicas, domótica, realidad aumentada, metaverso, telemedicina y biónica. Nuestros proyectos nos llevaron a participar como expertos en la “actualización de la Cartera de Servicios común de Prótesis Externas de MMSS y MMII y otras Tecnologías” (BOE 29, enero 2022).

Las Secuelas de TG estimulan el progreso de los Laboratorios de Análisis de Movimiento (LAM) para “Medidas Instrumentadas de Resultados” en el diseño de intervenciones de RHB Personalizadas (Dra. Gloria Vergara Díaz⁸). Los LAM proporcionan el diagnóstico de la cinética, cinemática y electromiografía superficial de la marcha patológica. Sus informes facilitan las infiltraciones multinivel, cirugía multinivel y alineación de miembros artificiales. Nuestro laboratorio centra su atención en la evaluación biomecánica de la marcha patológica en pacientes neurológico, niños con parálisis cerebral y personas con prótesis y ortesis, bajo la responsabilidad de Dra. Zarco M.^a J, Fisioterapeuta. Alcázar E, Dra. Ferrand P, Dr. Fdez. Torrico JM y otros²⁴.

Dentro del programa de Acción Europea de Seguridad Vial 2011-2020/2030 y con el objetivo de reducir la mortalidad al 50%, se desarrolla el Plan de Accidentabilidad Andaluz (PIAA-2007/actualidad), con 181 líneas de acción agrupadas en 3 líneas estratégicas y bajo la dirección de la Dra. Carmen Echevarría Ruiz de Vargas (Boja 06/05/2009-26/04/2020)²⁵. Se destaca el impulso a la implantación del Proceso Asistencial Integrado (PAI) TG, “Tiempo Dependiente” junto a los otros procesos tiempo dependientes, a) Síndrome Coronario Agudo, b) ICTUS y c) Sepsis, que cruzan líneas de acción con planes operativos del 061 y del Plan Andaluz de Urgencias.

1^a Línea estratégica: PREVENCIÓN. Su programa más emblemático es “SOBRE RUEDAS”, que tiene dos líneas, a) “TE PUEDE PASAR”: con sensibilización en las aulas de institutos de secundaria sobre accidentes y b) 2. “ROAD SHOW: Espectáculo Audiovisual de accidentes de tráfico y con

23. Cursos Internacionales y Nacionales, CEU San Pablo Sevilla, Dr. Rodríguez Piñero Duran M, J, Galván A, Dra. Zarco M^a J, Dr. Jorge Rodríguez, Dra. Inmaculada García, Dra. Patricia Ferrand, Dra. Aguas Santas Sarmiento, Dra. Oliva González, Dra. Begoña Ferrer, Dra. Beatriz Rendón, Dra. Cayetana Sánchez, Dra. Paola Díaz Borrego, Dra. Lola Romero, Dra. Yolanda López, Dra. Victoria Vidal, Dr. José María Mendilibar, Dra. Isabel Molina, Dra. Ana Moreno, Dra. Anabel López, Dr. Bosco Méndez.

24. Zarco Periñán M^a José, Biosca Herrero E, Ferrand Ferri P, Martínez Caballero I, Fernández Torrico JM, Alcázar Rueda E. de Lomas Larrumbide. Ponencia: Laboratorio de análisis de la marcha y su importancia en Rehabilitación. Viernes 17 de mayo. 57 Congreso Nacional Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Sevilla 2019

25. En la actualidad sus responsables son Dr. José Antonio Expósito Tirado, Dra. Arantxa Irastorza Aldasoro, Dra. Marta del Nozal Nalda, Dra. M^a Jesús Campos Aguilera, Dra. Teresa Campos García. Francisco Sánchez Laguna, Eva Martín Ruiz y otros.

la participación de intervinientes locales, Policía, Guardia Civil, Bomberos, Médicos de Urgencias, Médicos de Rehabilitación y Asociación de Personas con Lesión Medular. Llegó en directo a 700.000 jóvenes en el aula y a 100.000 jóvenes en los “Road Show” hasta el año 2020. PIAA cumplió con el proyecto de seguridad vial²⁶, desde 2007 a 2013 y desde entonces está alrededor del 50% en todas las edades.

2ª Línea Estratégica: ASISTENCIAL. Se creó el COMITE AUTÓNOMICO DEL TRAUMA GRAVE, marco de decisiones asistenciales, con convocatoria semestral en SAS y anual en las delegaciones de las 8 provincias andaluzas (Mesas Provinciales). Se reunía a Comités Locales de Hospitales y Distritos de las 8 provincias, este trabajo dio lugar a la creación del Código Trauma, al desarrollo del concepto de Hospital útil para el TG, a la mejora del circuito de derivación de pacientes, a las recomendaciones de los elementos del armario del TG y de la mochila del TG, a Hojas Especificas para TG (2023) de Urgencias y a UCI, así como a Objetivos e Indicadores para las UGCs. Se contactó con más de 400 médicos de diferentes especialidades con una encuesta de 5 preguntas abiertas, sobre estos temas anteriormente señalados y enviada antes de la reunión presencial. Reunimos las 8 mesas provinciales durante 7 años²⁷, lo que dio lugar a 56 Actas Semiestructuradas, con gran conocimiento de la problemática Andaluza de la atención al TG y Secuelas y sus posibles áreas de mejora.

3ª Línea Estratégica: la REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LAS SECUELAS, dio lugar a la creación de:

a) CENTRO ANDALUZ en RED DE ATENCIÓN a la LESIÓN MEDULAR (CARaLM), con 5 años de tarea, 2 Nodos uno en Sevilla y otro en Granada, 22 videoconferencias, 15 protocolos de actuación y el inicio de la línea

b) RHB Integral de las Secuelas de Traumatismos craneoencefálicos (TCE) y Amputaciones Traumáticas. Esta segunda línea impulsa el desarrollo o uso desde 2013 por Médicos de Rehabilitación y con asesoramiento de otros profesionales, programas de RHB/Neurocognitiva como Smartbrain⁹, Tecnología Asistiva¹⁰, preliminares de estudio de la dinámica Fractal de Conciencia¹¹ y por el PIAA en la actualidad con diferentes programas.

26. Gracias al Dr. en Psicología Don Antonio Vigil-Escalera, Intendente Mayor de la Policía Local de Sevilla, Dña. Ana Luz Jiménez, Ingeniera Jefa Provincial de Tráfico de Sevilla, a más de 90 Médicos de la Rehabilitación Andaluza, a la Asociación de Personas con Lesión Medular en Andalucía, al Dr. Antonio Sagués Amado ex-Jefe del Servicio de Consejería de Salud, al Sr. Don Pablo Gordillo, Técnico en Salud, a 061 y a PAUE, a SAS en las personas de Dra. Carmen Escalera, Dra. Mercedes Farnés, Dra. Arantxa Irastorza y a la Dra. Doña Pepa Ruiz Fernández, exsecretaria General de Salud de la Junta de Andalucía.

27. Recuerdo muy especial a Dr. Mariano Ledesma (†) (Córdoba), Dr. Luis Olavarría (Málaga) y J. Antonio de Vega (Córdoba)

El proyecto (POCTEC 2009/2010 (0129/AT30050931)) de Cooperación Transfronteriza España/Portugal conlleva:

a) un observatorio de salud Transfronterizo de Lesión Medular (LM) y a través de la dirección de PIAA

b) una mejora a la atención de la LM, con obras de monitorización de camas y acondicionamiento sin barreras arquitectónicas de la Hospitalización de RHB/HRT, CCEE y Salas Terapéuticas. La Unidad de NeuroRHB/HRT Virgen del Rocío atendió en los últimos 30 años a 2.000 pacientes de LM y a 1.200 de TCE (400 casos anuales de LM en España, Servicio de información sobre Discapacidad). En marzo de 2022 la Unidad de LM y *para la fase Subaguda de Secuelas* se trasladada al Hospital Dr. Muñoz Cariñanos de Sevilla.

Es línea de trabajo estratégica la atención a la Sexualidad, Fertilidad, Embarazo y Parto de las personas con LM; 27 bebés de hombres y 22 bebés de mujeres son los resultados. Desde 2012 se realizan las extracciones seminales por el Médico de Rehabilitación en la Unidad de Medicina Materno Fetal, Genética y de Reproducción. En el año 1990 la Dra. María Barrera, exjefe de sección de Neurorehabilitación, publicó en REHABILITACION, “Calidad de vida: ¿un concepto valido para pacientes tetrapléjicos?”. La pregunta clave para 39 pacientes fue: “¿aceptaría usted, caso de ser necesario, volver a ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos y ser sometido a los mismos tratamientos que en su ingreso anterior?”, 32 contestaron que sí y 7 que no. La preocupación por la ética y humanización fue constante y seguida por las Dras. Zarco, MJ, García I, Rendón B, Dra. Ferrer B, Dr. Méndez B, destacando a Dña. Eva Granados, enfermera jefe y coordinadora Nacional del “Manual de recomendaciones para Cuidadores de Pacientes con Gran Discapacidad Neurológica” y otros premios de la Sociedad de Paraplejia y al Dr. Domínguez JM²⁸, siempre a disposición de nuestros pacientes y en especial a los pacientes en estado vegetativo, de mínima conciencia y sus recomendaciones del Código Deontológico 2022.

Otras líneas de desarrollo para daño cerebral son derivadas de los estudios de secuelas neurocognitivas del TG que llevo al Grupo CTS-060 (2009), a recibir el Premio de la Junta de Andalucía 2012 a la “Innovación/investigación en Discapacidad” por diferentes Proyectos de Salud, Tele/neurorehabilitación, Tele/asistencia y Realidad Aumentada⁸, etc., por otra parte y hasta la actualidad la Unidad de LM participa en Ensayos Clínicos (EC) de células mesenquimales troncales, EC con anticuerpos monoclonales y otros medicamentos que promueven la Neuro recuperación. También se contemplan en la UGC los Ensayos Clínicos Prácticos que aportan una gran validez externa y Ensayos en el Punto de Atención que integran la investigación con

28. Gracias al Dr. José M^a Domínguez Roldán, UCI/HRT. residente de la Comisión Central de Deontología del CGCOM ⁸ Gracias a la Doctora Ingeniera en Telecomunicaciones, Cristina Suarez Mejías.

la realidad clínica. Nos adherimos a la Declaración de San Francisco (2012) sobre cambios en la evaluación de la Investigación (DORA).

El encargo de la Sociedad Española de Rehabilitación de 2 Monográficos, “Asistencia Basada en la Evidencia; Monográfico 2001”¹², “Gestión Clínica”; volumen N°3 completo 2009¹³”, así como de otros muchos artículos a lo largo de los años, con peso notable de las secuelas del TG y del dolor musculoesquelético, ha llevado a Rehabilitación Ciudad de Sevilla HyD a contribuir de una manera notable a la Indexación en el año 2019 de la Revista Nacional REHABILITACIÓN (Madr) en MEDLINE.

Gracias al impacto social de nuestra revista tenemos una relación muy estrecha y colaborativa con países Latinoamericanos. La Medicina de Física y de Rehabilitación de Sevilla y Andalucía han contribuido de manera notable al desarrollo científico, técnico y metodológico de la atención de las Secuelas del TG y a su vez a la consolidación de la Rehabilitación Médica.

He dicho

Bibliografía

1. Echevarría Ruiz de Vargas C., del Pino Algarrada R., Sánchez Gastaldo A., Ferrand Ferri P., y cols. “*La sesión clínica basada en la evidencia. Temas valorados críticamente*”. Rehabilitación (Madr): 38(4); 199-203; 2004.
2. Hamilton BB, Granger CV, Sherwin FS et al. <http://eprints.ucm.es/11558/1/T32234.pdf>. A uniform national data system for medical rehabilitation. In: Fuhrer MJ, editor. Rehabilitation Outcomes: analysis and measurement. Baltimore, MD: Brookes; 1987. 137–47.
3. Zarco Periñán M^a. José, Echevarría Ruiz de Vargas Carmen, Barrera Chacón María y García Díaz Jesús. La Medida de Independencia Funcional en sujetos con lesión medular: Estudio de la homogeneidad y validez. REHABILITACIÓN (Madr): 33 (5); 327-334; 1999. Premio Nacional.
4. Stineman, Margaret G. Md*; Escarce, José J. Md*, †; Goin, James E. Phd†; Hamilton, Byron B. Md‡; Granger, Carl V. Md‡; Williams, Sankey V. Md*, †. Medical Care 32(4): p 366-379, abril De 1994.
5. Echevarría Ruiz de Vargas C., Zarco Periñán M^a.J., Fernández Palacín A., García Díaz J., González Carmona O., Bringas Grandes A. y Grupo HRT-2000 (SAS.98/218). Escala de valoración funcional para consultas externas en medicina de rehabilitación. Escala de Valoración Funcional Virgen del Rocío (EVFvr). Rehabilitación (Madr): 38(5); 227-234; 2004.

6. Echevarría Ruiz de Vargas c., Perrián M^a.J., Fernández Palacín A., García Díaz J., Vigil Martín E., Barroeta Urquiza J. “Evaluación de un modelo de clasificación de pacientes de Rehabilitación en nuestro entorno”. Premio Nacional al mejor artículo publicado en el Año 2003. Rehabilitación (Madr).
7. Galván Ruiz A, Vergara Díaz G, Rendón Fernández B, Echevarría Ruiz De Vargas C. Effects of Ultrasound-Guided Administration of Botulinum Toxin (Incobotulinumtoxin A) in Patients with Lateral Epicondylitis. *Toxins (Basel)*. 2019 Jan 15;11(1). pii: E46. doi: 10.3390/toxins11010046. Factor de Impacto: 3.531. Q1 Ciencia y Tecnología de los Alimentos. (Q1 Toxicología) (2019).
8. Dra. Gloria Vergara Diaz. Tesis Doctoral titulada: “Desarrollo y Aplicación de Medidas Instrumentadas de Resultados para el Diseño de una Intervención de Rehabilitación Individualizada”. Sobresaliente “cum Laude” por unanimidad, con la mención de Doctorado Internacional. Directora de Tesis, Dña. Carmen Echevarría Ruiz de Vargas, Profesora Asociada Universidad de Sevilla y Paolo Bonato, Ph.D. Associate Professor of Physical Medicine & Rehabilitation Harvard Medical School. Tutores de Tesis: Don Pedro Infante Cossío, Profesor Titular Vinculado del Departamento de Cirugía, de la Universidad de Sevilla, Dr. Giacomo Severini, Assistant Professor in Biomedical Engineering University College Dublin. Lectura 18/07/ 2019.
9. M.J Zarco Perrián, C. Echevarría Ruiz de Vargas, J.M Barrera Chacon, I. García Obrero, M.E Martínez-Sauquillo Amuedo, A. Fernandez Palacín. Título: Valoración del impacto del tratamiento cognitivo, dentro del programa de rehabilitación, en pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Rehabilitación (Madr)* 2013; 47:90-8.
10. Jorge Navarro Solano. “Valoración Diagnostica y Rehabilitación Cognitiva en personas con Daño Cerebral Severo y Alteraciones de la Conciencia a través del uso de tecnología asistiva”. Tesis Doctoral, Mención Internacional. Dirección Echevarría, Carmen. 05 de octubre de 2015.
11. Jose Antonio Langa Rosado...Echevarría C y otros “Dinámica Fractal de la Conciencia. De la teoría a la Implementación Clínica” Referencia MTM2014-61312-EXP. Ministerio de Economía y Competitividad. 2015/2017.
12. Echevarría Carmen, Coordinación Monográfico y Autorías. “Aplicaciones de la medicina basada en la evidencia en rehabilitación”. *Rehabilitación (Madr)*. Año 2001 Volumen 35, Fascículo 6.
13. Echevarría Carmen, Coordinación Monográfico y Autorías de, “Unidades de Gestión en Rehabilitación”. *Rehabilitación (Madr)*, Vol. N° 3, Año 2009.

“LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: A PROPÓSITO DE MADAME BOVARY”

Dra. María Dolores Franco Fernández

En diciembre de 1856 se publica *Madame Bovary*, de Gustave Flaubert. Es considerado por numerosos críticos como el fundador de la novela realista, dada la observación de la vida cotidiana, a la que representa fielmente, la descripción minuciosa de lo ordinario y un extraordinario desarrollo de las complejidades psicológicas de los personajes. Es por lo que me atrevo a intentar acercarme desde la psicopatología al personaje central, Emma Bovary, e intentar establecer una hipótesis diagnóstica.

La novela describe la vida de una joven, Emma, nacida en un ambiente pequeñoburgués y rural de Normandía. Criada en un convento, insaciable lectora de novela romántica, anhela la belleza, el amor, la emoción y la pasión, así como los viajes, las riquezas y la libertad de la alta sociedad. Contrae joven matrimonio con un médico (agente sanitario), Charles Bovary, enamorado, bueno, apagado e insípido con el que nuestra protagonista comprende que no va a alcanzar sus expectativas. Para escapar de su realidad cotidiana y poder alcanzar sus sueños va tomando, a lo largo de la novela diferentes papeles, personajes a los que se entrega con gran intensidad. Experimenta un episodio de fervor místico cuando estaba de estudiante en el convento, intenta ser esposa virtuosa y perfecta al inicio del matrimonio, es casada que se deja seducir por el don Juan local que tras un tórrido romance la abandona, consumista voraz de objetos bellos, seductora experimentada...para sentirse de cada periodo desencantada y lo más obtener una insulsa emoción. Finalmente, asume su último papel, el de suicida.

Los últimos capítulos de la novela, tras la muerte de Emma, describen cómo el halo de su insensatez persiste y nos relata la desolación y muerte del marido, el desamparo y la desgracia de su hija.

A lo largo de los capítulos, Flaubert relata los deseos de goce de Emma Bovary, describe la pérdida de control de su vida, las conductas inadmisibles que va desarrollando, los niveles progresivos de degradación que va alcanzando, la bendita inocencia del marido, los intereses egoístas de las personas que le rodean. Nos muestra un entorno provinciano, mediocre, romo, carente de interés, en el que la mentira es la gran protagonista; con alguna excepción, todos los personajes se engañan a sí mismos y se engañan entre ellos. El au-

tor ni justifica ni juzga, pero transmite que la imaginación es un peligro a la que la realidad castiga haciendo añicos a quien intenta vivirla.

Se ha señalado cierto paralelismo entre el personaje de Emma Bovary y Alonso Quijano. Ambos tienen un intenso mundo interior fantástico alimentado de lecturas. Ninguno de los dos consigue diferenciar su mundo de deseos con la vida real. Lo que hace a los dos personajes heroicos es su decidida voluntad para realizar sus sueños. Lo que les hace fracasados es su incapacidad para vislumbrar y establecer puentes que permitan transformar el sueño en realidad, un canal de actos que conecte de forma plausible la vida real y lo deseado. En estos aspectos son personajes similares, pero hay considerable diferencia, su capacidad de trascendencia; el Quijote es un héroe a lo grande, quiere liberar a la Humanidad, hacer un mundo más justo y libre; Emma quiere vivir ella, las pasiones, el éxtasis de amor y lujo. Busca su goce, no sólo sexual sino en todos los estados pasionales. Es egoísta y carnal, no busca cambiar el mundo, sólo llenar de intensas vivencias el suyo.

La publicación de la novela tuvo como consecuencia que Flaubert fue denunciado por ultraje a las buenas costumbres, a la religión y por inmoralidad. Le acusaron de exaltar la insipidez del matrimonio y de hacer “poesía del adulterio”, de mezclar lo sagrado con lo profano de describir de forma obscenas rituales religiosos. El abogado defensor de Flaubert, de forma muy inteligente, insistió en el aspecto moral del libro que incitaba a la virtud mediante el terror del vicio y señalaba el suicidio de la protagonista como castigo ejemplar. Fue un argumento potente con el que consiguió la absolución, pero absolutamente falso. El autor no tenía ninguna intención de construir una novela ejemplarizante, pero sí señaló muy bien que sólo quien acepta las normas del grupo y se adaptan sobreviven.

Vargas Llosa, en su estudio crítico sobre Mme. Bovary, considera que el personaje de Emma es la gran creación del autor por la excelente introspección de este. Gracias a su magnífica descripción me atrevo a plantear un análisis psicopatológico del personaje y les adelanto que, a mi modesto y criticable entender, Emma Bovary presenta un trastorno de personalidad.

Emma Bovary se encuentra inmersa en un importante dilema, habita en dos mundos, el de la realidad y el deseo. Ella es uno y lo otro, ambos le son igualmente reales y Flaubert describe ambos de manera genial. La tragedia de Emma es que no hay pasos entre uno y otro. Por eso se entrega a aventuras irreales, evita los problemas de la cotidianidad, da soluciones imaginarias o postpone la resolución de conflictos. Los pobres intentos de llevar a la realidad sus deseos están condenados. Nunca la experiencia está a la altura de sus expectativas y el desencanto aparece pronto. “Todo deleite se desvanece, dejando gusto amargo”.

Emma debe, también, satisfacer dos ansias, por una parte su deseo amoroso y por otra su hambre de mundo, de aspiraciones económicas, de objetos, de nivel social. Insatisfecha permanente de amor y de estatus, las dos

hambres se funden en una. Llena su vida adquiriendo objetos, pero también adquiere palabras y actos de pasión amorosa. Flaubert dice que “los apetitos de la carne, la codicia de dinero y las melancolías de la pasión vinieron a confundirse en el mismo sentimiento” (pág. 185)

La inestabilidad es, paradójicamente, la constante de la protagonista. Inestable en sus objetivos o en sus afectos, se muestra exaltada por días, inhibida y callada en otros, irritable o apática, se enfada cuando aparecen situaciones en la que algo se opone a sus deseos.

Es esencialmente dramática o mejor, melodramática. Se emociona con facilidad y con la misma facilidad se desvanece su emoción. En la novela se afirma que su temperamento tendía a lo accidentado, buscadora de emociones, “rechaza todo lo que no contribuya al consumo inmediato de su corazón”

Es descrita como caprichosa y antojadiza. Es ambigua y confusa, contradictoria y ambivalente, en ella coexisten sentimientos y apetitos contrarios y muestra rápidos cambios de intereses o papeles que va desarrollando a lo largo de su corta vida. Flaubert recalca esta confusión e indefinición moral y psicológica del personaje. En una carta a Louise Colet durante la creación de la novela indica “no es capaz de distinguir el egoísmo de la caridad, la corrupción de la virtud, incapaz de reconocer sus propios sentimientos o los motivos de su conducta”

La fragilidad y confusión de la identidad alcanza incluso a su identidad sexual. Siendo muy femenina, ya Baudelaire señaló que era un alma viril en un cuerpo de mujer. Asume atuendos, maneras varoniles y un papel dominante en las relaciones, no por necesidad, sino por auténtica vocación, obligando a sus parejas (marido, amantes) a asumir un papel pasivo, sumiso, para inmediatamente despreciarlos por esa pasividad. Una gran contradicción, desea un amante heroico, pero genera, tiránicamente, lo que no le gusta querer.

Altamente impulsiva, no piensa en las consecuencias de sus actos o de sus palabras, lo que se observa en la relación con los amantes, con su hija, en las compras compulsivas que acomete y la arruinan, en los viajes a Rouen a ver a su amante o en el propio acto suicida.

Con estos rasgos de personalidad y sometida a la dialéctica (sin síntesis posible) de sus dos mundo, real e imaginado, las relaciones interpersonales están profundamente perturbadas. Emma Bovary es egoísta, intensa, tiránica y veleidosa con los demás. No muestra empatía ante las desgracias ajenas (la muerte del suegro o las dificultades profesionales del esposo) e ignora a su entorno, como ocurre con la hija. Manipula a familiares o amigos para lograr el objetivo que en ese momento considera importante, sin pensar a la situación a la que los expone. En sus relaciones con los amantes establece apasionada y tormentosa relación, pero es capaz de utilizarlos si así lo considera.

Estas características de personalidad no son vividas por Emma como extrañas o patológicas. Siempre ha sido así. Emma se acepta tal como ella

es, aunque a veces se sienta confusa o no distingue entre sus sentimientos y deseos, no intenta sofocar los impulsos o los sentidos, intenta satisfacerlos.

Ser así le confiere una alta vulnerabilidad para las situaciones de estrés, a las que responde de forma intensa, desarrollando síntomas de trastorno mental, bien cuadros depresivos- estuporosos, como le ocurre cuando constata la bondad, la mediocridad e incapacidad de su marido para hacerla sentir lo que espera o cuando su primer amante le abandona. También presenta síntomas psicóticos. En una de sus últimas escenas, ante la búsqueda desesperada de auxilio a sus dos amantes para afrontar sus deudas, sufre la negativa de ayuda. Esa noche veía globos de fuego que tenían la cara de su amante, que giraban, estallaban, se metían dentro de su interior “hasta que desaparecieron y tomó conciencia de donde estaba”.

Finalmente, arruinada, humillada, abandonada, decepcionada y atrapada en una situación que no podía explicar ni de la que sabía cómo salir, toma la decisión de acabar con su vida y se envenena con arsénico

Estaba avocada al suicidio desde el inicio. El suicidio está precipitado por un acontecimiento externo, la inminencia del embargo. Sin embargo, su sustento es el fracaso para llevar su mundo ilusorio a la realidad. Esa incapacidad procede de su forma de ser de su personalidad, a su inestabilidad, su impredecibilidad, su impulsividad, su ambigüedad, su indefinición, su identidad cambiante.

La gran tragedia de Emma, a mi entender, es que, perseguidora del sueño del amor y de la emoción de éste, es incapaz de amar. No ama a su padre, del cual se avergüenza, siente hacia su marido desdén y desprecio a la vez que le culpa de su infelicidad, hacia la hija muestra indiferencia y rechazo, salpicado de breves exaltaciones emocionales. No ama a sus amantes, ellos son meros instrumentos para saciar su exaltación emocional, sus anhelos, pero no son el objeto del amor. Desea y anhela sentir amor, pero está incapacitada para experimentarlo

Emma sufre y destruye su vida, pero también hace sufrir por su manera de ser a las personas que le aman, a las que arrastra en su caída.

Estas características de la forma de ser de la protagonista me hacen pensar en un trastorno de personalidad tipo Límite.

Los trastornos de personalidad son entidades nosológicas muy interesantes para la Psiquiatría. Bajo esta denominación se contempla a aquellos sujetos que tienen una desviación marcada, respecto a lo que se espera, en función de su marco de sus normas culturales, en su forma de ver (percibir), entender (pensar), considerar (sentir) y en su forma de conducirse y relacionarse con los demás. Estas características de su forma de ser dificultan la adaptación a su medio, perturban su funcionamiento y le causan dolor o malestar. Kurt Schneider señaló que estas personalidades anómalas (a las que denominó personalidades psicopáticas) “a causa de su anormalidad sufren ellos mismos o hacen sufrir a la sociedad”

La alteración básica en estos casos se centra en la personalidad, en lo que denominamos Yo, que nos singulariza. Podríamos plantear a qué llamamos Yo. Se trata de un patrón, profundamente arraigado, de rasgos cognitivos, afectivos, conductuales y relacionales que son estables en el tiempo (persistentes), coherentes (respuestas similares ante estímulos similares), y consistentes (se resisten a la extinción). Este patrón de rasgos o características básicas está sustentado sobre una complicada matriz de disposición biológica (lo que denominamos temperamento), de aprendizaje por experiencia y de adhesión del sujeto a los valores y costumbres del grupo social en el que vive (carácter)

Los trastornos de personalidad son anomalías psíquicas desde el punto de vista del despliegue vital (Seva, 1979). Los individuos con trastorno de personalidad no están, tienen o padecen un trastorno, son el trastorno. No se definen por la presencia de signos o síntomas, sino por las características de su forma de ser, los denominados rasgos, que no son vividos por el sujeto como extraños o ajenos, sino congruentes con él mismo, lo que denominaríamos como egosintónicos. Esta cualidad dificulta el reconocimiento por parte del paciente de su anomalía.

Las clasificaciones de la patología psiquiátrica recogen 10 tipos de trastornos de personalidad, que se definen y diferencian por los rasgos básicos anómalos característicos de cada uno de ellos, pero todos comparten dificultades en la relación con el otro, por su dificultad para reconocerlo y respetarlo. Es muy posible que esta anomalía se sustente sobre un desarrollo sociocognitivo anómalo.

Los seres humanos adquirimos conciencia de nuestro Yo, de nuestra identidad, de la peculiar combinación de atributos que nos son propios, a través de un complejo y prolongado proceso de desarrollo sociocognitivo que se genera, necesariamente, por contraste con los otros. Simultáneamente a la configuración de la identidad del Yo, se configura la identidad del Tú. Para poder llevar a cabo este proceso es necesario tener el soporte de lo que se ha denominado como Teoría de la mente (Premak, Woodruff, 1978), la capacidad que todos tenemos de interpretar los gestos y las palabras de los otros y transformarlos en términos de intenciones, reconocimiento y creencias. La teoría de la mente guarda cierta relación con la empatía, sin llegar a ser lo mismo. La empatía se refiere a afectos, a la capacidad de co-sentir; la teoría de la mente permite entender o adivinar lo que el otro piensa. Permite comprender que el Otro tiene un estado cognitivo diferente y que no siempre es accesible.

La adquisición de la identidad del Yo es un proceso largo, paulatino, que precisa una capacidad formal operativa que permita reconocer y comparar los rasgos abstractos e integrarlos en conceptos más generales.

Otro factor importante en la adquisición de la identidad y valoración del Yo. Es lo que se denomina Yo reflejado (Cooley), constituido por lo que

creemos que los demás ven, piensan y esperan de uno, como suponemos que nos ven los otros.

El Yo, en su interacción con el Tú, con el Otro, va adquiriendo su identidad (capaz de entender la combinación de atributos que le confiere su individualidad), y la autoimagen (la percepción de uno mismo).

El desarrollo de la alteridad, del concepto de Tú, nos permite tener adopción de perspectiva (capacidad de mentalización para poder evocar, imaginar y entender al otro) y la empatía, que permite conocer y experimentar las emociones del otro.

La adquisición de un correcto Yo y Tú permite generar el constructo Nosotros, que proporciona al individuo saber cuál es su grupo de pertenencia y su lugar en el mundo.

Todo ello le permite adquirir una narrativa vital que le da sentido y trascendencia.

Los trastornos de personalidad aparecen porque este proceso de desarrollo sociocognitivo, lo que podríamos denominar el proceso de personificación, se altera. Es muy posible que esta alteración esté sustentada en factores hereditarios, biológicos, alteraciones del neurodesarrollo, en el proceso de aprendizaje o por experiencias vitales tempranas.

Quisiera centrarme en uno de los trastornos de personalidad en concreto, en el trastorno límite de personalidad. Es uno de los trastornos de personalidad más grave y afecta al 2% de la población general.

El rasgo básico anómalo de este trastorno es la inestabilidad, que se expresa en numerosas áreas, en el humor, en la identidad, en la autoimagen y en las relaciones interpersonales.

Esta inestabilidad los lleva a tener problemas con la identidad y con su autoimagen. La identidad es confusa y hay una falta de sentido consistente de sí mismo. **Ni** saben bien quiénes son, ni a dónde quieren dirigir su vida. **Se** sienten inciertos en temas fundamentales, a la hora de establecer los objetivos y direcciones de actuación, lo que le proporciona una débil base para construir su autoestima. Los demás suelen considerarlos como variables e impredecibles. No es extraño que esta indefinición pueda afectar también a su identidad sexual.

Tienen problemas con el autocontrol, principalmente de las emociones y del impulso. Es una afectividad altamente inestable, desconcertante para el paciente y muy estresante para quienes le rodean. No es extraño que ante las dificultades o frustraciones respondan con episodios de ira, lo que dificulta el ajuste con su entorno. Son impulsivos, en lo que dicen y en lo que hacen.

Soportan muy mal la soledad, experimentan temor a ser abandonados y se convierten en dependiente de los demás. Suelen tener relaciones agitadas,

intensas, inestables, impulsivas, dramáticas y carentes de empatía. La falta de construcción de un Tú consistente les lleva a ser incapaces de adoptar la perspectiva del otro y de diferenciar adecuadamente entre el yo y el tú, por lo que realizan con sus parejas identificaciones intensas (asumen sus gustos, sus deseos, sus intenciones como propias) y tienden a idealizarlos de inicio, para pasar rápidamente, ante la percepción de un defecto, de un desencuentro, o ante la amenaza, real o fantaseada de abandono, a devaluarlos intensamente, experimentando ira, rabia o desprecio.

La inestabilidad marca su narrativa vital. Tienen importantes dificultades para orientar su vida hacia objetivos estables, con frecuencia valoran su recorrido como un rosario de fracasos de los que responsabilizan a su entorno. La ausencia de trascendencia les hace sentir internamente vacíos, a menudo expresado como desinterés o aburrimiento

Estas características de la personalidad les confieren una gran vulnerabilidad e hiperrespuesta para el estrés, ante el que pueden desarrollar síntomas psiquiátricos, trastornos de la conducta alimentaria, problemas de abusos de alcohol o sustancias. La complicación más grave son las conductas suicidas, el 70% de los pacientes con trastorno límite han realizado al menos una vez un intento de suicidio y casi el 9% de pacientes con diagnóstico de TLP han muerto por suicidio.

En base a las características que observamos en el personaje de Mme. Bovary es por lo que propongo el diagnóstico de un trastorno límite. Aunque el argumento de la novela está basado en un caso real ocurrido poco antes de ponerse a escribirla, el caso de Delphine Dalamare, es asombrosa la capacidad del autor para describir un cuadro tan coherente.

Al margen de diagnóstico psiquiátrico, Mme. Bovary es un personaje cautivador. Al leerla es imposible no enamorarse de Emma Bovary. Participamos de sus anhelos de amor y felicidad, de su profunda y gozosa carnalidad. Nos desconcertamos ante su confusión de propósitos, de identidades y nos apenamos por sus fracasos. Padecemos con ella de lo opresivo, aburrido y falta de interés de su entorno, que la constriñe y la limita, y experimentamos su mismo desdén hacia ciertos personajes que le rodean. Quisiéramos advertirle de los peligros que le acechan, avisarle que no todos en los que confía son dignos de ella, sentimos su rebeldía. Somos testigos privilegiados de lo difícil que le es adaptarse y realizarse. Pero, Mme. Bovary es una obra maestra no solo por su exquisita descripción, sino porque es capaz de generar múltiples lecturas en función de los ojos y la experiencia del lector. Mme. Bovary también representa el despertar de la mujer, de la reclamación del derecho a experimentar las ansias y el deseo, es símbolo de la insatisfacción vital, del inconformismo ante una vida rutinaria y la voluntad decidida a ejecutar el deseo. Como dice Vargas Llosa “es la ciega, tenaz, desesperada rebelión contra la violencia social que sofoca el derecho a ejecutar los deseos y el placer”

Bibliografía

- Flaubert G. *Madame Bovary*. Ed Espasa-Calpe, 9ª edición 2021 ISBN 978-84-670-4852-0
- Vargas Llosa, M. *La orgía perpetua*. Ed Debolsillo. Barcelona, 2022 ISBN 978-84-9062-617-7
- Medina A, Moreno, MJ. *Los trastornos de personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Ed. Nanuk SL, 1998. ISBN 84-923904-0-4
- Rubio, V; Pérez-Urdaniz A. *Trastornos de personalidad*. Ed. Elsevier, Barcelona, 2003. ISBN 84-8174-707-6
- Cervera, G; Rubio, G; Martínez-Raga J. *Trastorno Límite de personalidad*. Ed panamericana, Madrid 2005. ISBN 84.7903-167-0
- De la Vega, I; Carrasco JL. *Suicidio y Trastorno Límite de personalidad*. En : *Evaluación y manejo de la conducta suicida*. Eds: Giner, J; Medina, A; Giner L. Ed. Enfoque editorial 2012, pp . 87-92 ISBN 978-84-940206-7-4
- Cañas F, *Aproximación clínica a las conductas suicidad en los Trastornos de personalidad*. En: *Suicidio en el siglo XXI*. Eds: Giner, J; Medina, A; Giner L. Ed. Enfoque editorial, 2013 pp 95-104 ISBN 978-84940632-9-9
- Millon T, Davis, R. *Trastornos de personalidad en la vida moderna*. Ed. Masson Barcelona 2001 ISBN 84-458-0993-8

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (III)

DÍA 19 DE OCTUBRE

Dr. Bernabé Galán Sánchez, presentado por el Dr. Ortega Calvo
Dr. Francisco López Muñoz, presentado por el Dr. Milán Martín



*Dr. Milán, Dr. López Muñoz, Dr. Infantes,
Dr. Galán Sánchez y Dr. Ortega*

“PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA RURAL: UNA OPCIÓN SEDUCTORA PARA MÉDICOS JÓVENES”

Dr. Bernabé Galán Sánchez

Excmo. Sr. presidente, Ilmos. Sres. académicos numerarios y norrespondientes de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, queridos compañeros y amigos que me acompañáis, querida familia, Sras. y Sres.:

Quiero agradecer a los ilustrísimos Sres. académicos, doctores D. Pedro Sánchez Guijo, D. Javier Briceño Delgado y D. Manuel Ortega Calvo la amabilidad de proponerme para ingresar en esta Institución, así como a todos los miembros de la misma que han votado por mi nominación, teniendo un especial recuerdo para los profesores Dres. Sánchez Guijo, Peña Martínez, López Barneo, Briceño Delgado, Martínez Alcalá, Alcañiz Folch, Castiñeiras Fernández.

A mi familia, en especial a mi mujer, mis hijos y mis nietos, que son el motor que me proporciona la energía para poder seguir cuidando a los demás. A la memoria de mis padres que, con ejemplo, esfuerzo y sacrificio, consiguieron para sus cuatro hijos las metas que se propusieron. A todos los compañeros tanto médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, celadores, y un largo etcétera que he tenido la suerte de conocer y trabajar con ellos durante mis años de ejercicio profesional y un recuerdo muy especial para los amigos, pacientes y demás vecinos de mis tres pueblos: Adamuz, Monturque y Fuente Palmera, a los que he tenido la oportunidad de tratar en lo personal y en lo profesional a lo largo de mi vida, de los que he aprendido mucho y de los que quiero seguir aprendiendo.

Es para mí un honor y me siento orgulloso de pertenecer a esta Tricentaria Real Academia de Medicina y Cirugía que tanto prestigio tiene y en la que desde este momento me dispongo a colaborar en lo que me sea encomendado.

Desde hace varios años, el hábitat rural está en boga en los medios de comunicación, debido a la dejadez secular que sufren los pueblos que se están quedando vacíos, sin vecinos y sin servicios y en especial el más importante: el del cuidado de la salud de las personas.

La falta de Médicos de Familia y Pediatras en los Centros de Salud españoles es muy preocupante y aún más en las zonas rurales y de difícil

cobertura. Empeorará en los próximos años debido a la jubilación de un elevado número de médicos de Atención Primaria para los que no hay repuesto.

Es esta situación la que me motiva a elegir la Medicina Rural como tema de mi discurso de ingreso como Académico Correspondiente en esta Institución.

Ante todo, he de confesar que soy Médico de pueblo por convencimiento original que ha ido evolucionando en el tiempo. Desde el primer momento en que comencé a trabajar en la Medicina Rural me sentí seducido por ella hasta hoy día que, después de 48 años ejerciéndola ininterrumpidamente, sigo disfrutando de su práctica.

Quienes creemos conocer bien los problemas que la acosan, tenemos la responsabilidad de subsanar la falta de información que se tiene sobre esta rama de la Medicina y convencer a otros compañeros para que se animen a venir a los pueblos, poniendo de manifiesto las ventajas de trabajar en ellos, sin dejar de hablar de los inconvenientes, que los hay, pero que son salvables la mayoría.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) considera rurales a aquellos municipios con población inferior a 2.000 habitantes; como semiurbanos o semi rurales, entre 2.000 y 10.000, y como urbanos a los de más de 10.000. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud añade otros criterios como la dispersión geográfica y considera Médico Rural a aquel que atiende a poblaciones con menos de 15.000 habitantes.

A mediados del siglo pasado hubo un envejecimiento de la población rural debido al éxodo de jóvenes hacia las ciudades, que vuelven décadas después cuando allí disminuye la mano de obra. Además del turismo rural, otros grupos sociales, buscando mayor calidad de vida, optan también por venirse a los pueblos.

En lo que va de siglo XXI, la población de los municipios que no sobrepasan los 1.000 habitantes (línea azul en la diapositiva), ha experimentado una reducción superior al 15%. Los de 1.000 a 5.000 habitantes (línea violeta), también pierden población, algo menos de un 5% y los más grandes por contra (línea naranja) la ganan, en torno a un 6%.

A principios de 2021, 47.450.795 españoles vivíamos en 504.745 km², distribuidos en 8.131 municipios. De estos 6.671 eran rurales y ocupaban una superficie de 424.220 Km². Concretando en porcentajes, diremos que el 16 % de la población española es rural y está distribuida en el 84 % del territorio nacional.

Muchas de las **CARACTERÍSTICAS** que definen a esta población ayudan al médico en su labor.

Gracias a la *DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA* dentro de un marco bien definido, y con una población limitada, estable y bien conocida, el médico

entiende mejor muchas de las variables de su población diana y su problemática; lo que le permite llevar a cabo un seguimiento más eficiente de los procesos, pudiendo implementar fácilmente, además, proyectos de Investigación, Promoción de la Salud y Educación Sanitaria.

SOCIOLOGIA RURAL. En los pueblos pequeños se vive con intimidad familiar, aislamiento, ritmo vital parsimonioso, contacto directo y permanente con la naturaleza y cierto “comadreo” que facilita la transmisión rápida de comentarios y opiniones. Son singularidades idiosincrásicas que colateralmente podemos aprovechar los médicos rurales para ofrecer una mejor atención integral a los vecinos.

Las *CONDICIONES DE VIDA* en los núcleos rurales son similares a las de los urbanos, en cuanto a suministros y comunicaciones. Sin embargo, las *NECESIDADES ECONÓMICAS* son menores que en las ciudades y la *CALIDAD DE VIDA* es superior a la de estas. Si añades la belleza de los paisajes, la menor utilización del vehículo, la vivienda más barata que en la ciudad, la falta de contaminación, el permanente contacto con la naturaleza, la vida parsimoniosa, sin prisas ni estrés, la comunicación más cercana, humilde y solidaria entre los vecinos, el acceso a una alimentación más saludable e incluso los regalos que recibes de tus pacientes son otros privilegios del medio rural.

En los pueblos puede observarse todavía un idiosincrásico *SISTEMA DE CREENCIAS* en el que la mujer sigue responsabilizándose generalmente del cuidado de la casa y de las personas que en ella habitan, constituyendo un recurso importante en la atención a enfermos y a mayores, quienes en caso de enfermedad o dependencia, prefieren permanecer en su domicilio, apoyados por una red familiar, vecinal y social muy potente. Además, tienen una filosofía especial ante la muerte, siendo muy común la idea de «morir en casa».

El médico puede sentir cierto *AISLAMIENTO* profesional, formativo, cultural, social y familiar que le ocasionará un sentimiento de insatisfacción, al que hay que sumar la difícil comunicación con otros niveles asistenciales, que se palía ahora con la mejora de las comunicaciones tanto viarias como telemáticas.

Las *RELACIONES ENTRE EL MÉDICO Y LA POBLACIÓN* en cierto modo son diferentes a las que se establecen en la ciudad. En el pueblo el médico lo es de todos y sus actos son siempre objeto de observación y comentario. La relación de los vecinos con nosotros es muy educada con cariño y respeto, con una muy elevada satisfacción y un mayor nivel de confianza y cumplimiento de nuestras recomendaciones. Eres el “médico del pueblo”, su médico y lo seguirás siendo incluso después de jubilado y esto los vecinos tienen a gala decirlo. Pero esta convivencia diaria puede llevar en ocasiones a un exceso de confianza y a una falta de discriminación de los roles profesionales y personales.

En el ámbito comunitario, su *RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES* es más fácil, por ser más directa y personal, y es una ventaja para aprovechar recursos ajenos a los sanitarios.

En palabras del Dr. Ángel López Hernanz, médico de Cañada Rosal, la Medicina Rural “es la medicina de toda la vida, es cercana, atiende a todas las edades y todas las patologías en todas las formas de presentación. Los médicos rurales suelen ser polifacéticos y con capacidad para dar una respuesta adecuada a la mayoría de las demandas que solicita su paciente”.

Enlazando el pasado con el presente diré que los Médicos Titulares fuimos unos adelantados de lo que después, fueron los EBAP (Equipos Básicos de Atención Primaria), ya que en aquellos tiempos los Médicos Titulares realizábamos todas estas funciones: Además de ejercer la Jefatura Local de Sanidad, pasábamos consulta, visitas domiciliarias, urgencias, accidentes laborales y de tráfico, partos, sustituíamos al Médico Forense en levantamiento de cadáveres y realizábamos autopsias, inscripción en el Registro Civil, certificar defunciones, informar como peritos médico-legales, estadística sanitaria, vigilancia médico-escolar, inspecciones a colmados, comercios, talleres, industrias, etc., emitíamos cédulas de habitabilidad de las viviendas, autorizaciones de apertura de negocios, vigilancia epidemiológica, reconocimientos de quintos, atención a funcionarios del Estado, Fuerzas Armadas y Administración Local, atendíamos gratuitamente a transeúntes y a pobres e indigentes de la Beneficencia Municipal, realizábamos pequeñas intervenciones quirúrgicas, promoción de la salud, educación sanitaria, salud pública, etc.

En 1978 la Conferencia Internacional de Alma Ata, reconoció a la Atención Primaria como núcleo principal y fundamental de los Sistemas Sanitarios de los países, y requería la necesidad de reforzarla y dotarla. En España, a finales de ese mismo año, se instituyó la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y en 1984 se establece por Decreto 137/84, la creación de las estructuras básicas de Salud y la Reforma de la Atención Primaria. Ambos acontecimientos supusieron un importante avance en la atención sanitaria española. Se ampliaron los horarios y se establecieron turnos de guardia, terminando así con la servidumbre de estar activo las 24 horas de los 365 días del año.

El Congreso Internacional de Medicina de Familia y Comunitaria, celebrado en Granada en 1996, en el que tuve el honor de ser ponente, dio un protagonismo excepcional a la Medicina Rural, siendo conscientes de que era desconocida y minusvalorada por los médicos de familia recién especializados. Ese desconocimiento continúa hoy día, a la par que, poco a poco, la Atención Primaria, se ha ido deteriorando, y alcanza en estos momentos una situación preocupantemente insostenible.

Las *CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA*, coordinadas por el Médico de Cabecera y orientadas al cuidado de la per-

sona, la familia, la comunidad y el medio ambiente son: accesibilidad, universalidad, globalidad, trabajo en equipo, confidencialidad, coordinación, integralidad y longitudinalidad.

La *LONGITUDINALIDAD* es el seguimiento prolongado en el tiempo de los problemas de salud de un paciente por el mismo médico. Este término tiende a confundirse con el de *CONTINUIDAD*, que es la atención que se presta a un mismo paciente por diferentes profesionales, en distintos niveles.

Ambas son elementos complementarios que se potencian entre sí, mejorando la calidad de la asistencia, el uso de los recursos, la eficiencia del sistema y la satisfacción de los pacientes y profesionales empleando registros de calidad en el seguimiento de los problemas de salud, algo que difícilmente pueden ofrecer la atención especializada o los servicios de urgencia.

La *LONGITUDINALIDAD*, algo habitual en los médicos rurales antiguos, es un factor primordial en Atención Primaria. Se ha demostrado que, gracias a ella, se consigue una disminución de la tasa de mortalidad en un 30 %, según un estudio realizado sobre más de 4 millones y medio de habitantes en Noruega, publicado en octubre de 2021 por la revista *British Journal of General Practice*.

EL MÉDICO RURAL IDEAL, es un médico que atiende a largo plazo a las personas de una manera integral y con longitudinalidad, en su entorno familiar y vecinal, que se incorpora y participa en el tejido social, llegando a conocerlo bien, así como al medio ambiente. Sabe dónde viven los vecinos, cómo es su situación laboral y económica y es consciente de sus valores, actitudes, costumbres, creencias y tradiciones y de las relaciones que hay entre ellos, su forma de enfermar y el de la comunidad y la manera de expresar sus síntomas.

Gracias a esta integración, los médicos rurales somos ejemplo de solidaridad y artífices del progreso y prosperidad de muchos pueblos, siendo fundamental nuestra presencia en núcleos pequeños para poner freno a su despoblación.

Para que la “España vaciada” no se convierta en una “España abandonada” en el aspecto sanitario, se le tiene que recompensar el sacrificio que supone trabajar en solitario, en lugares con dispersión geográfica, distantes de la ciudad y lejos de un hospital, viviendo en el mismo entorno donde trabaja, con personas de diferente nivel cultural, atendiendo enfermos de todas las edades y con diferentes patologías.

Está demostrado que la forma más eficiente, equitativa y segura de prestar asistencia sanitaria es la basada en una Atención Primaria fuerte, resolutive y con cobertura universal, ya que resuelve el 90% de los problemas de salud de la población. Todo lo que se invierte en Atención Primaria se recupera con creces en beneficio de la salud de las personas. La prevención evita innumerables gastos en curación. Pero la realidad española es otra: Ac-

tualmente, de 100 euros invertidos en Sanidad solo llegan 14 a la Atención Primaria, cuando en Europa se invierten 25 tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y emplean los países de nuestro entorno. En Andalucía se destina el 17 %, siendo la región española que más invierte en Atención Primaria.

En el medio rural la Sanidad es un servicio de primera necesidad que ha sufrido un deterioro progresivo en las últimas décadas, estando necesitada de un mayor refuerzo para atender dignamente a una población dispersa y envejecida. Ante la jubilación de unos 16.000 médicos de esta especialidad en los próximos diez años es necesario promocionar la medicina rural con atractivos incentivos. Este modelo de asistencia, que en España afecta a más de 8.000 pueblos de menos de 15.000 habitantes, ha encontrado en las nuevas tecnologías un aliado y una forma de avanzar, pero, sin duda, todavía queda mucho camino por recorrer y para ello es necesario hacer ver que en los pueblos hay mucha riqueza natural, material y humana con una potencialidad enorme para desarrollar magníficos proyectos, que hay que explotar.

Pero ¿cómo podríamos mejorar la Medicina Rural?

Además de estímulos y de reconocimiento, se le debe dotar de infraestructura y equipamiento y se han de potenciar las relaciones con las demás especialidades y con el hospital, disminuyendo la burocracia y concediéndole mayor autonomía de gestión y organización. Es preciso, como ocurre en otros países, facilitar la conciliación familiar del médico rural, posibilitándole acceso a la vivienda y trabajo a la pareja, primando los salarios y la carrera profesional, premiando la permanencia y apoyando la investigación y formación continuada.

Se han de mejorar las ratios pacientes/médico y fidelizar a los Médicos Residentes, ofreciéndoles contratos prolongados y dignos, con el compromiso mutuo de ejercer en España varios años después de finalizar la especialidad. Así mismo hay que reeditar la función de otras profesiones sanitarias. Todo ello se ha de hacer con la aquiescencia de los profesionales, quienes conocen la problemática mejor que nadie.

La Medicina Rural se debe tratar en la Facultad como asignatura propia, con profesorado específico e invitando a las aulas a médicos rurales líderes en su trabajo. Los MIR de Familia deberían rotar por el medio rural al menos 4 o 6 meses cada año, con un programa diseñado específicamente para ellos.

Quiero terminar mi intervención con optimismo pensando en el futuro con la esperanza de que se dé un viraje en la actitud de los responsables de que esto cambie.

En la reunión de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en ASTANÁ (Kazajstán) en 2018, se reafirmaron los compromisos expresados en Alma-Ata, 40 años atrás, y se reiteró la necesidad de alcanzar una Atención Primaria con todas las características reseñadas.

Dos años después, un médico rural, entonces presidente de la OMC, el Dr. Serafín Romero Agüit, en una comparecencia ante la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, del Congreso de los Diputados, defendió 45 propuestas para mejorar la Sanidad, dedicando uno de los seis bloques a la Atención Primaria.

Otro dato optimista es el hecho de que recientemente la Comisaria Europea de Derechos Humanos, ha pedido al Gobierno de España mayor “dignidad y respeto” para los médicos y enfermeras y le solicita más inversión en Atención Primaria.

Últimamente se están apreciando unos tímidos intentos por parte de la Administración para paliar la falta de médicos de Familia y vemos cómo anualmente se va aumentando la oferta de plazas MIR de nuestra especialidad y cada vez son menos las que se quedan sin elegir.

Vuelvo a reivindicar desde esta Tribuna la necesidad de un pacto de Estado por la Sanidad que ofrezca a todos los españoles las mismas prestaciones. Pero no se aprecia voluntad política de hacerlo. Los políticos deben abandonar el vicio de buscar inmediatez de resultados y pensar a largo plazo consensuando un proyecto firme, permanente y duradero, siempre asesorados por profesionales y unificado para todo el territorio nacional.

Confío que, como miembro de esta Real Academia, pueda contribuir a sensibilizar a los responsables del sistema sanitario español a dar solución a este grave problema que arrastra España desde hace muchas décadas.

Muchas Gracias por la atención de todos ustedes y desde este momento me ofrezco para contribuir con esta Institución en todo aquello que se me encomiende, sobre todo en esta área de Medicina Rural en la que durante muchos años vengo prestando mis servicios como Médico Titular.

He dicho.

Muchas gracias.

“ANTÍDOTOS Y PANACEAS EN LA PRODUCCIÓN LITERARIA CERVANTINA”

Dr. Francisco López Muñoz

Excmo. Sr. presidente
Excmos. e Ilmos Sres. académicos
Sras. y Sres.

Agradezco, en primer lugar, la deferencia de la que soy objeto por parte de esta noble Institución y recibo este ingreso como académico correspondiente como un auténtico privilegio, esperando servirla en la medida de mis posibilidades y capacidades. Y agradezco especialmente a mi valedor, el académico Dr. José Antonio Milán Martín, sus amables palabras de presentación.

Y sin más preámbulo, procedo a leer el preceptivo discurso de recepción, centrándome en el entorno de los antídotos y panaceas contra los envenenamientos en las obras del Príncipe de las Letras, Miguel de Cervantes Saavedra (1547-1616).

El uso de los venenos y el conocimiento de sus propiedades adquirió una gran trascendencia durante el Renacimiento, bien por su utilidad criminal y política, militar, o meramente médica o terapéutica. La mayor parte de los venenos eran de origen vegetal, destacando la cicuta o el acónito, y un número considerablemente menor estaba constituido por minerales, entre los que destacaba el arsénico. El resto procedía del reino animal, especialmente temido, como los venenos de serpientes y escorpiones. No obstante, hay que recordar las palabras de Paracelso (Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim) (1493-1541), el gran maestro alquimista, “sola dosis fecit venenum”, aunque lo que realmente escribió fue que “todas las cosas son venenos... Tan sólo la dosis hace que una cosa no constituya un veneno”.

La alta cota de virtuosismo que el “arte del envenenamiento” con fines políticos adquirió en este periodo puede verse en la Italia del papado de los Borgia y de los cardenales florentinos, quienes incluso desarrollaron su propio veneno, denominado ‘cantarella’, ‘Acquetta di Perugia’ o ‘Acqua di Napoli’, o en la corte francesa de Catalina de Médicis (1519-1589). A esto hay que sumar la proliferación de personajes vinculados a las prácticas mágicas, dedicados a la elaboración de los denominados hechizos, encantamientos o filtros de amor. Estas prácticas llegaron a formar parte inseparable de la ima-

ginación colectiva europea durante el siglo XVI, como quedó plasmado en las obras literarias de un gran número de autores, como el propio Miguel de Cervantes, obras que constituyen un magnífico espejo en el que observar todos los entramados sociales, usos y costumbres de la España tardorrenacentista.

El recurso a los antídotos generales o panaceas para el tratamiento de los envenenamientos también fue una práctica habitual en el periodo renacentista. Algunos de ellos poseían la consideración de medicinas compuestas, como los clásicos mitridato (*mithridaticus antidotus*) y triaca (*Theriaca*), entre cuyos ingredientes se encontraban decenas de simples medicinales, mientras otros remedios eran de naturaleza simple y generalmente de procedencia mineral (tierra de Lemnia, hueso de corazón de ciervo, marfil o piedras preciosas, básicamente el jacinto, las perlas y la esmeralda). También numerosas plantas se utilizaron como antídotos específicos contra algunos venenos, como el dictamo (*Dictamnus albus*), la escorodonia (*Teucrium scorodonia*), la hierba escorzonera (*Scorzonera hispanica*), el gálbano (*Ferula galbaniflua*), el vecentósigo (*Cynanchum vincetoxicum*), el opoponaco (*Opopanax chironium*) o la verbena (*Verbena officinalis*). Sin embargo, los dos antídotos universales más famosos desde la Antigüedad hasta la época cervantina fueron, sin duda, el cuerno de unicornio y las piedras bezoares. Para ambos remedios, junto a otros como el castóreo y la verbena, encontramos referencias en las obras de Cervantes.

Durante la época cervantina, los textos de referencia en el campo de la toxicología fueron, sin lugar a dudas, la versión comentada del *Dioscórides*, publicada en 1554, del médico segoviano Andrés Laguna (1499-1559), y la *Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en Medicina*, publicada en 1565, del médico sevillano Nicolás Monardes (1493-1588).

Laguna, hijo de médico judeoconverso, fue una de las más brillantes figuras de la cultura europea de la época y un ejemplo prototípico de científico humanista del Renacimiento. Infatigable viajero, fue médico personal del Emperador Carlos V (1500-1558) y de su hijo, el rey Felipe II (1527-1598), e incluso del papa Julio III (1487-1555). Aunque escribió más de 30 obras de diversas materias, la más trascendente fue su versión anotada del *Dioscórides*, cuyos comentarios duplican en extensión el texto original. Además, Laguna incorporó un sexto libro titulado *Acerca de los venenos mortíferos y de las fieras que arrojan de sí ponzoña*, integrado por 69 capítulos, en el que trató ampliamente sobre los remedios útiles para cada tipo de intoxicación, describiendo también los antídotos universales, desde la triaca, al polvo de esmeraldas o unicornio, la piedra bezoar o la tierra de Lemnia.

Por su parte, Monardes ejerció siempre en su ciudad natal, Sevilla, sus dos actividades profesionales; la medicina, en la que alcanzó un gran reconocimiento social, y el comercio, llegando a manejar seguros sobre car-

gamentos, telas, barcos de esclavos, explotación de minas, y, sobre todo, importación de medicamentos. Monardes, a pesar de que nunca llegó a viajar a las Indias Occidentales, ejerció un destacadísimo papel en la difusión de los nuevos agentes procedentes del Nuevo Mundo. De hecho, llegó a ser incluso la primera persona en cultivar en Europa algunas de las nuevas plantas procedentes de América, en el jardín de su casa que daba al sevillano callejón del Azofaifo. El segundo tratado de su obra, *Historia Medicinal*, está dedicado a dos antídotos universales, como son la piedra bezoar y la hierba escorzonera, con un amplio prólogo sobre los contravenenos y antídotos disponibles en su momento. Un detallado conocimiento clínico de la acción de los diversos venenos sobre el organismo constituía, como en el caso de Monardes, un elemento crucial para cualquier médico que en ese entonces pretendiera tener una clientela de un alto rango social.

Desde el punto de vista farmacológico, varios autores afirman que las obras de Cervantes reflejan fehacientemente los procedimientos terapéuticos de su época e incluso pueden servir como herramienta de estudio para profundizar en el conocimiento de esta disciplina médica en su época. Sin embargo, de una detallada lectura médica de las obras cervantinas se puede colegir que, en relación con los venenos, Cervantes hace excelentes descripciones clínicas de sus efectos tóxicos, pero suele evitar mencionar específicamente el nombre de estos preparados. Esto posiblemente no se deba a la ignorancia del autor, que no era ajeno a la materia médica y terapéutica, sino, como hemos postulado en varias ocasiones, a un exceso de celo frente a las autoridades del Santo Oficio, debido al controvertido y desprestigiado uso extra terapéutico de estas sustancias, muy criticado por las autoridades eclesiásticas. Por este motivo, Cervantes se limita a glosar las propiedades de estos preparados, sin incidir en su hipotética composición. No debemos olvidar, en este punto, la especial vulnerabilidad del literato, que, cuestionado como cristiano viejo, debía dejar inmaculada de forma permanente su limpieza de sangre.

Pero no sucede lo mismo con los antídotos. En los textos cervantinos podemos encontrar referencias a la verbena y menciones explícitas a otros antídotos, considerados aún como panaceas durante el periodo tardorrenacentista, como el cuerno de unicornio, las piedras bezoares o el castóreo.

En su comedia teatral *Pedro de Urdemalas* (1615), Cervantes se refiere a la verbena, planta a la que se adjudicaban propiedades mágicas, incluso durante la época del barroco temprano: “Aquí verás la verbena, / de raras virtudes llena”. La verbena es una planta vulgarmente conocida en aquella época como ‘hierba sagrada’, por su uso, en forma de ramilletes, en ceremonias religiosas de la Antigüedad, o ‘hierba de los hechizos’, lo que remarca su carácter mágico. De hecho, se recolectaba durante la noche de San Juan y sus flores eran muy usadas para la elaboración de filtros de amor. En Ribadesella, Asturias, se cuenta un refrán que dice: “quien coja la verbena la mañana de

San Juan, no le picará ‘culebra’ ni bicho que le haga mal”. Y en un antiguo grimorio atribuido a un dominico del siglo XIII conocido como Alberto el Grande (posiblemente San Alberto Magno, n.d.-1280) puede leerse: “frotando las manos con el jugo de la verbena y tocando luego a la persona que se desea enamorar, se despertará en el objeto de nuestro deseo un amor irresistible”. Laguna comenta que “llámanla hierba sagrada por ser útil para purgar la casa de adversidades, colgándose de ella”, y le da varios y diversos usos, como para el alivio de los dolores de cabeza y del fuego de San Antón, además de como antídoto contra los venenos. Por su parte, Monardes comenta en su obra que utilizó experimentalmente la verbena procedente del Perú en un criado al “que le habían dado hechizos, y con el zumo de la verbena que tomó, echó por vómito muchas cosas del estómago de diversos colores, que decían que eran los hechizos, y echados quedó sano”.

En el caso del envenenamiento criminal de la novela ejemplar *La española inglesa* (1613), posiblemente por beleño (*Hyoscyamus niger / albus*) o por “zumo de texo” (*Taxus baccata*), a la luz de los síntomas descritos, Cervantes relata que, a Isabela, la reina “hizo dar cantidad de polvos de unicornio, con muchos otros antídotos que los grandes príncipes suelen tener prevenidos para semejantes necesidades”. Este pasaje hace pensar en una supuesta lectura por parte del escritor de la obra de Laguna, quien dice: “de todas las medicinas preservativas contra pestilencia y veneno, al cuerno de unicornio se da la gloria primera... Porque bebidos de las rasuras de aquel, 5 granos con vino, en tal modo corroboran el corazón, que por un día no puede ninguna suerte de ponzoña ofendelle: como se ha visto por la experiencia, en algunos hombres a morir condenados...”.

Enmarcado en la mitología medieval, el unicornio fue asimilado inicialmente al rinoceronte, mamífero de la familia *Rhinocerotidae*, conocido en la España de la época como abada, como se pone de manifiesto en *Las Etimologías* (627) de Isidoro de Sevilla (ca. 560-636). Sin embargo, durante la Edad Media, las leyendas lo acabaron presentando como un estilizado caballo blanco, con patas de antílope y barbas de chivo, que portaba en su frente un cuerno largo, recto y espiralado. Este apéndice, denominado alicornio, administrado en forma de raspaduras, constituiría el más prestigioso antiveneno conocido. El naturalista suizo Conrad Gesner (1516-1565) resumió toda la sabiduría acumulada en el siglo XVI en su obra *Historiae animalium*, publicada en Zurich entre 1551 y 1587, indicando que molido el polvo del cuerno y mezclado en pociones serviría para curar el escorbuto, la hidropesía, la debilidad y la melancolía. Por su parte, el médico y botánico Francisco Hernández de Toledo (1514-1587) recoge en su obra el siguiente párrafo de Ctesias “El polvo macerado de este cuerno se administra en una poción como protección contra las drogas mortales. Aquellos que beben en vasos hechos con estos cuernos no están sujetos a convulsiones o la enfermedad sana. Incluso son inmunes a los venenos si, antes o después de tragarlos, nada más beben vino de estas copas”. Por este motivo, las personas

principales también lo utilizaban para construir copas y vasos, sobre cuyo contenido ninguna ponzoña podría ejercer su efecto. También se fabricaban con él cucharas de prueba, que “sudaban” al contactar con el veneno, y en otros casos se sumergía un trozo de cuerno en las copas antes de que reyes y nobles bebieran.

Además, durante la época cervantina comenzó a capturarse el narval (*Monodon monoceros*), denominado unicornio marino, cuyo cuerno fue el que perpetuó la tradición alexifármaca de esta sustancia. Este cetáceo, de la familia *Monodontidae*, presenta un colmillo superior izquierdo que crece de 2 a 3 m de largo, de aspecto estriado transversalmente, y cuya función no está dilucidada, pero parece que sirve para horadar los hielos polares y permitir el desplazamiento de las familias por las aguas heladas de los polos. El cuerno está compuesto de marfil y una capa de cemento dental y dentina, pero carece de esmalte. En el norte de Europa, se usó por su capacidad para curar envenenamientos y para tratar la melancolía.

Aunque Paracelso desmontó experimentalmente el mito de este antídoto, las propiedades antivenenosas del cuerno de unicornio continuaron explotándose hasta el siglo XVIII, siendo considerado una “medicina obligatoria” en boticas y farmacias, aunque las falsificaciones fueron una práctica habitual. De hecho, a finales del siglo XVII, el rey Carlos II de Inglaterra (1630-1685) solicitó un informe sobre una copa elaborada con cuerno de rinoceronte a la *Royal Society of Medicine*, y confirmaron su ineficacia en la protección frente a intoxicaciones.

La piedra bezoar también fue considerada desde la Edad Media como un antídoto insuperable, perdurando esta idea durante todo el Renacimiento. Incluso se mantuvo en las farmacopeas europeas hasta el siglo XIX, con el nombre técnico de *Lapis bezoardicus off.* Uno de sus más inquebrantables defensores, Nicolás Monardes, afirmó que “en ella se hallan todas las virtudes y propiedades que en todas las medicinas que habemos dicho juntas, por propiedad oculta, y por gracia del cielo en ella infusa, para contra venenos”.

Los bezoares recibieron diferentes nombres en Oriente. De hecho, este término deriva del persa “padzahar”, que viene a significar “expelente de venenos” y al conjunto de agentes alexifármacos se les denominaba también medicinas bezaárticas. Inicialmente se pensó que era un mineral procedente de la India, aunque posteriormente se confirmó que se trataba de un cálculo engendrado en cierta zona del estómago o en la vesícula biliar de algunas especies de animales, como venados y cabras, especialmente en la *Capra aegagrus*, vulgarmente llamada cabra bezoar, cuyo tamaño podría alcanzar incluso el de una castaña.

En sus comentarios al *Dioscórides*, Laguna cita que “hacen mención los árabes de una fuerte piedra llamada en arábigo Bezahar, que quiere decir contra tósigo: la cual celebran por admirable contra todo género de veneno, contra la mordedura de fieras emponzoñadas y finalmente contra la pesti-

lencia”. La administración de este remedio a los sujetos envenenados podía hacerse diluyendo el polvo obtenido de la misma en agua o vino, o bien sumergiendo la piedra entera durante un tiempo en agua que posteriormente se hacía beber al envenenado. Sin embargo, muchos fracasos terapéuticos eran achacados a las falsificaciones, debido al elevado valor de estas piedras y su escasez. De hecho, muchos galenos y boticarios, antes de adquirirlas, comprobaban su hipotética autenticidad administrándola a animales previamente envenenados.

El descubrimiento de estas piedras en la fauna del Nuevo Mundo, concretamente en la vicuña (*Lama vicugna*), aunque también en la llama (*Lama glama*) o el guanaco (*Lama guanicoe*), supuso un nuevo estímulo para su uso en el Renacimiento. De la importancia de este hecho da cuenta el propio Monardes en una epístola al rey de España: “Se han descubierto las piedras Bezares en el Perú, que con tanta estimación traen de la India de Portugal... Que una cosa que tan maravillosa es, y de tanto precio, se haya hallado en las Indias de vuestra Majestad, y sean tan fáciles de haber, y tan ciertas y verdaderas, que no tengamos dudas de sus efectos y virtudes. Lo cual no es así en las que traen de la India Oriental: que si vienen diez verdaderas, vienen ciento falsas”. Refería Monardes que había experimentado los efectos de estas piedras bezoares en diversos enfermos, habiendo “remediado a muchos, con maravillosos sucesos” y describe su forma y aspecto: “en lo superficial son leonadas, oscuras, lucidas: debajo de dos camisas o capas tienen una cosa blanca que gustada y tratada entre los dientes, es pura tierra, no tiene sabor ni gusto”. También el jesuita José de Acosta (1540-1600), en su obra *Historia Natural y Moral de las Indias*, publicada en Sevilla en 1590, tras haber permanecido casi 20 años en el Nuevo Mundo, se ocupó de las piedras bezoares obtenidas del estómago de los guanacos, informando que sus efectos “son alabados por sus maravillosas virtudes contra los venenos”.

Al igual que el cuerno de unicornio, las piedras bezoares eran consideradas un bien de lujo y su precio era muy elevado, al tratarse de un producto exótico, llegando a valer hasta 10 veces su peso en oro. Incluso se alquilaban por días en épocas de epidemias cuando su precio de compra no se podía pagar. De hecho, dado su carácter pseudomágico, incluso constituían un objeto de arte, al engarzarse, pulidas, en piezas de joyería de oro y plata. Precisamente en este sentido las menciona Cervantes en su comedia *La entretenida* (1615), cuando Muñoz da instrucciones a Cardenio para que éste de pábulo a su personalidad fingida de influyente indiano: “Mas no dejes de traer / algunas piedras bezares, / y algunas sartas de perlas, / y papagayos que hablen”.

Entre los antídotos de procedencia animal cabe destacar al castóreo, una sustancia almizclada amarillenta y de desagradable olor segregada por dos vesículas que posee el castor (*Castor fiber L.*) en el abdomen y que tradicionalmente se pensaba que eran los testículos del animal. Entre otras muchas propiedades terapéuticas y cosméticas, Dioscórides cita el castóreo a modo de alexifármaco (“tiene virtud contra las venenosas serpientes”), además de

servir “para infinitas cosas”. Por su parte, Laguna lo considera un “excelente remedio”, tanto si se administra por vía interna como tópica. Pero, al igual que sucedía con otros antidotos de difícil obtención, la falsificación fue la norma, y algunos autores, como el boticario toledano Lorenzo Pérez (n.d.-1584) en su *Libro de Theriaca* (1575), apuntaban que muchas veces lo que se adquiría en las farmacias como castóreo era cuajo de foca o testículos de nutria. De este fraude también alerta Laguna en su obra: “el castóreo que en las boticas nos administran parece ser contrahecho; porque ultra de otras muchas razones, es abultado y grande, siendo los compañeros del fibro [castor] sin comparación más pequeños”. Como otras panaceas clásicas, el castóreo pervivió en las farmacopeas modernas hasta el siglo XIX.

En relación a este animal, existía la creencia, basada en una fábula de Esopo (ca. 600 a.C. – 564 a.C.), de que cuando el castor era cercado por los cazadores, que buscaban precisamente sus genitales por sus usos terapéuticos, éste, conocedor de sus intenciones, se arrancaba con los dientes los testículos y los abandonaba para poder salvar su vida. Esta anécdota es referida por Cervantes en *El Quijote* (1605) a propósito del yelmo de Mambrino, cuando el hidalgo arremete contra el barbero con el objetivo de apoderarse de su bacía: “Dejose la bacía en el suelo, con la cual se contentó don Quijote, y dijo que el pagano había andado discreto, y que había imitado al castor, el cual, viéndose acosado de los cazadores, se taraza y harpa con los dientes aquello por lo que él, por distinto natural, sabe que es perseguid” (I-XXI). Sin embargo, esta muestra de antropomorfismo, que pretendía adjudicar una intencionalidad humana al comportamiento animal (la autocastración por supervivencia), fue rechazada y rebatida por Laguna, puesto que “[el castor] no puede alcanzar a ellos [los testículos], por estar encogidos y retirados”.

Podemos concluir afirmando que los conocimientos toxicológicos de Cervantes no eran superficiales. En sus obras demuestra tener amplios conocimientos de medicina, posiblemente procedentes de su entorno familiar y de amistades, así como de la lectura y manejo de diversos tratados de esta materia, algunos de los cuales integraban su biblioteca particular, como el *Dioscórides* comentado por Andrés Laguna, posiblemente herencia paterna, y único libro de carácter médico que cita Cervantes en toda su producción literaria, precisamente en *El Quijote*, cuando dice: “Con todo respondió Don Quijote, tomara yo ahora más aína un quartal de pan o una hogaza y dos cabezas de sardinas arenques, que cuantas yerbas describe Dioscórides, aunque fuera el ilustrado por el Doctor Laguna” (I-XVIII).

En este sentido, nuestro grupo ha planteado, en numerosas publicaciones, la hipótesis de que esta obra pudo servir de fuente documental para los pasajes de tinte farmacológico de las obras cervantinas, algo posiblemente extrapolable a sus referencias sobre los venenos y otros aspectos relativos a la toxicología, como los antidotos.

Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade-Rosa C, López-Muñoz F. Los animales mitológicos como engendro de venenos y antídotos en la España Áurea: A propósito del basilisco y el unicornio en las obras literarias de Lope de Vega. *Tribuna Plural Revista de la Real Academia de Doctores* 2016; 11: 71-127.
- Barona JL. Sobre medicina y filosofía natural en el Renacimiento. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 1994.
- Caillois R. El mito el unicornio. *Diógenes* 1982; 119: 5-27.
- Cirac Estopañán S. Conjuros, filtros, sahumeros y hechizos amatorios. Los procesos de hechicerías en la inquisición de Castilla la Nueva. Madrid: CSIC, 1942.
- Corbella J. Historia de la Toxicología. Del escorpión a las dioxinas. Barcelona: Publicaciones del Seminario Pere Mata de la Universitat de Barcelona, 1998.
- Duffin C. Porcupine stones. *Pharmaceutical Historian* 2013; 43 (1): 13-22.
- Eisenberg D. La biblioteca de Cervantes. Una reconstrucción. 2002. Disponible en <http://bigfoot.com/~daniel.eisenberg>.
- Espinoza González R. Bezoares gastrointestinales: mitos y realidades. *Revista médica de Chile* 2016; 144 (8). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800016>.
- Folch R. Los unicornios. *Farmacia Nueva* 1958; 225: 165-171.
- Francés Causapé MC. Consideraciones sobre Creencias, Farmacia y Terapéutica. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia, 2009.
- García García JJ. El unicornio y la práctica médica. *Revista Mexicana de Pediatría* 2001; 68: 30-33.
- González Alcalde J, Barreiro Rodríguez J, Diéguez Jiménez C, García-Guinea J. Antivenenos del siglo XVIII: Las piedras bezoares del Museo Nacional de Ciencias Naturales. *Madrid Histórico* 2010; 30: 47-50.
- Grenón P. Piedras Bezares: Estudios históricos coloniales. *Revista de la Universidad Nacional de Córdoba* 1922; 5-7: 281-302.
- Laguna A. Pedacio Dioscórides Anazarbeo, acerca de la materia medicinal, y de los venenos mortíferos. Salamanca: Imprenta de Mathias Gast, 1563.
- Ley W. El pez pulmonado, el dodó y el unicornio. Una excursión por la zoología fantástica. Madrid: Espasa Calpe, 1968.
- Llamas Camacho EG, Ariza Calderón T. Piedras bezoares entre dos mundos: de talismán a remedio en el septentrión novohispano, siglos

- XVI-XVIII. *Historia Crítica* 2019; 73. <https://doi.org/10.7440/hist-crit73.2019.03>.
- López-Muñoz F. Pomadas y ungüentos de bruja en la literatura del Siglo de Oro. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 2018; 135: 50-55.
 - López-Muñoz F. The literary works of Miguel de Cervantes from the perspective of psychopharmacology: the four aspects of phármakon. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 2021; 35: 103-116.
 - López-Muñoz F, Alamo C. El Dioscórides de Andrés Laguna en los textos de Cervantes: De la materia medicinal al universo literario. *Anales Cervantinos* 2007; 39: 193-217.
 - López-Muñoz F, Pérez-Fernández F. Los venenos como herramienta criminal en las obras literarias de Cervantes: La influencia de Andrés Laguna y su adenda *Acerca de los venenos mortíferos*, Libro VI del Dioscórides. *Eä Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología* 2017; 9: 23-77.
 - López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. “The herbs that have the property of healing...”: The phytotherapy in Don Quixote. *Journal of Ethnopharmacology* 2006; 106: 429-441.
 - López-Muñoz F, García-García P, Alamo C. La virtud de aquel precioso bálsamo...: aproximación a El Quijote desde la vertiente de la psicofarmacología. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2007; 35: 149-161.
 - López-Muñoz F, Alamo C, García-García G. “Than all the herbs described by Dioscorides...”: The trace of Andrés Laguna in the works of Cervantes. *Pharmacy in History* 2007; 49: 87-108.
 - López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. Locos y dementes en la literatura cervantina: a propósito de las fuentes médicas de Cervantes en materia neuropsiquiátrica. *Revista de Neurología (Barc)* 2008; 46: 489-501.
 - López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. Psychotropic drugs in the Cervantine texts. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2008; 101: 226-234.
 - López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. Tósigos y antídotos en la literatura cervantina: Sobre los venenos en la España tardorrenacentista. *Revista de Toxicología* 2011; 28: 119-134.
 - Martínez A (ed.). *Los Admirables Secretos de Alberto el Grande*. Barcelona: Alejandro Martínez, 1889.
 - Monardes N. *Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en Medicina*. Sevilla: Fernando Díaz, 1580.
 - Pardo-Tomás J. Bezoar. En: Thurner M, Pimentel J, eds. *New World Objects of Knowledge. A Cabinet of Curiosities*. University of London, 2021, pp. 195-200.

- Pelta R. Puro veneno. Tóxicos, ponzoñas y otras maneras de matar. Madrid: La Esfera de los Libros, 2023.
- Pérez L. Libro de Theriaca, limpio de los errores hasta nuestros tiempos en ella cometidos y utilísimo para preparar y conseguir muchos simples y compuestos cada día recibidos en el uso de Medicina. Toledo: Juan de Ayala, 1575.
- Puerto FJ. El mito de Panacea. Compendio de Historia de la Terapéutica y de la Farmacia. Madrid: Doce Calles, 1997.
- Scarlato E. Cuerno de unicornio, bezoar y triacas. Modernos antídotos de la antigüedad. Boletín de la Asociación Toxicológica Argentina 2006; 72: 19-20.
- Simó L. Los “tósigos de amor” en las novelas de Cervantes. Espéculo Revista de Estudios Literarios de la Universidad Complutense de Madrid 2005. Disponible en <http://www.ucm.es/info/especulo/numero29/tosigos.html>.
- Stephenson M. From Marvelous Antidote to the Poison of Idolatry: The Transatlantic Role of Andean Bezoar Stones During the Late Sixteenth and Early Seventeenth Centuries. Hispanic American Historical Review 2010; 90 (1): 3-39.
- Valle A. Botica y farmacia en el Quijote. Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia 2002; 68: 693-734.

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (IV)

DÍA 26 DE OCTUBRE

Dr. Daniel Díaz Gómez, presentado por el Dr. Loscertales Abril
Dr. Fernando de la Portilla de Juan, presentado por el Dr. Galera Ruiz
Dra. Inmaculada Sánchez-Matamoros Martín, presentada por el Dr. Cantillana



Dra. Sánchez-Matamoros, Dr. Díaz Gómez y Dr. De la Portilla

“INFLUENCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DISEMINADO: DEL TRATAMIENTO PALIATIVO A UNA ESPERANZA DE LARGA SUPERVIVENCIA”

Dr. Daniel Díaz Gómez

Excelentísimo señor presidente,
Excelentísimos e ilustrísimos señoras y señores académicos numerarios,
Dignísimas autoridades y representaciones,
Señoras y señores académicos correspondientes,
Familiares, amigos:

Jamás ni en el mejor de mis sueños imaginé que los esfuerzos que pudiera hacer en mi vida profesional pudieran traerme el reconocimiento de ser admitido como académico correspondiente en esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. En este momento en que me presto a leer mi discurso de ingreso en esta docta casa debo comenzar, con profundo respeto y reconocimiento, por agradecer a los maestros que me propusisteis, el excelentísimo señor profesor doctor D. Jesús Loscertales Abril y los ilustrísimos señores doctores D. Enrique Poblador Torres y D. Felipe Martínez Alcalá, que fijaseis vuestra mirada en mi persona para ingresar en esta ilustre y centenaria institución. Para una persona como yo, médico vocacional desde que Dios me dio uso de razón, se trata de un sueño hecho realidad que hoy estoy disfrutando junto a ustedes, ilustres académicos, mi familia y mis amigos.

Mi interés por la profesión médica me viene desde mi primera infancia, nadie en mi familia ha sabido explicarme nunca el por qué, y yo mismo reconozco que no se bien los motivos, tan solo puedo decir que desde que tengo consciencia de mis pensamientos siempre he querido serlo. Sin embargo, recuerdo claramente el momento de mi vida en que comenzó mi fascinación por la Cirugía a la que hoy me dedico. Al finalizar 3º elegí continuar la parte clínica de mis estudios en el Hospital de Valme y quiso la fortuna que justo al comienzo del curso 92-93, mis primeras prácticas de 4º fuesen las de Cirugía General, debiendo acudir al quirófano en el que observé la primera intervención de toda mi vida. Nunca podré olvidar el impacto que la misma me causó, tanto por la magnitud que a mi juicio tenía, como por la destreza y

seguridad que apreciaba en los que la realizaban. Se trataba de una amputación abdomino-perineal de recto, realizada por vía abierta por el Dr. Ramón Galnares Barro, aquí presente, que ha sido desde aquel día y continúa siendo hoy uno de mis maestros, pues aún compartimos horas de quirófano, ayudado por el querido y añorado Dr. Custodio Sarmiento Robles, que en paz descanse. Esta intervención elimina la parte final del tubo digestivo, incluyendo el ano, debiendo combinar para ello un tiempo abdominal con otro perineal y existiendo un momento en que abdomen y periné quedan comunicados sin solución de continuidad. La magnitud de esa cirugía me dejó impactado hasta el punto de que me hizo decidir que aquello era lo que algún día yo quería hacer, sin que fuese impedimento el que los casos resultasen tan desafiantes como yo veía ese.

El empeño se mantuvo y su fruto fue la superación del examen MIR el año de mi licenciatura, eligiendo mi formación como Cirujano General en el sitio que yo deseaba, la Unidad de Cirugía del Hospital de Valme, pues allí también me había integrado los 3 últimos cursos como Alumno Interno. Fue durante los años de formación cuando se produjeron mis primeros contactos con el tratamiento de la patología oncológica, que posteriormente ha constituido el eje continuo de mi actividad profesional. Ya por aquel entonces y aun sin conocerlo, compartía el mismo sentimiento del profesor Blumgart cuando reflexionaba “Si no buscas una cura y unos márgenes limpios entonces vete a casa y haz otra cosa... alguna otra profesión”.

Pero también entonces fui apreciando que el tratamiento de los pacientes con tumores lo hacíamos de modo “independiente” entre los distintos “actores” intervinientes en el proceso diagnóstico y terapéutico, de modo que los profesionales atendían a sus enfermos desde su perspectiva unilateral, sin contacto y con poca comunicación entre ellos. Así, un especialista clínico como un médico internista o de aparato digestivo, que llegaba al diagnóstico de un tumor que estimase que debería ser operado, lo remitía a nuestra especialidad para que se realizase. El cirujano que lo valoraba, atendiendo a su criterio personal, corroboraba o rechazaba la indicación, lo que podía ocurrir porque el tumor tuviese un gran tamaño, afectase a otros órganos o precisase una cirugía de gran envergadura. En no pocas ocasiones el rechazo se producía porque ya se encontraba diseminado en forma de metástasis, por lo que las posibilidades de ofrecer un tratamiento curativo quedaban superadas, planteándose otras alternativas en el terreno paliativo: tratamiento oncológico, radioterapia u otros.

Como fruto de mis salidas a cursos y congresos en los que oía otros planteamientos para estos mismos problemas, nació en mi la inquietud por aplicar las soluciones a las particularidades de mis pacientes, en especial aquellas que lograban el rescate de casos considerados no aptos para ser operados y que finalmente llegaban al quirófano con posibilidades de curación. Entre todos tendría que destacar el “Curso Internacional de Actualización en

Cirugía” que organizada cada año el Profesor Enrique Moreno González en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, en el que atendía con admiración a sus afamados videos de técnicas quirúrgicas, así como a las conferencias impartidas por los grandes maestros de la cirugía hepática, pancreática y digestiva entre los que siempre destacaban los profesores Blumgart, Tanaka, o Strarlz. A la par que a estas grandes figuras, escuchaba con interés las presentaciones de los casos clínicos cuyas intervenciones se proyectaban, siendo entonces cuando comencé a oír por primera vez que los candidatos quirúrgicos eran previamente aprobados en los llamados comités multidisciplinares. Estos consistían en reuniones sistemáticas de los profesionales del mismo centro y pertenecientes a diferentes especialidades para discutir la mejor forma de caracterizar y tratar ciertas enfermedades oncológicas.

A nadie le es ajeno el avance general observado en todos los ámbitos de la medicina a lo largo de los últimos años, que ha motivado una creciente sofisticación en el proceso de diagnóstico y tratamiento de cualquier entidad. En el terreno de la oncología esto ha sido una constante desde los años 80 en que comenzó la administración de la quimioterapia como tratamiento complementario para algunos tumores después de ser intervenidos. No solo han progresado por la aparición de nuevos quimioterápicos o el descubrimiento de fármacos como los anticuerpos monoclonales, dirigidos específicamente contra moléculas expresadas por las células enfermas, sino que también lo han hecho las técnicas diagnósticas, especialmente las de imagen. El TAC multicorte y multidetector, la Resonancia Magnética de elevada definición o la tomografía por emisión de positrones combinados con diferentes tipos de contrastes o radiotrazadores resultan solo algunos ejemplos. Combinados con protocolos variados de adquisición de imágenes en momentos distintos, ofrecen hoy en día unas posibilidades diagnósticas nunca imaginadas. Además, la manipulación informática de los datos obtenidos en los estudios permite construir figuras tridimensionales de calidad nunca conocida, así como sustraer de forma virtual las diferentes estructuras y órganos en las reconstrucciones para planificar las intervenciones con mayor precisión. En el terreno exclusivamente quirúrgico, el avance de la cirugía de mínima invasión ha constituido una auténtica revolución en las intervenciones de todo tipo de patologías, incluidas las tumorales. Las técnicas laparoscópicas generalizadas desde principios de los 90 se han ido sofisticando por el impulso tecnológico, posibilitando imágenes de tal definición que superan con creces la visión directa de los ojos del cirujano en las intervenciones abiertas, así como agresiones quirúrgicas menores que facilitan recuperaciones cada vez más rápidas después de intervenciones de gran envergadura. Desde la primera colecistectomía laparoscópica en 1985 hasta las hepatectomías, pancreatetectomías o peritonectomías laparoscópicas y robóticas de hoy, la evolución de la técnica ha sido enorme en un lapso temporal relativamente corto.

En este panorama de avance y evolución de los diferentes ángulos desde los que se aborda la enfermedad de nuestros pacientes resulta inevitable

que también se produzcan nuevas formas de combinar las numerosas opciones terapéuticas. La secuencia clásica del tratamiento que comenzaba con la intervención quirúrgica y continuaba con la quimioterapia o radioterapia hace ya mucho tiempo que cambió, generalizándose conceptos como la neoadyuvancia para tumores de mama, estómago o recto, por nombrar algunos de los que me resultan más cercanos y siendo innumerables ya los que pueden plantearse así. Esta estrategia consiste en un tratamiento médico con o sin radioterapia antes de intervenir un tumor, con la intención de mejorar las posibilidades de su exéresis o los resultados oncológicos finales.

El último peldaño de esta escalada terapéutica que avanza vertiginosamente detrás de los nuevos medicamentos, técnicas y estudios lo constituye, sin duda, el abordaje de la enfermedad tumoral metastásica. Esta ha sido considerada, tradicionalmente, el estadio final de la enfermedad oncológica, que condenaba hasta hace poco a los pacientes a opciones paliativas, sin posibilidades de curación. Sin embargo, con estas estrategias se logran supervivencias en el tratamiento de la enfermedad metastásica de casi del 50% a 5 años para tumores como el colorrectal, cifras hasta ahora insólitas. Hacia finales de los 90 se introdujeron nuevos medicamentos contra la enfermedad colorrectal diseminada, administrados con finalidades paliativas, pero que al ofrecer buenos resultados llevaron a reconsiderar la intención con la que tratar a los pacientes. Por ejemplo, las combinaciones de 5-fluoruracilo y oxaliplatino con o sin irinotecán contra las metástasis hepáticas llevaban a reducciones en su tamaño que posibilitaban que se hicieran resecables cuando previamente no lo eran. Así, se popularizaron estrategias contra la enfermedad secundaria que permitían ofrecer hepatectomías en casos que antes habían sido desestimados. En la actualidad, la mayoría de los tumores de colon y recto tienen solo extensión loco-regional en el momento del diagnóstico, pero alrededor de 1/3 se presentan con enfermedad metastásica y, de este grupo, casi un 30% a su vez, logran ser rescatados para una intervención con intención curativa.

Los resultados alentadores fueron expuestos a nuestra comunidad científica en los primeros 2000 por cirujanos franceses, ingleses y norteamericanos, pero muy especialmente por los del equipo del Hospital Paul Brousse de París, entre los que destacaban los profesores René Adam y Daniel Azoulay. Junto a Graeme Poston, de Liverpool, fueron los difusores de las “estrategias onco-quirúrgicas”, que no eran otra cosa que el planteamiento de los casos clínicos en un entorno multidisciplinar en el que cirujanos, digestólogos, oncólogos, radiólogos, radioterapeutas, anestesiólogos y patólogos opinasen y decidiesen sobre los complejos problemas de los pacientes con tumores metastásicos.

Estas estrategias llevaron a su vez a idear nuevas fórmulas para conseguir eliminar cada vez mayores volúmenes de tejido hepático enfermo sin comprometer la supervivencia postoperatoria por insuficiencia hepática. Así,

nos familiarizamos con la embolización de la porta para atrofiar un hemisferio del hígado e hipertrofiar el contralateral, conocimos la combinación de hepatectomías mayores y menores para preservar tejido sano viable, o nos acostumbramos a añadir a la hepatectomía el tratamiento intratisular de lesiones de menor tamaño mediante radiofrecuencia o microondas guiadas por ecografía. También aceptamos conceptos novedosos como las hepatectomías en 2 etapas o las hepatectomías repetidas para mejorar los resultados de supervivencia. Y más recientemente, incluso, se lograron derribar barreras conceptuales como los “abordajes reversos” para la enfermedad colorrectal metastásica, según la que se prima la cirugía de las metástasis, dejando el tumor primario “in situ” para abordar en un segundo tiempo o, incluso, el trasplante hepático en este mismo contexto metastásico.

La inquietud por conocer cómo trabajaban en los centros de referencia me llevó a realizar un rotatorio de perfeccionamiento en mi admirado Hospital Paul Brousse de París a principios de 2010, sufragado mediante una beca de la Asociación Española de Cirujanos. Allí pude dirigirme tan sólo gracias al beneplácito y complicidad, una vez más, de mi mujer, pues por aquél entonces nuestros hijos contaban solo 3 y 6 años y combinar su cuidado con el trabajo como Intensivista en Virgen del Rocío no resultó fácil. Gracias por todo tu apoyo, no podría haber soñado nunca con mejor compañera para el viaje de la vida.

El complejo lo forman varios edificios en los que se atienden solo unas pocas especialidades, pues a su vez constituye centro común con otros hospitales del sur de París, cada uno polarizado hacia la atención de diferentes patologías. Uno de los edificios es el Centro Hepatobiliar, dedicado de forma monográfica al diagnóstico, tratamiento e investigación de esta patología. En las jornadas de trabajo destacaban las largas sesiones de presentación de casos en las que participaban los profesionales de las distintas especialidades y a las que asistíamos el numeroso grupo de observadores extranjeros.

La experiencia parisina fue trasladada de inmediato a las reuniones de mi hospital, consiguiendo mejorar las indicaciones de tratamiento e incorporando técnicas cada vez más sofisticadas, con lo que logramos que nuestros resultados se pareciesen a los publicados por los centros de excelencia. Este sistema de trabajo multidisciplinar no quedó limitado al ámbito de la sanidad pública, sino que también en la medicina privada promoví la formación de reuniones en el Hospital Infanta Luisa, de modo que todos los pacientes oncológicos a los que me viera en necesidad de atender, se beneficiaban de estos planteamientos.

En los últimos años he trasladado mi actividad al Hospital Virgen del Rocío, en el que pasé los primeros tiempos vinculado a labores de gestión, ocupando el cargo de subdirector al desencadenarse la pandemia mundial por el COVID19. Desde esta posición también intenté mejorar aspectos vinculados a los pacientes quirúrgicos, pues además de gestionar la incertidum-

bre, el miedo y las limitaciones que las diferentes olas nos trajeron, iniciamos soluciones novedosas para mantener la actividad quirúrgica en tiempos difíciles e, incluso, abordamos algunos de los problemas de mayor recorrido del centro, como la organización del trabajo del robot da Vinci. Finalizada la emergencia regresé a mi actividad asistencial, incorporándome a finales del año 2022 a la coordinación de la Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal y Retroperitoneal del Hospital donde somos referencia para Andalucía del tratamiento de la carcinomatosis peritoneal, que es la diseminación metastásica de los tumores en el interior de la cavidad abdominal. Los casos suelen ser altamente complejos y deben atenderse en el entorno multidisciplinar, pues al igual que ocurre con las metástasis en otras localizaciones, los buenos resultados se logran después del tratamiento combinado médico y quirúrgico. De este modo estamos en condiciones de ofrecer supervivencias a los 5 años de hasta el 30% en algunos casos, cifras esperanzadoras para pacientes considerados hasta hace no mucho como incurables.

Para finalizar, quisiera parafrasear a Sócrates cuando dijo “no puedo enseñar a nadie, solo puedo hacerles pensar”, pues tengo la esperanza de que esta reflexión anime y estimule a las nuevas generaciones de médicos que, como yo, en algún momento de su vida sintieron la llamada de esta maravillosa profesión. Y muy especialmente, a mis hijos: Pablo, que ya ha iniciado su camino en la Facultad de Medicina de Sevilla, y también Fernando, que por su edad aún tiene que decidir hacia dónde quiere dirigir sus pasos.

He dicho

“DE LA SUPERSTICIÓN A LA REVELACIÓN EN LA CIRUGÍA A TRAVÉS DE DOS OBRAS MAESTRAS”

Dr. Fernando de la Portilla de Juan

Excelentísimo señor presidente de la Real Academia de
Medicina y Cirugía de Sevilla
Excelentísimas e ilustrísimas autoridades y representaciones
Excelentísimos e ilustrísimos señores académicos de número
Señores académicos correspondientes
Querida familia
Queridos compañeros y amigos
Señoras y señores

En este momento, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a los ilustrísimos Sres. D. José Luis Serrera Contreras, D. José López Barneo y D. Hugo Galera Ruiz por su voluntad de avalar mi nominación como académico correspondiente. También quiero extender mi agradecimiento a todos los académicos numerarios que han aceptado mi ingreso en esta prestigiosa institución. Desde este preciso instante, me pongo a su completa disposición para contribuir al crecimiento y desarrollo de esta noble Academia.

Seguramente el título de mi discurso ha despertado su curiosidad y espero que, en los próximos minutos, pueda aclarar la conexión entre la cirugía y, dos obras de arte.

He decidido unir mis dos grandes pasiones, que junto a mi familia, conforman la esencia de mi vida: la cirugía y la historia del arte. La relación entre ambas ha capturado mi interés desde hace mucho tiempo, y aún más ahora que soy como cirujano y estudiante del grado de historia del arte.

El discurso que presento hoy es solo un esbozo de una obra más amplia que espero tener la oportunidad de presentar en su totalidad en esta respetada institución en el futuro. Nuestros tratados médicos describen a la cirugía como el arte de sanar con las manos, mientras que el arte es el medio de comunicación más poderoso que existe, inmune al paso del tiempo, universalmente entendido y de alcance global. El arte ha sido una compañía constante del ser humano desde sus orígenes, posiblemente como su primera forma de expresión. A lo largo de la evolución, el arte se ha vuelto más variado y complejo, pero siempre fiel a su esencia de contar historias. Los artistas, por su-

puesto, no han pasado por alto la cirugía y sus practicantes, y así podemos rastrear la historia de esta noble profesión a través de las obras artísticas, especialmente en la pintura.

De entre las muchas obras que podrían narrar la historia de la cirugía, he seleccionado dos que representan el inicio de los cirujanos y el fundamento de una cirugía más científica.

Primero, centraremos nuestra atención en la obra llamada “La extracción de la piedra de la locura”, creada por el renombrado artista Jheronimus van Aeken, conocido como El Bosco. Esta pintura al óleo sobre tabla de madera, que ha estado

residiendo en el Museo del Prado desde 1839, nos ofrece un fascinante vistazo a un mundo de curanderos y médicos charlatanes en los albores de la medicina moderna, que nos transporta al pasado y nos invita a reflexionar sobre la intersección entre el arte y la cirugía.

Realizada entre los años 1501 y 1505, nos presenta una escena costumbrista donde se representa a un cirujano-curandero llevando a cabo una trepanación en un campesino. Esta intervención quirúrgica tenía como objetivo extraer la supuesta “piedra de la locura”, una creencia de la época que atribuía a esta piedra la causa de la necesidad y la locura humana.

El Bosco aprovecha esta metáfora médica para reflexionar sobre la charlatanería y la falsa medicina de su época. La pintura se desarrolla en un ambiente rural, alejado de la nobleza, pero esta representación se enmarca dentro de un óvalo que limita la perspectiva. Este óvalo actúa como un espejo, permitiendo al espectador observar la realidad de la necesidad humana a través de él.

Al observar detenidamente la pintura, encontramos detalles simbólicos que refuerzan su mensaje central. A lo largo del círculo, encontramos una decoración de lazos dorados sobre fondo negro y una inscripción en letras góticas en la parte superior: “Maestro, quítame pronto esta piedra”; y en la parte inferior: “Mi nombre es Lubbert Das”. Estas inscripciones añaden capas de significado: Lubbert Das, un nombre del folclore neerlandés, se asocia con la estupidez y la necesidad, mientras que “das” significa tejón, un animal considerado perezoso. La combinación de las palabras también sugiere la castración, añadiendo otro nivel de significado.





El cirujano falso lleva un embudo invertido en la cabeza, símbolo del engaño y la falta de sabiduría. En lugar de extraer una piedra, saca un tulipán de un lago. Este tulipán se interpreta como símbolo de la codicia y el afán de lucro, además de connotaciones de castración y control de impulsos sexuales. Junto al cirujano, dos figuras religiosas, un clérigo y una monja, están presentes. La monja lleva un libro cerrado sobre su cabeza, simbolizando la ignorancia y la superstición que se atribuían a menudo al clero. Un bolso atravesado por una daga también se observa, representando el peligro y la tentación del pecado.





ruinas, invadido por la vegetación, como puede apreciarse en el extremo izquierdo del grabado, donde una mata de hierba brota en la cornisa inferior.

Desviemos ahora nuestra atención al ápice del edificio, donde destaca el escudo con las armas de Vesalius, adornado con laureles y sostenido por dos amorcillos. En este escudo, se observan tres comadreas de plata alineadas, conformando un blasón parlante. Vesalius deriva de Wesel o Wesele,



que significa comadreja en flamenco. Justo debajo, se encuentra la cartela que enmarca el título de la obra, “De humani corporis fabrica libri septem”. Bajo ella, una máscara de tragedia griega, ornamentada con cintas, agrega un toque teatral a la escena. En la parte inferior de la portada, encontramos los nombres del autor, Andreas Vesalius, y el lugar y año de publicación.

En el centro de la composición vemos a Vesalius, aunque su semejanza con el famoso retrato no es exacta. Con el índice izquierdo en alto, demanda atención, mientras con la mano derecha introduce un separador en el abdomen del cadáver. Bajo la mesa, se muestra a dos barberos en conflicto, exhibiendo su inutilidad. Temporalmente, este escenario sugiere el primer día de lección, cuando se comenzaba con el abdomen, que era lo primero en descomponerse.



Vesalius comunica varios mensajes a través de los símbolos presentes en esta obra. Su posición como docente, enseñando la lección él mismo en lugar de simplemente comentar *ex cathedra* mientras un barbero realiza la disección, apunta a una condena de la anatomía basada en la disección animal practicada por Galeno.

Quizás el mensaje central de este frontispicio radique en la idea de que la mejor fuente para conocer al hombre es el propio hombre. Vesalius no busca un enfrentamiento entre el saber antiguo y moderno, por lo que representa a personajes de ambas épocas con igual pasión y asombro.

El personaje en primer plano, en la parte inferior derecha, ataviado al estilo antiguo, se cree que es Realdo Colombo, discípulo de Vesalius, quien, como podemos observar, rechaza con el pie a un perro -símbolo de la anatomía antigua- y señala con un dedo la nueva ciencia, representada por la disección humana.



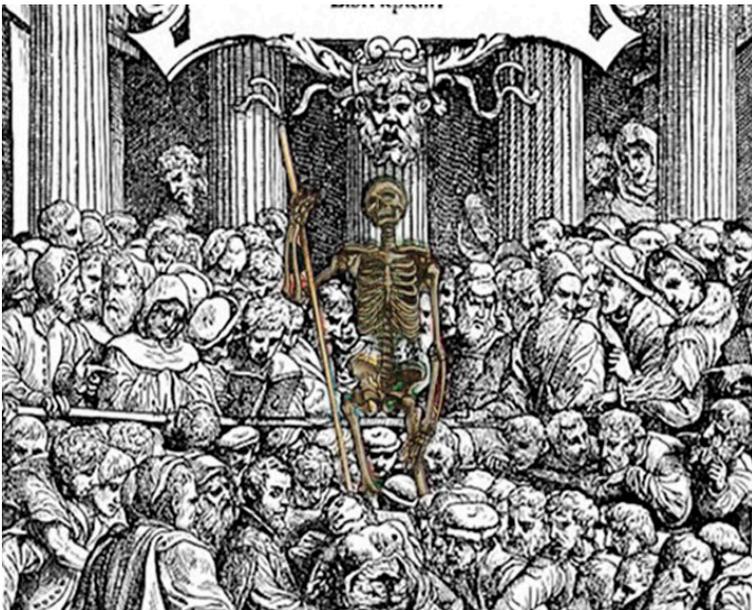
Otra curiosidad reside en el mono encadenado en la parte inferior izquierda, que, en un gesto de protesta, muerde la mano de un joven estudiante y que ha sido interpretado como una alusión a la anatomía de Galeno, que utilizaba estos animales.



Además, la dicotomía entre dos eras se refleja en dos figuras, a ambos lados y por encima de la multitud. Una figura desnuda representa el saber antiguo, mientras que otra vestida según la moda de la época simboliza el conocimiento moderno.



Finalmente, fijémonos en el esqueleto sentado, inusual e inquietante, que, con su bastón en mano, domina a la multitud. ¿Podría Vesalius estar sugiriendo que la muerte es la que finalmente gobierna al hombre?



Este frontispicio transmite el mensaje de que el ser humano debe explorarse a sí mismo mediante la observación y el estudio de su cuerpo. Vesalius rechaza la anatomía basada en la disección animal y enfatiza la importancia de la disección humana para comprender la estructura y el

funcionamiento del cuerpo humano. A partir de este momento, la cirugía adquiere una nueva dimensión que la impulsa como una especialidad dentro de la medicina. Además, el rol del maestro que enseña al alumno, como vemos en la transmisión de técnicas quirúrgicas a nuestros residentes en la actualidad.

En resumen, tanto “La extracción de la piedra de la locura” de El Bosco como el frontispicio del libro “De humani corporis fabrica” de Vesalio son obras que abordan temáticas relacionadas con la cirugía en su contexto histórico. Ambas emplean símbolos y alegorías para transmitir mensajes acerca de la ignorancia, el engaño y la relevancia del conocimiento científico en la comprensión del cuerpo humano. A través de su arte, tanto El Bosco como Vesalio nos instan a reflexionar sobre la condición humana y la búsqueda de la verdad en un mundo cargado de supersticiones y creencias erróneas. No pasará mucho tiempo antes de que la cirugía académica resurja, persistiendo hasta nuestros días como una disciplina en constante evolución.

Muchas gracias.

“EPIGENOMA, NUESTRO ALIADO CONTRA EL CÁNCER DE PANCREAS”

Dra. Inmaculada Sánchez-Matamoros Martín

Excelentísimo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Sevilla
Ilustrísimos Sres. académicos de número y
académicos correspondientes
Querida familia, compañeros y amigos
Señoras y Señores

Antes de nada, deseo expresar mi gratitud al poder dirigirme a ustedes desde este insigne foro, único en el mundo por su antigüedad y rigor científico, como es esta Ilustre Real Academia de Medicina de Sevilla, tras haber sido elegida para formar parte de la misma y a la que me pongo a su disposición para colaborar en todo aquello que fuese necesario.

En primer lugar, quiero agradecer al ilustrísimo Sr. D. José Cantillana Martínez, el haber tenido la deferencia de proponerme para el nombramiento de académica correspondiente, gracias por su cariñosa presentación y como no, por haberme enseñado a dar mis primeros pasos en la cirugía no solo técnicamente, sino también desde la humanidad y ética profesional que le caracteriza y que como buen profesor universitario supo desde el primer momento transmitirme.

También agradecer a mis compañeros de trabajo tanto cirujanos como de cualquier otra especialidad o categoría profesional; a los pacientes que han ido pasando a lo largo de este tiempo; a mis amigos y especialmente a mi familia; lo que han aportado a mi vida profesional y personal, sin los que no hubiese llegado hasta aquí.

A todos muchas gracias.

Si en este momento, a cualquiera de los aquí presentes nos dijese que padecemos un “Cáncer de Páncreas”, inconscientemente nuestra mente asociaría en la mayoría de nosotros la idea de muerte; esto está sostenido en datos objetivos, ya que desgraciadamente hoy por hoy, el cáncer de páncreas sigue siendo uno de los tumores con más letalidad en el mundo.

Según los datos registrados en GLOBOCAN, que es actualmente la herramienta más importante de que disponemos a nivel mundial para el regis-

tro y evaluación de tumores, se observa que la incidencia mundial estimada desde el año 2020 al 2040 aumentará desde los 496.000 a los 844.000 casos, suponiendo un incremento casi del doble, el mismo que sufrirá la mortalidad estimada para esos 20 años. La tasa Incidencia/Mortalidad es nada más y nada menos que del 94%.

Este tumor es la séptima causa de muerte por cáncer a nivel mundial, la tercera en EEUU y en un futuro próximo se estima que también será la tercera en Europa. Ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres y en mayores de 55 años y la histología predominante es el adenocarcinoma ductal en un 90%, asentando en la cabeza pancreática el 70% de los mismos.

El único tratamiento curativo a día de hoy es la cirugía, aunque sólo llegan a ser resecables un 20%, ya que por su clínica silente el diagnóstico suele ser tardío. La quimioterapia Adyuvante o neoadyuvante aumenta la supervivencia, aunque la tasa a los 5 años es solo del 16-27%.

¿Cómo se podría mejorar el pronóstico de este tumor? Bien disminuyendo su incidencia controlando los factores de riesgo mediante la prevención primaria, o disminuyendo su mortalidad con un diagnóstico precoz y con la calidad del tratamiento. Éstos dos últimos son los que realmente dependen directamente del avance de la ciencia, aunque paralelamente nosotros tenemos en nuestra mano la llave para actuar sobre la incidencia mediante el control de los factores de riesgo.

A día de hoy “ningún avance terapéutico será comparable en magnitud e impacto a una **medida de prevención**”, por tanto, actuemos sobre los factores de riesgo del cáncer de páncreas, aunque para ello tenemos que partir de su etiología.

La etiología del cáncer de páncreas sabemos que es multifactorial, el 20% debido a alteraciones genéticas hereditarias y el 80% a mutaciones genéticas esporádicas, causadas por una serie de factores, algunos de ellos no modificables como edad, sexo, pancreatitis hereditaria, historia familiar de primer grado o síndromes familiares; pero la mayoría de factores sí que pueden ser modificables como son tabaco, obesidad, dieta, actividad física, factores ocupacionales o historia de pancreatitis crónica. Sabemos que la obesidad y el tabaco son causantes de hasta un 30% de los cánceres pancreáticos.

En 2015 se realizó un estudio donde se revisaron 117 metaanálisis, que incluían 37 factores de exposición distintos, para detectar aquellos de riesgo para el cáncer de páncreas. Obtienen esta tabla donde nos muestra los más fuertemente relacionados, de los cuales los cuatro primeros son modificables, tabaco, obesidad, diabetes y alcohol, siendo el tabaco el que presenta el mayor riesgo atribuible. El estudio concluye que “aproximadamente **dos tercios de los principales factores de riesgo son potencialmente modificables**, lo que brinda una **oportunidad para prevenir** uno de nuestros cánceres más mortales”.

Hemos dicho que el tabaco es el principal factor de riesgo y os presento este estudio de casos controles de 6.507 pacientes con cáncer de páncreas y casi 13000 controles, que afirma que fumar actualmente se asocia con un riesgo dos veces mayor de cáncer de páncreas y que el riesgo aumenta con la cantidad de cigarrillos fumados y la duración del consumo, de manera que, si se consumen más de 35 cigarrillos al día, el riesgo pasa a triplicarse. Sin embargo, los exfumadores van disminuyendo su riesgo, hasta igualarse a los que nunca fumaron cuando pasan más de 20 años.

El otro gran factor de riesgo para el cáncer de páncreas es la obesidad. Desde el primer homo sapiens hasta la revolución de la agricultura pasaron 5000 generaciones y solo en 5 generaciones, desde la revolución de la agricultura hasta la revolución industrial, hemos pasado de homo sapiens a homo obesus, la pandemia del siglo actual.

Según datos del atlas mundial de la obesidad de 2023, en España existe un incremento considerable de la misma, más en hombres que en mujeres y se estima que en 2035 se llegue a un 37% de obesidad en adultos, lo cual es una cifra preocupante ya que lleva de la mano aumento de enfermedades como la diabetes tipo 2 y el cáncer asociado a obesidad; uno de ellos el cáncer de páncreas.

Existen dos estudios de cohortes prospectivos realizados en EEUU, con 78.800 mujeres y 44.300 varones, con un seguimiento de 10 a 20 años y donde recogieron 350 casos incidentes de Cáncer de páncreas.

Entre los datos recogidos están el IMC y la actividad física y se estudió la relación con el cáncer de páncreas, obteniendo una gráfica donde se observa que: un $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ asocia un 72% más de riesgo de Cáncer de páncreas que los pacientes con $IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$ y que la actividad física disminuye el riesgo sólo si el $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$.

Del estudio se concluye además que caminar más de 4 horas/semana asocia un 54% menos de riesgo que caminar menos de 20 minutos/semana.

Este es un estudio experimental, realizado con dos grupos de ratones K-ras mutado, alteración genética predisponente al cáncer de páncreas, entre los que había un grupo control alimentados con dieta normal y otro alimentados con dieta grasa; se comprobó que estos últimos presentaban a los 9 meses un aumento significativo de niveles de insulina en sangre, así como de glucosa. Además, en la histología del tejido pancreático había mayor inflamación y fibrosis, lesiones precursoras del cáncer de páncreas (PainIN) más avanzadas y cómo se puede observar en esta gráfica, mayor incidencia de adenocarcinoma pancreático. Estos datos subrayan el papel de la inflamación sostenida inducida por la dieta, en el desarrollo del cáncer de páncreas

De la mano de la obesidad, la Diabetes tipo 2, un metaanálisis de 151 cohortes con más de 32 millones de personas y 1,1 millones de casos de cáncer, estudia la relación de la Diabetes tipo II con la incidencia y mortalidad

por cáncer; concluye que la Diabetes tipo 2 se asocia con un mayor riesgo de incidencia y de mortalidad por cáncer de páncreas.

Hemos oído frase como estas: los genes cargan el arma y el ambiente aprieta el gatillo o el ADN no marca tu destino; esto, que es cierto, lo explica la epigenética, viene del griego “epi” por encima de... la genética y es la ciencia encargada de estudiar los mecanismos que regulan la expresión genética, sin modificar la secuencia del ADN.

Un ejemplo curioso de cómo actúa la epigenética a través de la dieta, es el caso de las abejas. Las larvas de las abejas son idénticas genéticamente; durante el desarrollo larvario, las larvas hembras alimentadas con jalea real se desarrollan más rápido, naciendo a los 13 días y produciendo abejas reinas; sin embargo, las larvas hembras alimentadas con polen y miel tienen un desarrollo más lento y nacen a los 18 días, produciendo abejas obreras; existiendo una evidente diferencia fenotípica entre ellas y lo más importante, la inactividad ovárica de las obreras y la capacidad de la abeja reina de poner entre 1500 y 2000 huevos diarios. Este llamativo cambio en el fenotipo inducido por la dieta, nos muestra claramente cómo ésta puede afectar al genoma.

Del mismo modo, sabemos que en humano existen factores como carcinógenos, ejercicio, estrés, dieta, tabaco, infecciones o estímulos inflamatorios, que van a ir produciendo a lo largo del tiempo, una serie de alteraciones epigenéticas que llevarán a la activación o inactivación de genes, obteniendo así un fenotipo determinado.

Hoy día existen múltiples estudios que relacionan la epigenética con el cáncer y ya hay publicaciones en revistas de gran impacto sobre la relación entre epigenética y carcinogénesis pancreática, cuando coexiste una mutación predisponente como el K-ras (presente en más del 90% de los cánceres pancreáticos) y un ambiente inflamatorio inducido.

Los estilos de vida y condiciones ambientales crean un estrés oxidativo y un ambiente inflamatorio, que van a ir produciendo alteraciones epigenéticas en el páncreas; si éste ya expresa una mutación K-ras (como hemos dicho que predispone al cáncer de páncreas), va a inducir la aparición de lesiones precursoras neoplásicas como la Neoplasia intraepitelial, que puede evolucionar en sus diferentes grados hasta tumores invasivos, llegando a producir un adenocarcinoma pancreático; por tanto, un estilo de vida saludable puede ser nuestro aliado contra el cáncer de páncreas.

Os presento un estudio de cohortes prospectivas de más de 120.000 personas, todas mayores de 50 años con seguimiento durante 34 años. Incluyen en su estudio 5 factores de vida saludable: no fumar, un peso saludable con IMC entre 18,5 y 24,9Kg/m², actividad física regular (más de 30 minutos al día), un consumo moderado de alcohol (entre media y una copa y media al día para mujeres y entre media y tres copas al día para los varones) y una alimentación sana al menos en un 40%. Analizan sus resultados y calculan cual

es la expectativa de vida según el número de factores que cumplan. Estas son las gráficas obtenidas según el sexo, donde se observa la expectativa de vida ganada dependiendo de la edad del sujeto hasta los 105 años. Y vemos que el cumplimiento de los cinco factores de vida saludable, podría prolongar la esperanza de vida entre 14 años en la mujer y 12 años para el hombre.

¿Qué es alimentación sana o saludable? Sabemos que determinados alimentos no son saludables como ultra procesados, aceites vegetales refinados, azúcares, harinas refinadas o carnes rojas y embutidos, pero ¿sabemos elegir una dieta de calidad?

Con la premisa de que la calidad de la dieta influye en la incidencia del cáncer de páncreas, se realizó un estudio observacional prospectivo, con 566.000 participantes, donde 315.000 eran hombres y el resto mujeres, durante 16 años de seguimiento. Mediante un cuestionario con 124 ítems se compararon 5 tipos de dietas saludables, entre ellas la mediterránea. Aparecieron 3137 cánceres de páncreas durante el seguimiento, que se relacionaron con el tipo de dieta y estilo de vida del paciente y se concluyó que la dieta mediterránea asocia menor riesgo de cáncer de páncreas que el resto.

Publicaciones recientes reafirman los beneficios de la dieta mediterránea, afirmando que puede disminuir el riesgo de cáncer de páncreas hasta en un 20%.

La base de la dieta mediterránea es la fruta y la verdura fundamentalmente. Daniel Wang, prestigioso epidemiólogo y nutricionista de Harvard, en 2021 resumió en un metaanálisis todos los estudios de calidad que había hasta el momento, sobre la relación entre el consumo de frutas y verduras y la mortalidad, donde observó cómo se puede ver en esta gráfica que el consumo de 5 raciones de frutas y verduras (3 piezas de fruta y 2 raciones de verdura) al día, reducen la mortalidad en general y la mortalidad por cáncer, no reduciéndose más, aunque aumentemos su consumo.

Las recomendaciones de nuestra dieta deben basarse en: frutas (3 piezas al día y mejor entera). El zumo de fruta no es igual que la fruta entera, ya que no lleva la fibra, que es la que nos evita el pico de glucemia por la fructosa, como podemos observar en estas gráficas. Verduras (2 raciones al día), aumentar el consumo de legumbres (mínimo 3 veces por semana), huevos casi a diario, pescado (mejor azul), añadir hierbas aromáticas y especias a las comidas, cereales integrales (pan, pasta y arroz), un puñado de frutos secos (naturales, sin tostar).

Para hablar de calidad en la dieta hay que hablar del concepto de carga glucémica, es un parámetro que mide con qué velocidad aumenta el nivel de glucosa en sangre tras consumir un determinado alimento. Debemos **escoger alimentos de baja o media CG y limitar la presencia de alimentos con alta CG.**

Los alimentos con una alta carga glucémica producirán una curva con picos de glucemias, que llevarán a una hiperinsulinemia secundaria y un excedente de glucosa que se transformará en grasa acumulada; sin embargo,

al elegir alimentos con baja carga glucémica, nuestra curva mantendrá unos niveles más estables, sin picos a lo largo del día y además disminuirémos la grasa acumulada.

Además de elegir alimentos de calidad y con baja carga glucémica, ya hay suficientes estudios que demuestran que debemos comerlos en el orden adecuado en la medida de lo posible. Empezaremos siempre por la fibra, tomando entrantes vegetales, después pasamos a las proteínas y grasas, esto va a enlentecer la absorción de azúcares por el intestino, luego tomaremos el almidón y por último los azúcares. Comer en este orden, reduce hasta en un 70% los picos de glucemia en las comidas.

Apoiados en estudios científicos, podemos afirmar que el desayuno provoca el mayor pico de glucemia del día, por ser donde el cuerpo es más sensible a la glucosa. Un desayuno rico en hidratos de carbono y azúcar, como puede ser churros o una tostada con mermelada, produce una curva con un pico importante de glucemia a las dos horas; sin embargo, tomar un desayuno rico en grasas y proteínas y bajo en hidratos, como una tostada con aceite de oliva, aguacate y huevo, no solo reduce el pico de glucemia tras el desayuno, sino que va a mejorar la curva de glucemia a lo largo del día; por tanto, hay que realizar un desayuno salado.

La abstención de tabaco y alcohol, mantener un $IMC < 25$, tomar una dieta saludable, realizar ejercicio físico moderado, así como controlar el estrés y la calidad del sueño, unidos al trabajo de nuestro aliado, la epigenética, cuidará de nuestro páncreas y así podremos disminuir considerablemente la incidencia del cáncer de páncreas.

Termino con esta frase de Kennedy: “la única razón para pronunciar un discurso es cambiar el mundo” y hoy quiero desafiar a cada uno de vosotros y a mí misma, a darnos la oportunidad de impactar positivamente en nuestra salud a largo plazo, tratando a nuestro epigenoma gentilmente, a través de un estilo de vida y una alimentación saludables.

Muchas gracias.

CONFERENCIAS, CURSOS Y MESAS REDONDAS

MESA REDONDA “LA TELEMEDICINA EN ANDALUCÍA. UNA VISIÓN DE 360°”

El 19 de enero tuvo lugar esta mesa redonda en el salón de actos de la RAMSE, y que contó con los ponentes Dr. Manuel Ortega Calvo, académico de número y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Dr. David Moreno Ramírez, académico correspondiente, profesor titular de Dermatología y jefe de servicio en el Hospital Virgen Macarena; y la Dra. Inmaculada Vázquez Cruz, directora general de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados del Servicio Andaluz de Salud.



Dr. Moreno, Dra. Caballero, Dr. Infantes, Dra. Vázquez y Dr. Ortega

“LA TELEMEDICINA EN EL ENTORNO COMUNITARIO. VISIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA”

Dr. Manuel Ortega Calvo

“Lo único constante es el cambio”.
Heráclito de Éfeso. 540 A.C.

Excelentísimo Sr. presidente de la Real Academia de
Medicina y Cirugía de Sevilla
dignísimos presentes...

Voy a intentar articular mi aportación a esta Mesa Redonda en los cuatro epígrafes siguientes.

1. La Tercera Revolución Sanitaria de Sir Muir Gray.
2. “Por favor, ¡cuente Ud. rápido del uno al diez!”
3. Lesión melánica en región frontal.
4. Las obligaciones ancilares del médico de familia con el resto de las especialidades y las tecnologías de la información.

1) La Tercera Revolución Sanitaria de Sir Muir Gray.

Durante los Cursos Universitarios Pre-Pandemia he desarrollado tareas de Profesor Asociado ASCIS y les explicaba entonces a los Alumnos de Tercero de Grado, las Revoluciones sanitarias concebidas por este investigador inglés. La primera de ellas durante el siglo XIX y centrada en la figura de John Snow y su increíble trabajo observacional sobre la epidemia de cólera en Londres. La segunda centrada ya durante el siglo XX con los indiscutibles avances diagnósticos, el desarrollo de la Teoría del Ensayo Clínico y la Medicina Personalizada. La tercera y última que es para Muir Gray la de los Derechos Sanitarios de los Ciudadanos, la del Conocimiento (“*Knowlegde*”) y la de la Telefonía Móvil.

Con cierto sarcasmo, les decía que esa última ya la conocerían ellos en su ejercicio profesional futuro ... , pero vino SARS-Covid 2 para tener que disimular mis palabras. Gran parte de nuestro trabajo durante las primeras olas de la Pandemia, ha sido telefónico. (Figuras 1 y 2).

NUFFIELD DEPARTMENT OF
PRIMARY CARE
HEALTH SCIENCES
Medical Sciences Division

SIR MUIR GRAY







Sir Muir Gray

He was director of Research and Development for Anglia and Oxford Regional Health Authority and supported the United Kingdom Centre of the Cochrane Collaboration in promoting evidence-based medicine. He held the positions of director at the UK National Screening Committee, during which he helped pioneer Britain's breast and cervical cancer screening programmes, and National Library for Health, and director of Clinical Knowledge Portal and Safety for the NHS National Programme for IT.

Figura nº 1 : Sir Mui Gray.

TERCERA REVOLUCIÓN SANITARIA DE SIR MUIR GRAY.

Figura 1
Las tres revoluciones sanitarias de Muir Gray.

We are now in the third healthcare revolution

The First	The Second	The Third
  <p>John Snow Sir Muir Gray</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotics • MRI • CT • Ultrasound • Menis • Hip and knee replacement • Chemotherapy • Radiotherapy • RCTs • Systematic reviews 	 

RCTs - Randomized Controlled Trials

MRI: Resonancia magnética nuclear. CT: Tomografía computarizada. RCT: Ensayos clínicos controlados¹⁴.

Figura nº 2 : Revoluciones Sanitarias.

Algo que pensábamos los médicos de familia de mi edad que no nos iba a ocurrir en nuestro desarrollo profesional, ha entrado de lleno en el escenario del trabajo en atención primaria para quedarse y para perfeccionarse de manera digamos casi exponencial tanto a nivel de atención clínica como en investigación y docencia. Es lo que se denomina en el mundo anglosajón “la competencia tecnológica en la educación médica” – Technology Proficiency.

2) Por favor, ¡cuente Ud. rápido del uno al diez!

En el mes de marzo o abril del año 2020 recibí una cita telefónica de un paciente con pocos antecedentes clínicos en la historia digital. Era la Primera Ola del Covid 19, los protocolos de atención no estaban aún muy desarrollados y aquel paciente varón me contó que se encontraba mal desde hacía

algunos días. Tenía fiebre de hasta 38,5 ° C, tos y lo que más le preocupaba era que sentía disnea al recorrer su casa de una habitación a otra, cosa que no le había ocurrido antes. La verdad es que desde el principio de la entrevista me pareció un caso de Covid 19 pero no lo tenía muy claro y sobre todo no tenía mucha idea de lo que tenía que hacer con él. Le pedí que me esperara un poco y que yo le llamaría en escasos minutos. Me acerqué a la consulta de mi compañera, la Dra. Eloísa Fernández, y le expuse el caso. La respuesta de Eloísa fue muy resuelta, “Manolo pídele que te cuente rápido del uno al diez”.

Volví a mi consulta, marqué el teléfono del paciente y escuché como se paraba en el número siete, inspiraba y después seguía hasta el diez. Con esa evidencia, el paciente fue derivado a la puerta de urgencias del Hospital Virgen del Rocío.

Aquel enfermo de Covid 19 superó la neumonía tras cinco días de ingreso y está desarrollando su actividad profesional en la actualidad. Hemos tenido la suerte de que esta experiencia fuese recogida por Revista Española de Salud Pública y de que además fuéramos citados por el Dr. Miguel Melguizo Jiménez, insigne médico de familia de la Escuela Granadina de Atención Primaria.

No quiero que Uds. se rasguen las vestiduras por la forma tan burda de evaluar volúmenes y flujos respiratorios, pero eran las “herramientas” que entonces teníamos en atención primaria para gestionar clínicamente la Pandemia.

Quiero informarles también que durante estas semanas se está implementando una consulta de telespirometría por parte del Servicio de neumología de Virgen del Rocío mediante la cual un enfermero entrenado específicamente con el espirómetro del centro de salud realizará el estudio en su consulta del Centro de Salud para en un segundo tiempo enviar la imagen de las curvas de flujo y volumen mediante una aplicación en el Programa DIRAYA.

Pero, como acertadamente señaló la Profesora Dolores Franco en una Mesa Redonda reciente celebrada en este mismo lugar, el cerebro humano



Figura nº 3. Radiografía PA de Tórax del paciente comentado líneas arriba. Servicio de Urgencias de Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío (2020).

no trabaja igual en dos dimensiones (sonido telefónico y pantalla de ordenador) que en tres (voz del paciente, gestualidad corporal, ordenador). Hay que tenerlo muy en cuenta a la hora de tomar decisiones en las consultas no presenciales.

Pensamos también que el concepto clásico de Desarrollo Comunitario se puede ver enlentecido por el uso continuado de las consultas telefónicas.

3) Lesión melánica en región frontal.

El día 30 de abril de 2018, Carmen llegó a mi consulta del Centro de Salud de Las Palmeritas, acompañada de su madre. Quería que le evaluáramos una lesión que tenía hacía algunos meses...

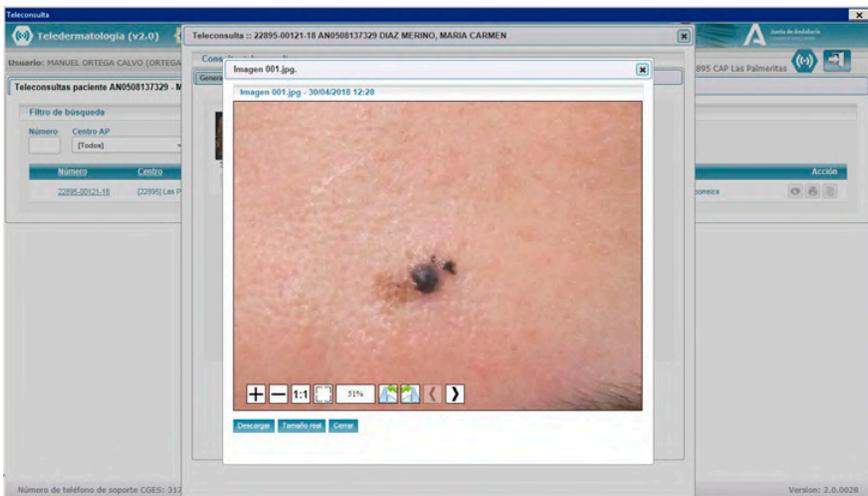
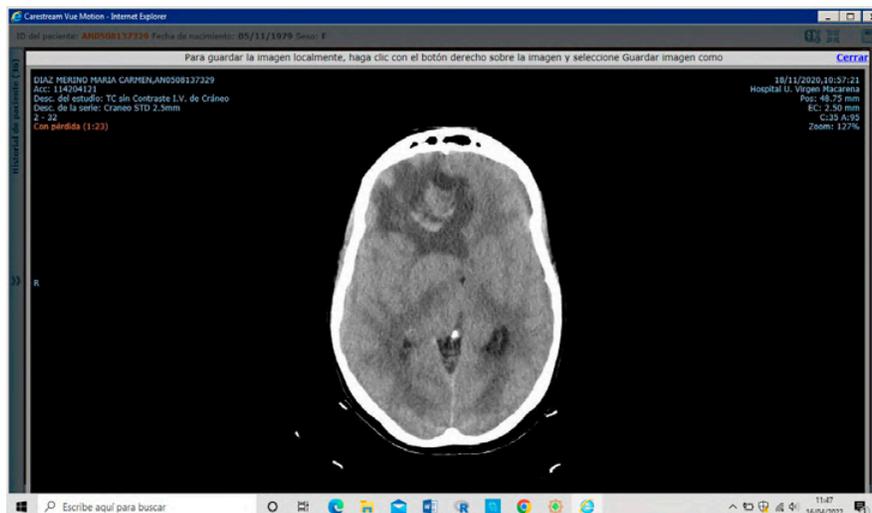


Figura n°3: Imagen de Tele-dermatología obtenida en tiempo real.



Figura n°4. Dermoscopia de la lesión frontal.

Por suerte tenía en la consulta adjunta al responsable de Teledermatología del Centro de Salud, el Dr. Luis Elgorriaga, quien ante la evaluación macroscópica de la lesión, interrumpió su consulta asistencial, pasó a la paciente a la suya, preparó la cámara y realizó las imágenes que Uds. están observando en este momento. La respuesta de la dermatóloga, Dra. Corbí no se hizo esperar y ese mismo día firmó la teleconsulta con el diagnóstico de posible Melanoma en región Frontal. La paciente fue derivada al nivel especializado casi de manera instantánea.



El desarrollo de la enfermedad no pudo ser controlado de manera eficiente a pesar de la prontitud diagnóstica. La paciente superó dos tumorectomías y una parotidectomía parcial unilateral. La última vez que vino a consulta fue en agosto de 2020, la traía su madre en silla de ruedas por una hemiplejía izquierda que le impedía la marcha. Falleció en noviembre de 2020.

Si Uds. se toman la molestia de consultar la página 83 de mi Discurso de Toma de Posesión como Numerario de esta noble institución y leído en el año 2021, verán las líneas de un cuento que Carmen ha dejado postmortem a sus mellizos. La familia lo ha difundido en forma de libro impreso...

A pesar de todo ello, puedo afirmar que el programa de Teledermatología es quizás el de mayor potencial a nivel de asistencia, de investigación y de docencia pre y postgraduada.

4) Las obligaciones ancilares del médico de familia con el resto de las especialidades en los tiempos de la tecnología informativa.

Este es un apartado puramente descriptivo. Está diseñado para hacer pensar a gestores, clínicos e investigadores. Los médicos de familia vamos a seguir desarrollando las tareas que se nos impongan desde los niveles especializados mediante tecnología de la información, lo único que queremos es

que sean UDS. conscientes del esfuerzo vocacional y del débito emotivo que ello nos acarrea. Dividimos este epígrafe a su vez en dos apartados.

a) “Vuestra hermana es gen BRCA positivo...”

Era el período Pre-Pandemia, el año 2018. Una familia compuesta por tres hermanas, me había pedido que gestionara el estudio del gen BRCA porque otra hermana había sido positiva y había fallecido recientemente en una ciudad castellana. Esa era una evidencia lo suficientemente sólida como para aceptar el estudio por parte del Hospital.

El magnífico Servicio de Genética Humana de Virgen del Rocío que dirige mi compañera en esta Institución, la Dra. Dña. Salud Borrego, tiene un sistema informático engranado en Diraya en donde cuelga los informes. Es un servicio con unos estándares de organización y de rigor científico insuperables. A las pacientes les dijeron que su médico de familia les informaría.

La entrevista transcurrió en una tarde relativamente tranquila, el enfermo anterior había sido un joven de unos veinte años con un cuadro amigdalar de aspecto purulento que fue tratado con betalactámicos por vía oral, la siguiente una chica también sobre la veintena que venía a recoger su parte de Alta Laboral. En medio, estas tres hermanas, con una cita cada una.

Tuve la suerte de que las dos hermanas que habían venido presencialmente eran gen BRCA negativos, pero la que se había quedado en casa mostraba un perfil positivo para ese marcador genético. Como todos Uds. saben es un escenario genético predisponente a varios tipos de neoplasia maligna en la mujer.

Este tipo de consultas desembocan en un estado cercano a la disociación cognitiva para el profesional que desarrolla un ritmo uniforme de trabajo en su jornada vespertina, gestionando entrevistas propias de atención primaria, como las que les he descrito anteriormente.

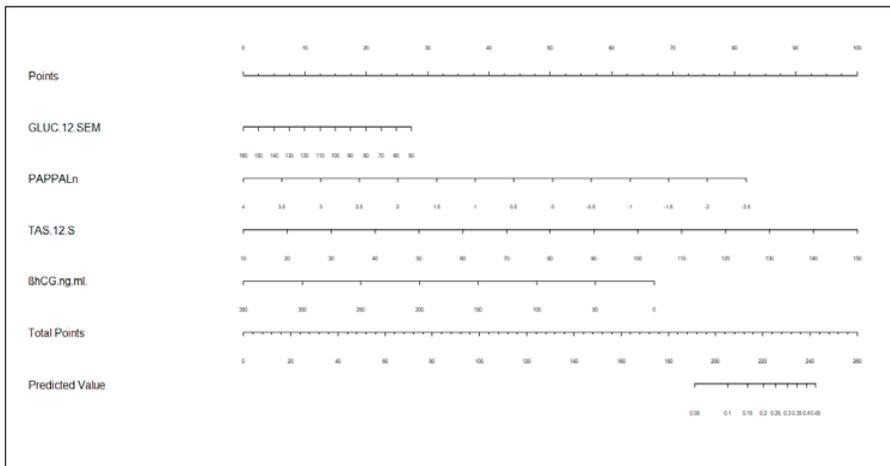
En los tiempos de la Medicina Basada en la Evidencia y de la Medicina Centrada en el Paciente, el médico de familia sigue trabajando con las “caras” de los seres humanos. Vamos a seguir haciéndolo, pero sean Uds. conscientes del precio psicológico que el profesional que no está específicamente entrenado para ese tipo de transacciones informativas, paga por ello. El agradecimiento de aquellas dos hermanas fue mayúsculo.

b) Vamos a ahora a ubicarnos en la primera visita que realiza la gestante a su médico de familia dentro del Proceso Embarazo aproximadamente sobre las doce semanas de gestación. Además de preguntarle cómo se encuentra, si tiene mucho sueño o si padece de náuseas, se registran las tensiones arteriales y se le hace entrega de las analíticas del primer trimestre. “Aquí le doy los valores de PAPP y de Betahidroxicoriónica, para que los interprete el obstetra que le realice la ecografía del primer trimestre, servirá para calcular el cribado de las cromosopatías...”

Sinceramente se siente uno en ese momento un poco “Correo del Zar” pues entregamos un papel con información clínica de dos biomarcadores que no podemos interpretar. Los vamos seguir haciendo, no hay problema, pero permítanme Uds. decir que la reacción del médico de familia no será la queja, sino que será la de crear conocimiento específico del nivel primario mediante investigación clínica.

En ese sentido quiero informarles que existen dos proyectos de investigación activos en el Centro de Salud de Las Palmeritas en colaboración con otros cinco centros de salud del Distrito Sevilla tendentes a dar contenido semiológico a la PAPPa y a la Betahidroxicoriónica para atención primaria en esa primera visita de la gestante. Es más, la Dra. Inmaculada Gabaldón Rodríguez, Directora del Centro de Salud de Las Palmeritas, va a leer en los próximos días su Tesis Doctoral en la Universidad de Sevilla sobre el valor predictivo de estos biomarcadores para la variable Obesidad en el Tercer Trimestre de la Gestación. Esta es una variable resultado claramente unida a un aumento de riesgo cardiovascular tanto de la madre como del recién nacido.

La citada investigadora ha podido desarrollar el nomograma de conducta clínica que pueden UDS observar en la diapositiva, aplicable a mujeres no obesas en el primer trimestre y que puede ser utilizado fácilmente por una matrona, un enfermero o un médico de familia que realice la visita.



Este instrumento puede predecir hasta con un 45% de probabilidad la existencia de obesidad en el tercer trimestre. Es un diseño observacional de tipo casos y controles incidentes y tiene por lo tanto una evidencia grado B2.

Espero que con todas estos conceptos y experiencias que he tenido el honor de exponerles, hayan tomado una ligera idea de lo que supone la implantación paulatina de las tecnologías de la información en la atención primaria que nosotros conocemos e intentamos desarrollar.

Muchas gracias por su atención y buenas noches.

“USOS Y APORTACIONES DE LA TELEMEDICINA EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA”

Dr. David Moreno Ramírez

Excmo. Sr. presidente,
Sra. directora general de Humanización, Planificación,
Coordinación y Cuidados del Servicio Andaluz de Salud,
Sres. académicos y amigos presentes

Debo comenzar trasladándoles mi satisfacción por la posibilidad que esta Institución nos brinda de debatir sobre un tema actual y poliédrico, que implica desde la práctica clínica diaria de profesionales de atención primaria y hospital hasta la toma de decisiones estratégicas de las organizaciones sanitarias. Así que agradezco, a la Real Academia, al Servicio Andaluz de Salud y al resto de ponentes y audiencia, por su acogida y participación en esta sesión.

A veces discutimos puerilmente, en charlas de café entre colegas sobre el área del hospital que resulta de mayor trascendencia para la salud del paciente y de la población. Se suele decir que un buen hospital debe contar con un servicio de urgencias resolutivo, un bloque quirúrgico y de hospitalización eficientes, o unas consultas externas de alta resolución. Sin embargo, en mi opinión la parte más importante de un hospital es su puerta de entrada. Si un hospital no cuenta con un sistema de acceso, una puerta de entrada a sus unidades, eficiente y efectivo, el resto de áreas del hospital, las urgencias, las consultas externas, la hospitalización, tendrán importantes dificultades para ofrecer resultados excelentes.

Esta metáfora me sirve para centrar el tema y motivo de mi intervención. Aunque los usos de la telemedicina son casi ilimitados, la aplicación en la que tenemos mayor experiencia en nuestro medio es precisamente en la telemedicina como procedimiento de acceso a las unidades de atención hospitalaria.

Continuaré con otro símil. Estados Unidos, años 20 del siglo pasado, la economía marchaba muy bien y la sociedad demandaba automóviles, pero las fábricas de automóviles de entonces no tenían capacidad de responder a esta demanda. Hasta que a un famoso industrial se le ocurrió transformar el modelo de fabricación implantando la cadena de montaje, lo que permitió que a finales de los años 20 casi cualquier americano de clase media pudiera tener un Ford-T.

Aunque la atención a un paciente no admite comparación alguna con la fabricación de automóviles, este símil nos puede hacer reflexionar sobre la

necesidad de revisar el modelo de acceso a la atención hospitalaria, uno de los talones de Aquiles de cualquier sistema sanitario público. Y el nuestro no es una excepción, pues hace ya unos años pedimos a los médicos de familia que, en lugar de remitir al paciente a una consulta presencial de dermatología, nos remitieran imágenes clínicas del problema. Con ello, el dermatólogo podía tomar una decisión, emitir un diagnóstico o gestionar directamente una consulta presencial en el hospital o incluso una prueba complementaria o un procedimiento quirúrgico menor. No solo cambiamos la forma de atender esa solicitud de primera consulta, sino que a lo largo de estos años hemos ido transformando nuestra forma de trabajar, e incluso la fisonomía de nuestra unidad. Surgió el concepto de sala digital. Un espacio de trabajo compartido en el que varios profesionales se dedican diariamente a evaluar y tomar decisiones sobre las teleconsultas que recibimos desde los centros de atención primaria.

Y esto no se limitó a dermatología. Hace 4 años, el hospital Virgen Macarena extendió el concepto de sala digital mediante la incorporación de otras unidades, lo que dio lugar, a la primera sala digital hospitalaria, u hospital digital. En este espacio, profesionales de hasta 18 unidades atendían teleconsultas de acceso que llegaban desde los centros de salud de nuestra área. Fue una experiencia realmente interesante de la que veremos algunos resultados.

Más allá de este proyecto, ya en 2022, las unidades de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud han solicitado casi 500.000 teleconsultas, dirigidas a la mayoría de especialidades hospitalarias. Lo que significa que casi el 18% de las solicitudes de primera visita en Andalucía han sido atendidas, durante el año pasado, mediante teleconsulta. Pero incluso con hospitales, en los que ya más del 50% de la primera visita de atención primaria se lleva a cabo a través de teleconsulta, lo que representa un porcentaje de transformación realmente interesante.

Es cierto que más del 40% de las teleconsultas en Andalucía son a unidades de dermatología. La propia naturaleza de la especialidad la hace especialmente asequible a la teleconsulta. Pero no debemos dejar de destacar el importante uso que se le está dando también en el área de musculoesquelético, cardiología, digestivo, endocrinología, neurología, entre otras.

Durante los próximos minutos me centraré en lo que la telemedicina puede aportar y, de hecho está aportando como modelo de acceso al hospital, así como las necesidades que existen para que este acceso sea efectivo y eficiente.

Aportaciones:

En primer lugar, la teleconsulta está proporcionando tiempos de respuesta no comparables a los del acceso presencial. Durante el proyecto de hospital digital, con casi 12.000 teleconsultas recibidas, el tiempo medio que las unidades emplearon para responder la teleconsulta fue de poco más de 3 días, que oscilaron entre las 25 horas, un día, con que respondió la unidad de endocrinología hasta los poco más de 6 días de la unidad de cirugía ortopédica, aun

así, muy inferiores a los ofrecidos por los modelos actuales de acceso. Ya en práctica clínica real, la unidad de dermatología de nuestro hospital respondió durante 2022 casi 40.000 teleconsultas de acceso, con un tiempo de respuesta mantenido a lo largo de todo el año que no llegaba a las 20 horas. Es decir, actualmente, el médico de familia que nos solicita una consulta está recibiendo el informe el mismo día o como tarde el día siguiente a la solicitud, y con un porcentaje de derivación a consulta presencial inferior al 20%.

En segundo lugar, la teleconsulta permite identificar las necesidades clínicas del paciente y priorizarle y ubicarle en función de estas necesidades. En este sentido diría que los modelos de acceso convencional, aunque igualitarios, pueden no ser equitativos. A pesar de la capacidad de cribado de los médicos de atención primaria la derivación convencional no nos permite priorizar y ubicar esa primera vista presencial en función de las necesidades del paciente. Priorización y ubicación que sí nos permite la teleconsulta.

El acceso mediante teleconsulta puede facilitar una mejor organización funcional y la eficiencia de la unidad hospitalaria. Veamos. Estos serían los flujos de pacientes entre Primaria y hospital en un modelo presencial. En este modelo, las unidades del hospital dedican una parte muy importante de sus recursos a las agendas de primera visita, las habituales consultas de ambulatorio. En estas consultas presenciales se dan la mayor proporción de altas, o se remite al paciente, en función de su problema, a una consulta monográfica presencial en la misma unidad.

En un modelo de acceso basado en teleconsulta, la carga de trabajo se concentra en esta sala. La mayor proporción de altas se darían en este punto, con el paciente todavía en el ámbito comunitario, y si el paciente lo requiere es remitido a consultas monográficas o incluso a quirófanos, evitando pasos intermedios por consultas generales de primera visita presencial.

Existen áreas de conocimiento, como la dermatología, en las que sería posible la transformación total del acceso a un modelo basado en teleconsulta. De hecho, así funcionan ya varias unidades de dermatología en Andalucía.

En otras especialidades en los que esto no es posible, ni a lo mejor deseable, lo ideal sería que ambos modelos de acceso coexistieran de forma integrada, para que sea el médico de familia, en función del problema del paciente, el que decida la ruta de acceso que mejor responda a las necesidades del paciente. No me cabe duda de que cualquier actividad que una unidad transforme de manera efectiva mediante teleconsulta redundará en una mejor gestión de los recursos de esa unidad y del acceso del paciente.

La teleconsulta puede mejorar la capacidad de respuesta, el rendimiento, del profesional de la unidad hospitalaria. Cuando un profesional en enfrenta a una teleconsulta, el objetivo es analizar la información que tiene, y con esa información tomar una decisión. Y es a esto, a tomar una decisión, a lo que se dedica la mayor proporción del tiempo de teleconsulta. El resto del

tiempo se dedica a elaborar y enviar un informe, tiempo que puede minimizarse gracias a plataformas tecnológicas.

Pero también las necesidades estructurales de la unidad, el espacio y los recursos de soporte, bienes muy preciados en cualquier hospital, se pueden reducir en este modelo. A modo de ejemplo decir que el trabajo que estas 3 profesionales desempeñan a lo largo de esa mañana en esta sala requeriría de 6 a 8 espacios de consultas, con su correspondiente sala de espera y personal auxiliar.

Y una última aportación. La superación de barreras geográficas. La teleconsulta nos está permitiendo atender a pacientes de áreas de otras provincias con difícil acceso al especialista, por escasez de profesionales, como llevamos tiempo haciendo en la sala digital de la Unidad de Dermatología de nuestro hospital.

Pero para que estas aportaciones de la telemedicina se materialicen, existen unas necesidades que no podemos obviar.

En primer lugar. La teleconsulta no es igualmente beneficiosa para todos los pacientes, ni para todos los problemas. Por ello, las unidades hospitalarias y de atención primaria, deberán identificar aquellos pacientes cuyo acceso puede agilizarse mediante teleconsulta. En el proyecto de hospital digital, las unidades participantes identificaron más de 70 motivos de consulta, en su mayoría cuadros en los que se podían tomar decisiones a partir de una anamnesis breve estructurada en un cuestionario, o en base a registros gráficos de enfermedad, electro, foto clínica, imagen radiológica, o también registros analíticos.

Un segundo esfuerzo o necesidad. Hacer telemedicina no consiste simplemente en incorporar una plataforma tecnológica. Las unidades, de atención primaria y hospital, que incorporan la telemedicina deben rediseñar y reorganizar procesos, protocolos de toma de decisiones, flujos de pacientes, asignación de tareas de los profesionales e incluso su forma de trabajar, para que esta incorporación tecnológica represente realmente un cambio hacia un modelo efectivo y eficiente. Puedo decir que en estos años, he visto en este punto el principal motivo de fracaso de la telemedicina en numerosos servicios; servicios que incorporaron una tecnología, la telemedicina, pero continuaron trabajando de la misma forma.

Por supuesto que, una necesidad fundamental para un modelo de telemedicina es contar con una herramienta tecnológica igualmente eficiente, usable, que con pocos clics permitan solicitar la consulta, cargar imágenes, elaborar informes, y con buena conexión con la historia del paciente. Y esto en Andalucía lo tenemos resuelto, aunque con áreas de mejora, por supuesto, con la plataforma de teleconsulta que muchos de ustedes conocen. Les puedo decir que conozco muchas herramientas de telemedicina, en España, como fuera de nuestro país, todas a años luz de nuestra plataforma corporativa.

Vengo contando que la teleconsulta puede aumentar la eficiencia, el rendimiento del profesional e incluso reducir las necesidades estructurales de las

unidades del hospital. Pero, ¿y en el centro de salud? Más allá de los beneficios potenciales para el paciente. ¿Qué impacto tiene la implantación de la telemedicina en el centro de salud? ¿Requiere, para el médico de familia, más tiempo de consulta que una derivación convencional a consulta presencial? Probablemente sí, o seguro que sí, como ya nos ha contado el Dr. Ortega. Por todo esto, a la hora de aportar recursos adicionales para mejorar el acceso a la atención hospitalaria, es probable que debamos tener esto en cuenta.

Y una última necesidad. El abordaje de áreas de mejora. Por supuesto que existen áreas de mejora en un modelo de telemedicina como el que les he mostrado. Escenarios clínicos en los que la teleconsulta no solo no aporta, sino que incluso puede dificultar una atención fluida, asunción de tareas en uno u otro ámbito, comunicación entre profesionales, información al paciente, por mencionar algunas. Pero debemos evitar considerar estas áreas de mejora como barreras o impedimentos para la aplicación de un modelo efectivo de telemedicina. Los profesionales participantes, directivos y decisores, debemos acometer estas áreas de mejora si realmente queremos avanzar en estos modelos de atención.

Para concluir, una reflexión sobre algo que siempre está en el debate sobre la telemedicina. La humanización y la relación médico-paciente. En mi día a día como dermatólogo dedicado al cáncer de piel, la mejor forma, y la más precoz, que tenemos para diagnosticar un melanoma es a través de telemedicina, como nos ha mostrado el Dr. Ortega. Una vez el patólogo nos da el resultado, por supuesto que nos sentamos frente al paciente para comunicarle el diagnóstico. El paciente será de nuevo intervenido de sus metástasis en el hospital y a lo largo del seguimiento de este melanoma serán numerosas las ocasiones en las que, aparte de las revisiones presenciales, atendamos necesidades puntuales del paciente con una simple llamada telefónica, que también es telemedicina. En cada una de estas actuaciones ha existido una relación entre un profesional y un paciente. Una forma de relación médico-paciente que se ha adaptado perfectamente a las necesidades de cada momento de la enfermedad.

Porque un paciente no es un ente estático, sino un conjunto de necesidades dinámicas que requieren recursos diferentes a lo largo de la evolución de la enfermedad. Y la telemedicina puede ser ese recurso que nos permita resolver necesidades concretas en momentos concretos de la enfermedad.

El objetivo actual de las organizaciones sanitarias internacionales se resume en lo que se conoce como *Right Care*, anglicismo que se traduce en hacer lo que hay que hacer, lo que beneficia al paciente, pero hacerlo en el momento oportuno y en el ámbito adecuado, objetivos que como hemos visto que la telemedicina nos puede ayudar a alcanzar.

Quiero agradecer al equipo de profesionales de dermatología del Hospital Universitario Virgen Macarena y a los profesionales de atención primaria con los que trabajamos diariamente su ejemplar dedicación, así como a los doctores Herrerías y Lara Ferrándiz, que me han acompañado en estas apasionantes casi 2 décadas de transformación.

Muchas gracias.

PRESENTACIÓN DE LIBRO

“TÁCITO. PRECURSORES Y ACTORES DE LA TRANSICIÓN”

El día 1 de febrero se celebró en nuestra sede la presentación de este libro, organizada conjuntamente por la RAMSE y la Fundación Universitaria CEU Fernando III. Este acto se enmarca en el acuerdo de colaboración entre las dos instituciones.

El acto contó con la presencia del Excmo. Sr. D. José Alberto Parejo Gámir, rector promotor de la Universidad Fernando III de Sevilla; Excmo. Sr. D. José Manuel Otero Novas, ex ministro de Educación y de la Presidencia en la Transición; Excmo. Sr. D. Rafael Leña Fernández, notario y miembro del Grupo Tácito; Ilmo. Dr. D. Guillermo Medina González, ex secretario general de Información de la UCD y miembro del Grupo Tácito y el Excmo. Sr. D. Carlos Infantes Alcón, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.



Sr. González-Pola, Sr. Parejo, Dr. Infantes, Sr. Medina, Sr. Leña y Sr. Otero

A continuación, reproducimos la reseña publicada en la página web de CEU:

*Nacido en el tardofranquismo, en el seno de la **Asociación Católica de Propagandistas**, el Grupo Tácito reunió a un grupo de profesionales que se plantearon sentar los cimientos intelectuales del régimen democrático a la muerte del general Franco. Diez miembros de este grupo formaron parte de los primeros gobiernos del presidente **Adolfo Suárez**.*

***Parejo Gámir** inició su intervención haciendo hincapié en que “este acto es el principio de una colaboración fructífera y esperemos que se intensifique”. Asimismo, el catedrático en Política Económica subrayó que “la transición se vio con mezcla de sentimientos: precaución, atrevimiento por la juventud, ilusión y esperanza. No tuve suerte de ser parte del grupo Tácito, pero si tuve relación con ellos, tuve el privilegio y la fortuna de vivirla desde dentro con colaboraciones y conociendo a gente de CEU que estuvo implicada”. Para finalizar, el rector-promotor recalcó que “la juventud de aquella época se impregnó de los valores que mostraron los protagonistas de la transición. En CEU somos unos privilegiados porque nuestros jóvenes basan su personalidad en el humanismo cristiano. Por ello, los docentes tenemos una gran responsabilidad”.*

*Por su parte, **Otero Novas** comenzó su parlamento recordando que “los humanos no somos conscientes de los cambios que van a venir, los regímenes políticos también acaban, pero no queremos pensar en ello y a veces nos coge de sorpresa. La historia está llena de cambios de gobiernos que provocan paralización y cambios”. De este modo, el otrora ministro apuntó que “la ACdP nació para tratar de influir en la vida pública y, aprovechando El Debate, creó la CEDA que ganó en las elecciones de 1933, un gran éxito y, a la vez, un fracaso por formarse tarde cuando la monarquía se veía que se caía. Ahora, debemos ser conscientes de que el régimen actual se acabará y hay que preparar fórmulas para un futuro con personas y derechos adecuados”. Por último, el político indicó que “cuando muere Franco, Tácito fue el grupo más numeroso de los gobiernos de la transición de Suárez. Hicimos algunas cosas importantes con el apoyo más gente y el apoyo decidido de Juan Carlos I que renunciaba a los poderes que heredó de Franco, nunca dudó”.*

*Del mismo modo, **Leña Fernández** arrancó su discurso apuntando que “es muy difícil trasladar a las personas de hoy la sociedad de hace 50 años porque ha cambiado mucho”. Además, hizo hincapié en la labor de Tácito porque “se expandió por todas las provincias con personas de un pensamiento similar”. Finalmente, **Medina González** se refirió a la necesidad de recuperar los valores que hicieron posible la Transición en un momento delicado y de la importancia de sus protagonistas apuntando que “tenía amistades con el grupo y respaldaba los 12 puntos de su declaración de intenciones”.*

*En el acto estuvo presente el director general adjunto de las Fundaciones CEU en Andalucía, **Jaime Javier Domingo Martínez**, así como directivos de CEU Andalucía, profesores y miembros de la Asociación Católica de Propagandistas -ACdP-.*

MESA REDONDA

“LA ENFERMERÍA DE LA PLAZA DE LA REAL MAESTRANZA DE CABALLERÍA DE SEVILLA: UN ESPEJO DONDE MIRARSE”

El ABC de Sevilla recogía la noticia de esta Mesa Redonda en los siguientes términos:

El día 2 de febrero, en el Salón de Carteles de la Plaza de Toros de la Real Maestranza de Caballería de Sevilla, se desarrolló la mesa redonda titulada ‘**La enfermería de la plaza de la Real Maestranza de Caballería de Sevilla, un espejo donde mirarse**’, un acto organizado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. La mesa redonda la presentó el presidente de la regia institución, **Carlos Infantes Alcón**, y contó con la participación del académico de número **Jorge Domínguez-Rodiño**, del asesor jurídico de la RAMSE, **Joaquín Moeckel**, y del cirujano jefe de los servicios médicos de la Plaza de Toros de la Real Maestranza de Sevilla, **Octavio Mulet Zayas**.

Carlos Infantes recordó que la Real Academia de Medicina y la Real Maestranza de Caballería son las **instituciones reales más antiguas de Se-**



Dr. Domínguez-Rodiño, Dr. Infantes, Sr. Maestre, Dr. Mulet y Sr. Moeckel

villa, superando en ambos casos los trescientos años de vida. Inició el acto el doctor **Jorge Domínguez-Rodiño**, quien realizó un recorrido histórico por los profesionales sanitarios que han estado al frente de los servicios médicos de la Plaza de Toros de Sevilla desde que existe constancia con el galeño **Gregorio Arias González**, hasta los nombres más recientes como **Antonio Leal Castaño**, **Ramón Vila** y **Octavio Mulet**.

El actual responsable de la ‘Enfermería’ de la Maestranza explicó cómo es el funcionamiento del equipo médico durante un día de toros. Jornada que, según reconoció, van más allá de la atención de toreros: «Suelo decir que de nuestro equipo **el que más trabajo tiene es el internista** porque muchas veces tiene que atender a algún espectador que sufre algún problema durante la corrida». Para Octavio Mulet la herida producida por asta de toro se debería considerar siempre como un **politraumatismo** «porque afecta a dos o más órganos, que incluso pueden conllevar la **pérdida del paciente**».

«Los cirujanos taurinos **tenemos una ventaja** con respecto al resto de cirujanos porque **hemos visto cómo se ha producido la lesión** y, durante el camino hasta la enfermería, podemos hacernos un **diagnóstico preconcebido** (...) Aunque este tipo de heridas son muy especiales porque el toro cuando coge hace un movimiento de derrote que, unido al volteo del torero sobre el pitón, hace que **la herida interna sea mucho más extensa de lo que aparenta**. Es lo que se conoce como las trayectorias de una única cornada», señaló Mulet.

Por su parte, **Joaquín Moeckel** habló de la vinculación entre la Medicina y el Derecho, recordando cómo los diferentes reglamentos han ido prescindiendo durante la historia de la tauromaquia de una exhaustiva regulación de los requisitos de las enfermerías. Usando como «ejemplo a seguir» el quirófano de la Plaza de Toros de la Maestranza: «Mientras que la normativa sólo hablaba de que la enfermería estuviera bien dotada y con buena evacuación, **la Real Maestranza decidió llevarla a un punto más allá** hasta cumplir con creces la normativa».

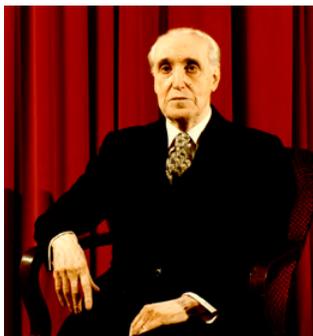
“SEMBLANZA DE LOS CIRUJANOS DE LA PLAZA DE LA REAL MAESTRANZA DE CABALLERÍA”

Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia
Ilmo. Sr. fiscal de la Real Maestranza
Excmos. e Ilmos. académicos numerarios
Damas y caballeros maestrantes
Sras. y Sres. académicos correspondiente
Sras. y Sres.

Quiero agradecer a mi presidente, Dr. Infantes, la invitación para participar en este acto, nada menos que abriendo cartel, y además junto a estas dos extraordinarias personalidades sevillanas, don Joaquín Moeckel y don Octavio Mulet; y lo primero que he de decir es el gran honor que supone hablar en la Real Maestranza de Caballería, corporación que, junto a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, representan las dos instituciones civiles más antiguas de nuestra ciudad, la primera de 1670 y la segunda de 1693, constituidas ambas bajo el alto patronazgo del rey Carlos II. Las dos han recibido años atrás la Medalla de la Ciudad, concedida por el Excmo. ayuntamiento hispalense. Algo que nos debe llenar de orgullo a todos.

Decía el escritor, académico y caballero maestrante D. Manuel Halcón y Villalón-Daoiz, persona tan querida en mi casa, que “La plaza del Arenal es crisol de la afición taurina, guardada y conservada con ejemplar atención y señorío, por la Real Maestranza de Caballería, que hace de su propiedad uno de los integrantes esenciales del alma sevillana”.



Manuel Halcón



La plaza en el siglo xix

Es además, como saben ustedes, motivo de los versos que escribiera Juan Manuel Borbujo de la Hera, a los que puso música Daniel Vela Roy en 1979 con un bello pasodoble, y que abre el paseíllo en las tardes de toros:

“Plaza de la Maestranza,
la de la dorada arena,
la de los arcos barrocos
y la portada morena;
la que fue regio testigo
de las más grandes proezas,
plaza de la Maestranza,
de mi España eres bandera...”

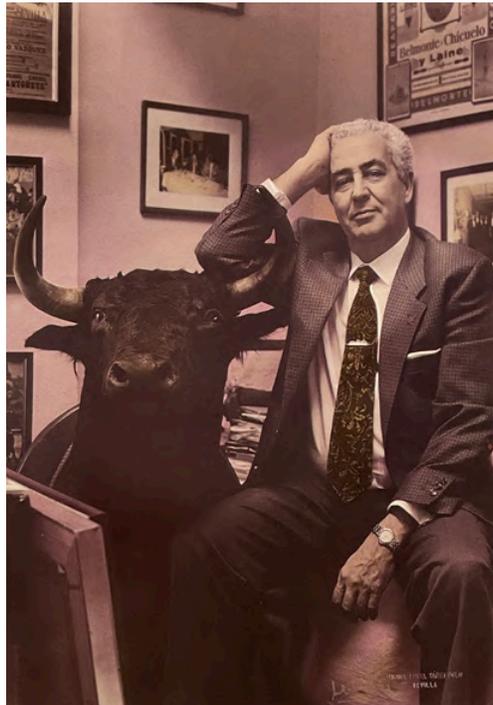
También nuestra Academia, que es la Sociedad Médica más antigua del mundo, tiene dedicado un quinteto, que dice sobre ella:

“Fundación de tanto esmero
admirará todo el mundo.
Un ‘segundo’ fue el ‘primero’
Dotó el ‘quinto’ sin ‘segundo’
Y ahora es el ‘cuarto’ un ‘tercero’ ”

Y que es una de las dieciséis aleluyas compuestas en 1765 para la fiesta del Espíritu Santo, patrono de nuestra Academia. Es una charada que se refiere a sus reyes protectores Carlos II, Felipe V y Carlos III.

El tema que he elegido para esta mesa de hoy es el hacer una semblanza sobre los cirujanos que han asistido a los toreros en esta Real Plaza a lo largo de su historia, unos médicos valientes que se enfrentaron muchas veces a complicadas situaciones y que merecen un recuerdo.

Don Ramón Vila Giménez, brillante cirujano jefe de la Maestranza tantos años, y al que tuve el honor de ayudar en quirófano en alguna ocasión cuando yo estaba como residen-



Ramón Vila Giménez. Fotografía de Miguel A. Yáñez Polo. 1993

te en el Hospital Virgen del Rocío, contaba, con ese gracejo que tenía, lo siguiente: “En mi hospital tuve muchos años que aguantar lo que los compañeros me decían al verme por los pasillos: “*Ahí viene el médico de los toros*”, y yo les decía pausadamente: “*No, de los toros, no, de los toreros; el de los toros es el veterinario*”.

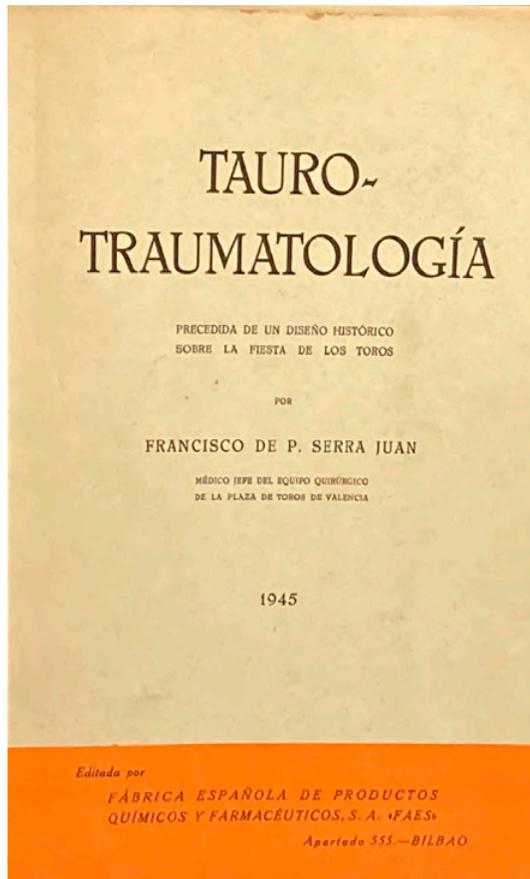


Equipo médico a finales de los años sesenta

Por eso, respetable público, desearía manifestar que los cirujanos taurinos que aquí han realizado su labor asistencial, constituyen una parte destacada de la historia de la Medicina Sevillana.

Durante la primera mitad del siglo XX se puso de moda el término Tauro-Traumatología para designar esta especialidad médica. Incluso se escribieron tratados con este nombre.

Posteriormente, en la segunda mitad del siglo, cayó en desuso, y como refería el Prof. D. Sebastián García Díaz se sustituyó por el más exacto de Cirugía Taurina, que también empezó a usar el Prof. D. Mariano Fernández Zúmel, ambos ilustres cirujanos, de tan gratos recuerdos para el que os habla.

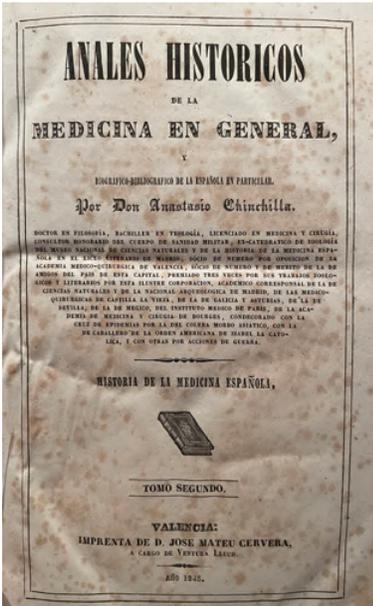




Sebastián García Díaz



Prof. Dr. D. Mariano Fernández Zúmel
Fecha Toma de Posesión 22- marzo - 1983



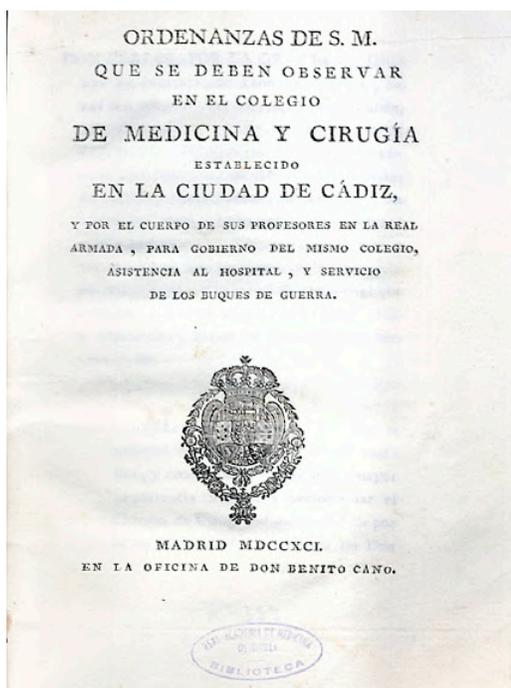
...sangre pueden alegarse.

JUAN DE CASTILLO, natural de Murviedro: estudió en la universidad de Valencia la filosofía, y graduado de bachiller pasó á la de Alcalá de Henares, en la cual estudió tres cursos de medicina y tres de cirugía. Revalidado de licenciado en cirugía médica regresó á su pueblo, y obtuvo el cargo de cirujano del cabildo y de la ciudad. Escribió una obra de anatomía y de cirugía con el título siguiente.

Licenciati Joannis de Castillo chirurgi tractatus, quo continentur summæ necessaria, tam de anatome, quam de vulneribus, et ulceribus, tam in genere, quam in particulari, ac pro locorum differentia, tum rationibus, tum autoritatibus gravissimorum virorum illustratus. Matriti anno 1683.

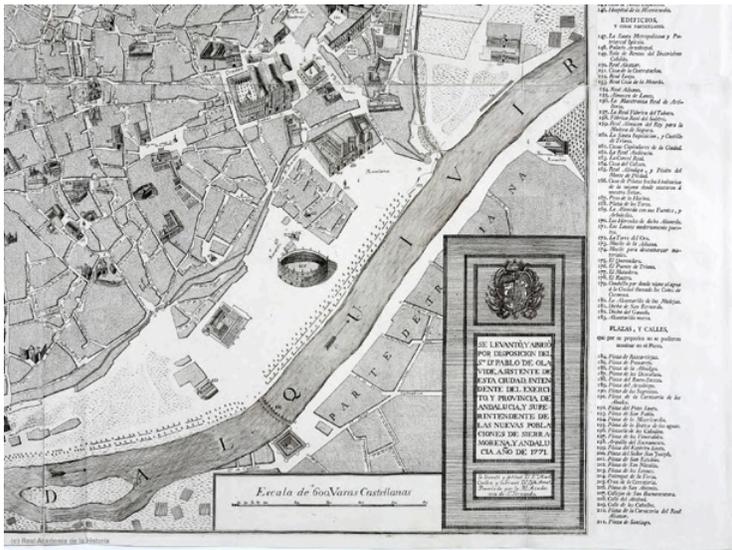
Uno de los pioneros de esta cirugía fue Juan del Castillo y Bujanda, nacido en 1649; en Logroño, según la Real Academia de la Historia, y en Murviedro (Valencia), según D. Anastasio Chinchilla, el autor de los famosos Anales de la Medicina Española. Estudió cirugía en Alcalá de Henares, y años más tarde fue bachiller en Medicina en 1684 en Madrid.

Les recuerdo que los estudios de Medicina y de Cirugía eran independientes en esa época, y que se unificaron por primera vez en el mundo con el Real Colegio de Cirugía de Cádiz en 1791. La universidad de París no lo haría hasta finales del siglo XIX, en 1892, más de cien años después. Por eso Juan del Castillo, en su época, hizo las dos carreras por separado. Publicó un tratado de Cirugía en 1683 dividido en tres partes: Anatomía, Úlceras y Heridas., y en el mismo ya describe perfectamente “in situ” a los heridos por asta de toro.



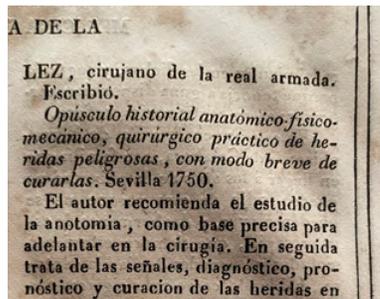
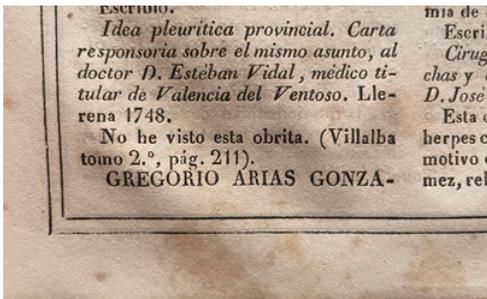
La plaza en la segunda mitad del XIX. Colección del duque de Segorbe

En la Maestranza, las primeras descripciones de atención médica que yo conozco comienzan ya entrada el siglo XVIII, cuando la ciudad contaba entonces con 56 médicos, 200 barberos-cirujanos y 30 boticarios; había 14.000 casas y vivían 80.000 personas.



1972

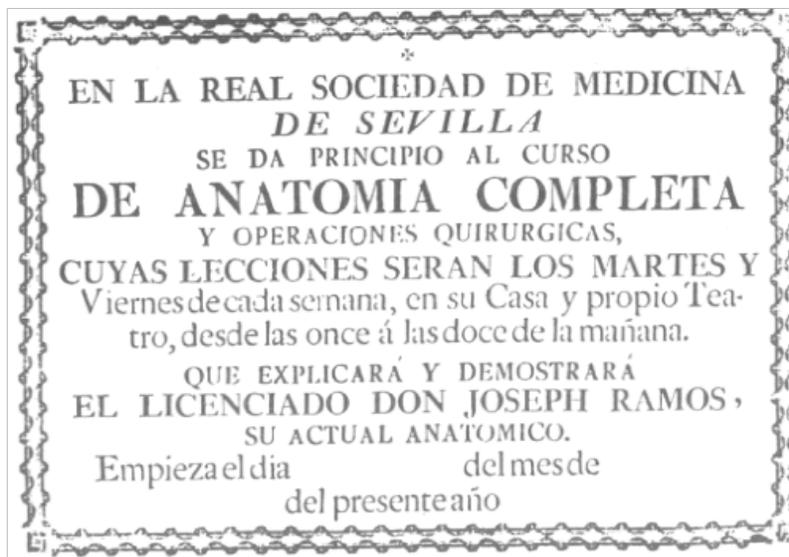
En aquel siglo se publica, por primera vez, un detallado plano de la ciudad, el que encargara el Asistente, D. Pablo de Olavide, y en el que aparece de forma destacada la plaza de cantería de la Real Maestranza, comenzada en 1758.



Historia de la Medicina Española – Chinchilla -Tomo 2

Gregorio Arias González, es el primer galeno del que tengo referencias que fuera cirujano de la Maestranza. Fue médico cirujano de la Real Armada, formado en el ya citado Real Colegio de Cirugía de Cádiz, examinador del Real Proto-Medicato y socio anatómico en la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, la antecesora de nuestra actual Academia, en la que ingresó en 1734. De siempre hubo relación estrecha entre la Maestranza y la Regia Sociedad. De hecho, los académicos de entonces, tenían balcón en la plaza a su disposición para presenciar las fiestas de toros y cañas, que les proporcionaba la Maestranza, y fijense si estas fiestas tenían importancia que la Regia Sociedad suspendía sus disertaciones, o sea los actos académicos, si coincidían con día de toros.

Hay que referir que en esa época la Real Maestranza costeaba todos los trajes de cuantas personas, por uno u otro motivo, asistían a sus fiestas de toros, y todos eran de paño grana y vueltas azules con galones de plata, y en 1766 se abonan 1010 reales por el uniforme del doctor D. Carlos Serra.



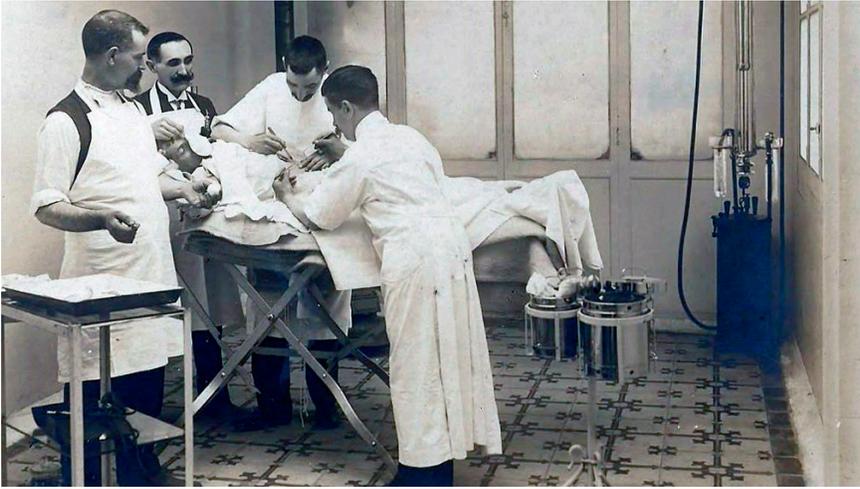
José Ramos, es el siguiente cirujano de la Maestranza. En 1784 la Regia Sociedad encarga al Colegio de Cirugía de Cádiz buscar a un buen anatómico para la misma, asunto difícil de lograr por la cortedad del sueldo.

Ingresó en la Regia Sociedad el 19 de junio, era natural de Baena (Córdoba). Debido a su corto salario, se le asigna a Ramos vivienda en la casa de la Sociedad. Cirujano que ya en este siglo XVIII realizaba la operación de la sínfisis del pubis o sinfisectomía.

Con ocasión de su descripción de la asistencia a un paciente con retención de orina en una disertación en la Regia Sociedad en 1796, decía lo siguiente: “Fui a ver al paciente después de los toros, ocupación propia como cirujano del Real Cuerpo de la Maestranza de Caballería, mandando baños tibios y que tomase el bolo mercurial, ...”

El descubrimiento de la anestesia por el dentista William Morton a mediados del siglo XIX y su introducción en España, marca lógicamente un hito importante en la cirugía taurina.

No es hasta principios del siglo XX cuando se establece una normativa oficial para la atención sanitaria en las plazas. Hasta entonces se describía a la enfermería como el “cuarto del hule”, ya que las mesas en donde se tendía a los toreros heridos tras un percance en la arena, estaban tapizadas con este material.



Enfermería de la plaza de Pamplona a principios del siglo XX

Por primera vez, una Real Orden de 1911 dicta que “las plazas en que hayan de celebrarse corridas de reses bravas se hallen dotadas del personal facultativo idóneo y del material e instrumental adecuado para la debida asistencia de los lidiadores en caso de accidentes”. Y es el Reglamento Taurino de 1917 el primero que menciona en sus artículos 89 y 90 tanto la dotación de personal sanitario como el material con que deberían contar las plazas de toros en España.



1919



1966

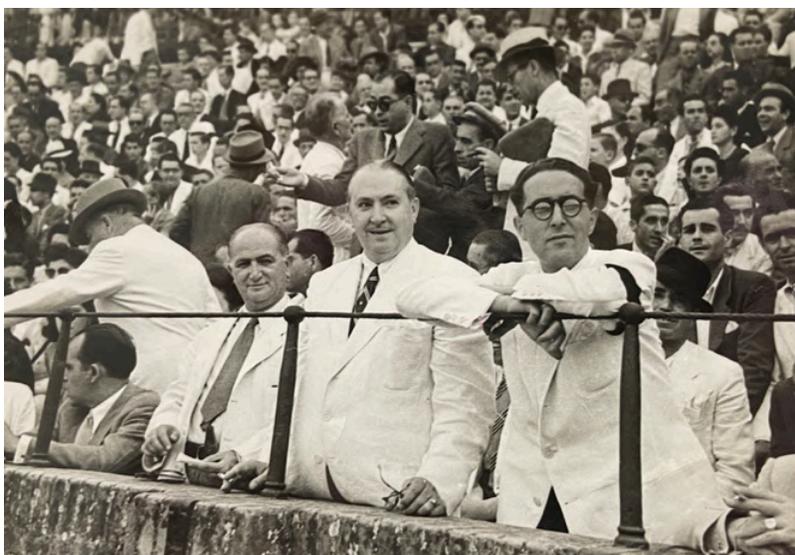
Prof. Antonio Cortés Lladó 1887-1981

El desarrollo moderno de la cirugía taurina en Sevilla está íntimamente ligado a la llegada del profesor D. Antonio Cortés Lladó a nuestra ciudad en 1919 como flamante catedrático de Patología Quirúrgica con solo 32 años de edad, ya que todos los cirujanos jefes de la Maestranza en el siglo XX serán discípulos suyos o de profesores de su escuela.

A su cátedra se incorporó un grupo de médicos apenas más jóvenes que él, entre los cuales estaban Fernando González-Nandín y Paúl y Cristóbal Pera Jiménez, que fue profesor adjunto de Cortés en la cátedra; posteriormente serán discípulos suyos también Antonio Leal Castaño y Ramón Vila Arenas.



Los Dres. Nandín y Pera (3º Y 4º por la dcha.)



Antonio Leal Castaño Francisco Navarro Ramón Vila Arenas

El que considero primer equipo quirúrgico moderno y profesionalizado de cirugía taurina en la Maestranza empezó en 1933, estando al frente del mismo el doctor Fernando González-Nandín y Paúl. Justamente en esa época se produjo la llegada de la empresa del barcelonés don Eduardo Pagés Cubiña al coso maestrante, que lo arrendó un 16 de diciembre de 1932, inicialmente por cuatro años. Nandín, nacido en 1889, estudió su carrera de Medicina en Sevilla, terminando en 1913 y fue uno de los colaboradores más cercanos al Prof. Cortés. El Dr. D. Cristóbal Pera Jiménez se refiere a él como “cirujano fino y elegante, que conocía y practicaba toda la Cirugía General, no habiendo parcela de la misma que no cultivase con éxito envidiable”.

Nandín estaba muy bien relacionado en Sevilla, su padre era un acreditado ganadero y él casó con la Srta. Margarita Moliní Ávila, hija del primer matrimonio del famoso ingeniero Luis Moliní Ulibarri, el autor de la corta de Tablada. En esa época se hace la obra de la nueva enfermería bajo el tendido 8, con salida a la calle Antonia Díaz, y que se estrenó el domingo de Resurrección de 1933. Hasta entonces la enfermería estaba en un cuartito al lado del matadero.



El Dr. González-Nandín operando a “Frasquito” ayudado por el Dr. Leal Castaño (ABC de Sevilla)

El estreno fue de aúpa, pues el segundo toro de la tarde, un “Villamarta”, cogió al banderillero Antonio Carrero apodado “Papeleta”, a la salida de un par, propinándole una brutal cornada en el tórax, con rotura de costillas, pleura y pulmón. Afortunadamente, el magisterio quirúrgico de Nandín le salvó la vida.

Pero, avancemos en el tiempo, el descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming, y su llegada a España en 1944, cambió radicalmente el pronóstico de las heridas por asta de toro. Hecho curioso fue que uno de los primeros pacientes en usarla y curarse de una neumonía fue el profesor don Carlos Jiménez Díaz, que llegó de catedrático de Patología Médica a Sevilla, precisamente hace ahora 100 años, en 1923.



Llegada de Fleming a Sevilla en 1948

Como saben todos ustedes, Fleming visitó España en 1948 en olor de multitudes, y en Sevilla se le hizo académico de Honor. En Madrid se erigió en 1964 un monumento dedicado a su memoria, en un lateral de la plaza de las Ventas, como agradecimiento de los toreros.

En la primavera de 1950 tiene lugar el relevo de Nandín en la enfermería de la Maestranza y es nombrado cirujano jefe el Dr. Antonio Leal Castaño, que fíjense ustedes en lo popular que era ya entonces, que en el mes de junio de ese mismo año puede leerse en el ABC de Sevilla la crónica del agasajo de que fue objeto. El Dr. Leal era natural de Espartinas, nacido en 1899, y estudió Medicina en Sevilla, siendo de la promoción 1917-1923.



Dr. Antonio Leal Castaño



Promoción de Medicina 1917-1923

Una promoción muy afortunada, pues eran 17 alumnos y 14 catedráticos. Además, es histórica, pues fue la primera promoción de la refundada Facultad de Medicina de Sevilla, en 1917, ya que las enseñanzas se suspendieron en 1857 al trasladarse estas a Cádiz, y lo que existió en esos años en Sevilla fue la Escuela Libre de Medicina, fundada en 1868 por D. Federico Rubio.



El Prof. Cortés en la clase de Técnica Anatómica, a su lado, Antonio Leal

D. Antonio Leal fue alumno interno del Prof. Cortés, con el que haría después las especialidades de Cirugía General y Traumatología. Aquí le vemos junto a él, en la llamada clase de Operaciones, la de Técnica Anatómica.

Lo que pocos saben es que Antonio Leal quiso ser torero antes que médico, e incluso se vistió de luces, pero como el mismo confesó **"Ya que no tuve valor para ser torero, he querido dedicar mi ciencia a remediar en lo posible, las consecuencias sangrientas que aquel valor lleva consigo"**.

Hizo oposiciones a la Beneficencia, ingresando en el Equipo Quirúrgico Municipal, creado por el Dr. D. Blas Tello en 1926.



Antonio Leal Castaño con el traje de luces. 1917



1926. El primer equipo quirúrgico municipal. El Dr. Leal es el 1º sentado por la izda.

En 1940 funda junto a otros cuatro médicos la Clínica Virgen de los Reyes. Estos fueron Francisco Navarro López, su primer director, Pedro Díaz Tenorio, Pedro de Castro García y Salvador Fernández Álvarez como internista.



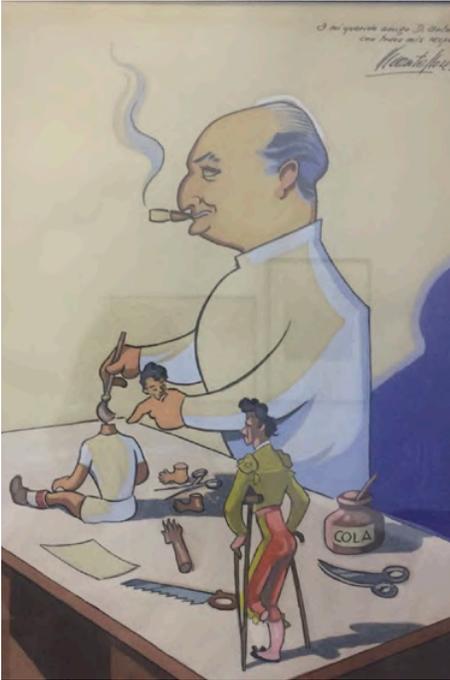
Fue conocida en Sevilla como la clínica de los toreros y de los futbolistas. Unos años después entró como socio también el Dr. Pera.

En 1975 cerró la clínica Virgen de los Reyes, y que estaba situada en la calle Luis Montoto. Su solar lo ocupa hoy día un hotel del mismo nombre.

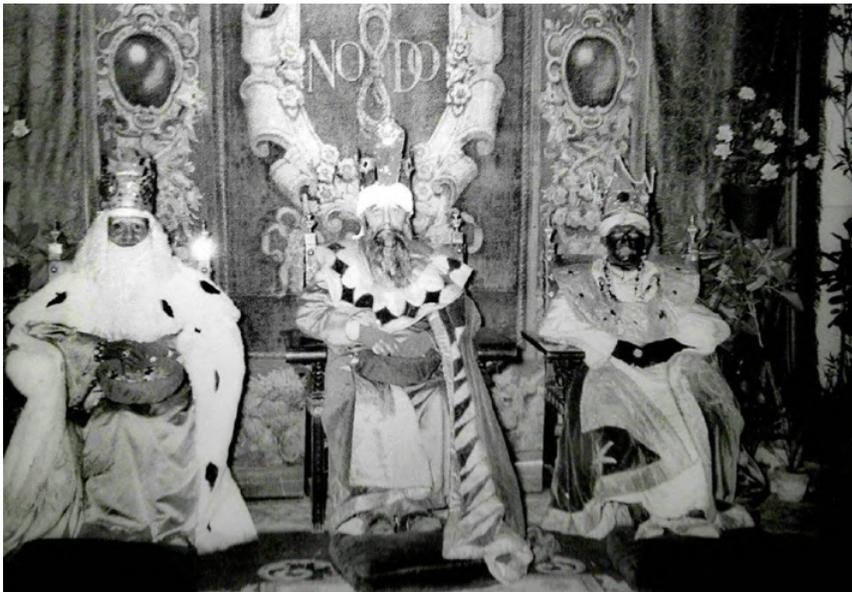
En el Sevilla Fútbol Club entró el Dr. Leal en 1924 como ayudante del Dr. José Manuel Puelles de los Santos, que había puesto en marcha el servicio médico del mismo en 1920, y que no pudo seguir por sus múltiples obligaciones, quedándose el Dr. Leal como jefe. También dirigió los servicios médicos de la Mutualidad de Futbolistas y fue presidente de la Federación Andaluza de Fútbol; hermano mayor de la cofradía del Valle y hasta Rey Baltasar en 1955, junto a Juan Belmonte como Gaspar y Juan Ignacio Luca de Tena como Melchor.



Siempre tuvo a gala decir que su maestro en la cirugía había sido Fernando González-Nandín. La simpatía y el don de gentes que tuvo D. Antonio son difíciles de igualar. Trató las cornadas de muchos diestros, como las muy graves de Antonio Ordóñez y Diego Puerta.



Caricatura de Vicente Flores 1961



Juan Belmonte Juan I. Luca De Tena Antonio Leal Castaño. 1955

Tuvo varios homenajes en la Maestranza, como el de 1960, en plena feria de abril su jubilación en 1970.



Con D. Diodoro Canorea

Su hijo Antonio Leal Graciani formó parte del equipo quirúrgico algunos años, entrando como segundo ayudante. Sustituyó a su padre como médico del Sevilla F.C. en 1967. Y esta dedicación al fútbol hizo que tuviera que renunciar a los toros, porque ya era inabarcable el poder atender a las dos actividades, dejando la cirugía taurina en 1973.

El Dr. Ramón Vila Arenas fue el sucesor de Leal Castaño, natural de Carrión de los Céspedes, donde nació en 1908. Estudió Medicina con la promoción que terminó en 1932.



Ramón Vila Arenas Antonio Leal Castaño Antonio Leal Graciani

Alumno también de D. Antonio Cortés, tuvo la gran suerte de participar con él en un viaje por Europa en enero de ese año junto a 18 compañeros más, que hacían su último curso de Medicina, para conocer los más prestigiosos centros quirúrgicos de la época. A este viaje fueron también los doctores Cristóbal Pera, Eloy Domínguez Rodiño y Mauricio Domínguez-Adame Romero.



Bruselas 1932

El maestro quirúrgico del Dr. Vila fue sin duda el Dr. Pera, de quien fue ayudante primero durante muchos años. Empezó a colaborar en la Maestranza apenas terminó su carrera, en 1933, junto al primer equipo del Dr. Nandín.



El Dr. Vila Arenas fue nombrado cirujano jefe en 1973, tras la muerte del Dr. Leal Castaño. En este equipo médico estaba ya nuestro añorado académico numerario Dr. Antonio Hermosilla Molina, que era colaborador del Dr. Vila Arenas. Todos los que conocieron al Dr. Vila dicen de él que fue un gran cirujano, con una destreza quirúrgica que salvó la vida de muchos toreros. Fue además jefe clínico de Cirugía en la Seguridad Social, operando su cupo quirúrgico en la que entonces se llamaba Residencia García Morato.

Fue nombrado académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla tras obtener premio en el concurso científico de 1961, con el trabajo “Estado actual de la exploración de las vías biliares y pancreáticas”.

Permaneció al frente de la enfermería de la Maestranza hasta febrero de 1980 en que su hijo cogió el relevo.



Los Dres. Vila

Ramón Vila Giménez, nació en 1938, se licenció en Medicina en 1957, el último curso precisamente de D. Antonio Cortés, que se jubiló ese año. Ramón Vila hijo hizo las especialidades de Cirugía General y Traumatología con el profesor Zarapico, que había llegado a Sevilla en 1958 como catedrático de Patología Quirúrgica, sustituyendo a D. Antonio Cortés. Ejerció Vila como profesor de clases prácticas en la cátedra, y en 1962 se trasladó a García Morato. Allí será jefe de sección posteriormente desde 1978 a 2001 y coordinador del Área Quirúrgica desde 1998 a 2004.

Desde 1965 empezó a asistir como colaborador del equipo quirúrgico a la plaza de toros, siendo cirujano ayudante en 1968. Durante los años setenta fue cirujano jefe de la plaza de Utrera.



El nuevo equipo médico de 1980

En 1980 fue nombrado oficialmente cirujano jefe, tras la jubilación de su padre, puesto que desempeñaba ya desde 1978 y en el que estuvo hasta 2010. Hombre de gran personalidad y carisma, y que tuvo innumerables vivencias como cirujano taurino, con eficaz intervención en diversos percances de muchas figuras del toreo.

Desgraciadamente también le tocó asistir a las cogidas mortales, en 1992, de Manolo Montoliú y Ramón Soto Vargas, con heridas directas al corazón. O la que manifestaba como su cornada más grave, en 2004, la del joven novillero Curro Sierra, que se recuperó felizmente.

Su actuación fue decisiva para salvar la vida de muchos toreros, entre ellos Pepe Luis Vargas y Franco Cardoño, o la de banderilleros como Luis Mariscal y Jesús Márquez.



Los Dres. Vila Giménez y Guzmán operando una cornada en la enfermería de la Maestranza

He de nombrar también a su incondicional ayudante casi todos esos años, el Dr. D. Antonio Guzmán Piñero, cirujano de pro y del que he sido compañero muchos años en el Hospital Duques del Infantado.



Equipo médico de 1992

El Dr. Vila, junto al entonces teniente de hermano mayor, D. Alfonso Guajardo-Fajardo, fueron impulsores de la modernización de la enfermería del coso del Baratillo, que se trasladó en 2007 a su actual ubicación, enfrente de la anterior, bajo el tendido 11, en la llamada puerta del despejo, que da a la calle Adriano.



Estreno de la nueva enfermería en 2007

Creador del premio Dr. Vila Arenas al mejor quite, que posteriormente se llamaría Premio Dres. Vila, concedido al mejor quite artístico y al mejor quite providencial.

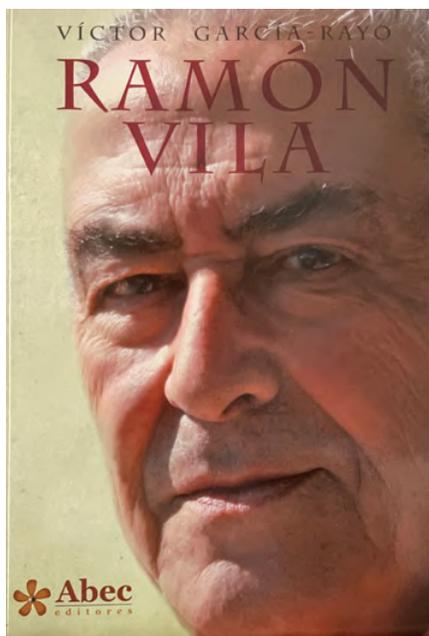
Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Taurina durante seis años, y de los Congresos Internacionales de Cirugía Taurina celebrados en Sevilla en 1982 y en 1992. Miembro de la Junta Consultiva Nacional del Consejo de Asuntos Taurinos. Autor del libro “Cirugía taurina, mito o realidad”, también publicó más de 100 trabajos sobre cirugía taurina y dio múltiples conferencias, alguna de las cuales pueden ustedes ver en el canal Youtube.



El periodista Víctor García Rayo publicó un libro con su biografía en 2011, poco después de su jubilación. También ese año se le tributó un gran homenaje en el Hotel Colón al que asistieron numerosas personalidades del mundo del toro, la medicina y la sociedad hispalense.

Termino, estimada audiencia, diciendo que el actual cirujano jefe de la plaza de toros, D. Octavio Mulet Zayas, es hijo de un grandísimo cirujano, D. Octavio Mulet Gurrea, uno de los discípulos predilectos de don Antonio Cortés, con lo que podemos concluir que también él lleva en sus genes las enseñanzas del Dr. Cortés.

Muchas gracias por su atención.



CURSO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

9 DE FEBRERO



Dres. Padillo, Morales, Mayol, Infantes, Chand, Cuesta, X, y Dorado

Con la brillantez habitual, y dirigido por el Dr. Salvador Morales Conde, se celebró este curso, que ya es un clásico en la programación de nuestra Academia, con arreglo a la siguiente programación:

The 2023 EAES-iMIS sesión
“LA ERA DIGITAL DE LA CIRUGÍA”

9 de febrero

20.00h:

Presentación del acto

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón

SESIÓN EAES-iMIS

“LA ERA DIGITAL EN CIRUGÍA”

Moderador: Dr. S. Morales Conde

20.05h:

“LA TRANSFORMACION DIGITAL EN CIRUGÍA”

Dr. J. Mayol

Comentarios: Prof. Dr. J. Padillo Ruiz

20:20h:

“METAVERSO EN CIRUGÍA”

Dr. M. Chand

Comentarios: Prof. Dr. M.A. Cuesta Valentín

“30ª ANIVERSARIO DE LOS CURSOS DE INNOVACIÓN EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA”

“I PREMIO DE INNOVACIÓN EN CIRUGÍA”

Presentación de los galardonados

21.00h: Clausura del acto

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón

“LA ERA DIGITAL DE LA CIRUGÍA”

El Jueves 9 de febrero de 2023, tuvo lugar en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla la sesión especial del XXX Curso de Cirugía Laparoscópica-Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva organizado por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Virgen del Rocío y bajo el auspicio de la European Association for Endoscopic Surgery (EAES).

Dicha sesión tuvo el título de “La Era Digital en Cirugía” analizando los cambios actuales que estamos viviendo en esta especialidad donde existe una gran influencia de la tecnología y que influye en la comunicación, en la publicación de nuestros trabajos científicos, en la formación, en la planificación quirúrgica y, en definitiva, en la forma de enfrentarnos a la cirugía en el mundo actual.

Dicho acto estuvo presidido por excelentísimo Sr. D. Carlos Infantes Alcón, siendo moderado por el Dr. D. Salvador Morales Conde, estando como ponentes el Prof. D Julio Mayol, jefe de la Sección de Cirugía Colorrectal del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y el Dr. Manish Chand, cirujano colorrectal del Imperial College de Londres. El Prof. D. Javier Padillo Ruiz, jefe de servicio del Hospital Universitario Virgen del Rocío, y el Prof. D. Miguel

Ángel Cuesta, de la Free University de Amsterdam, fueron los encargados de contestar dichas ponencias, respectivamente.

El Prof. Julio Mayol analizó la transformación que estamos viviendo describiendo el impacto que tiene actualmente las redes sociales en cirugía, observando como el modelo clásico de compartir información y avances científicos ha cambiado y donde, herramientas como Tweeter, Instagram, LinkedIn y otras redes sociales, se han convertido en una nueva forma de transmitir del conocimiento. Los sistemas clásicos de publicación tienen y deben existir y coexistir, pero su apoyo en redes sociales es fundamental para que el alcance del mensaje se multiplique y llegue más lejos de lo que tradicionalmente se lograba.

Por su parte, el Dr. Manish Chand analizó el impacto de la era digital en la formación de las nuevas generaciones de cirujanos. En una demostración en directo el Dr. Chand se colocó unas gafas de realidad virtual, la cuales las conectó a la pantalla de la sala, mostrando el mundo virtual que se podría crear recreando una situación real en la que sumergía el estudiante o residente. De esta forma explicó el significado de la palabra Metaverso, tan de modo actualmente, trasladándose a un mundo virtual en el que podía tener acceso a la información necesaria, siendo posible navegar como si estuviera en el interior de un quirófano, viviendo una situación muy similar a la real, lo que permitiría incrementar el aprendizaje del procedimiento quirúrgico al que se estaba enfrentando.

Al final del acto se realizó la entrega del I Premio de Innovación en Cirugía, otorgado por la Real Academia de Cirugía y Medicina de Sevilla, la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla y la Sección de Cirugía Mínimamente Invasiva e Innovación tecnológica de la Asociación Española de Cirujanos. Dicho premio se otorga a un proyecto, procedimiento o idea innovadora con impacto en el desarrollo del procedimiento quirúrgico, tanto a nivel intraoperatoria y pre o posoperatoria. Dicho premio fue concedido a un trabajo presentado por el Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, sobre la integración de los modelos de reconstrucción 3D para la planificación quirúrgica en la pantalla de visión de los procedimientos robóticos realizados con la plataforma DaVinci.

Por último, se realizó un reconocimiento público, con entrega de una placa conmemorativa, a un grupo de cirujanos que tradicionalmente han asistido a estos cursos dado su espíritu innovador durante los últimos años, y que recientemente se han jubilado de su labor en sus centros de trabajo en diferentes centros de nuestra geografía. Los reconocimientos fueron para el Dr. D. Manuel Miras Estació, de Madrid, Dr. D. Enrique Veloso Veloso, de Tarrasa, el Dr. D. José Ramírez Felipe, de las Palmas de Gran Canaria, y el Prof. D. Ángel Carrillo, de Tenerife.

El acto de concluyó con las palabras del excelentísimo presidente de la Real Academia que realizó un análisis de las presentaciones poniendo el valor la calidad de las ponencias y los comentarios, así como de la importancia del impacto de esta nueva era digital en la cirugía actual.

CONFERENCIA

“FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA COMPARADA”

El jueves 16 de febrero a las 19 h. tuvo lugar una conferencia, en el salón Ramón y Cajal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, con el siguiente programa:

- Apertura del acto a cargo del Excmo. Sr. D. Carlos A. Infantes Alcón, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- Presentación del conferenciante por el Ilmo. Sr. Dr. D. Fernando Sáenz López de Rueda, académico de número de la RAMSE.
- Conferencia titulada “Formación e investigación en Ciencias de la Salud: una perspectiva comparada”, impartida por el **Excmo. Sr. D. Gabriel María Pérez Alcalá**, rector magnífico de la Universidad Loyola.
- Clausura del acto por el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE.



D. Gabriel María Pérez Alcalá

Texto de la conferencia:

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón,
presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla,
Ilmo. Sr. Dr. D. Fernando Sáenz López de Rueda,
Señores académicos de la Real de Medicina y Cirugía de Sevilla,
Autoridades,
Queridos amigos,
Señoras y señores,

1. AGRADECIMIENTOS Y PROLEGÓMENOS

Gracias. Sencillamente, gracias.

No puedo empezar esta conferencia sino manifestando mi más profundo agradecimiento al Excmo. Sr. presidente de esta Real Academia, el Doctor Infantes Alcón, por el inmenso honor que me hizo al invitarme a dar esta conferencia.

Gracias, igualmente, al doctor Sáenz López de Rueda por su amable presentación y por la visita que nos hizo a la sede de la Universidad, origen de nuestra relación institucional.

Gracias a todos los miembros de la Academia, a las autoridades que hoy nos acompañan y a las personas que se han acercado a oír mis palabras.

Ciertamente, es para mí un honor estar hoy aquí, en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, una institución que este año cumple 330 años, cuya historia es toda una inspiración para alguien que, como yo, que se dedica a la Universidad.

Una inspiración porque, desde su origen, le animó la ciencia, el método científico, y porque su enfoque de la medicina y de la salud, fue, siempre, centrado en el ser humano, holístico y humanista.

La Real Academia de Medicina es una de las instituciones que conforman una ciudad, entendida ésta como el conjunto de sus ciudadanos y su proyección en el tiempo, con su pasado y su futuro.

Siendo la Real Academia una institución tan venerable (estuvo el adjetivo en su propio origen) y tan importante, espero que comprendan ustedes que me sienta, además de honrado, doblemente abrumado. Abrumado por el peso de la historia que rezuma este palacio. Abrumado porque he sido invitado a hablar de las actividades que son propias de una Universidad en la sede de una Academia que hizo de la innovación docente la razón de ser de su nacimiento.

Permítanme que, para sacudirme este peso, haya rastreado los paralelismos entre la Academia y su historia y la tradición universitaria a la que pertenezco, la de la Compañía de Jesús, y que haya encontrado no pocos

puntos en común, pero que me centre en dos detalles tangibles que nos unen y que todos aquellos que se acercan a esta casa pueden ver: una parte de la colección antigua del arte que cuelga en estas doctas paredes procede de uno de los colegios de la Compañía, el de los Ingleses (en realidad, de los Irlandeses) y estoy seguro de que algunos de los libros antiguos de la Biblioteca tienen un origen parecido, pues no pocos fueron escritos por jesuitas. Laten, pues, para mí y me hacen sentirme en casa, algunos ecos de nuestros viejos colegios de Sevilla y eso me ayuda a dirigirme a tan docta audiencia.

Gracias, pues, por la invitación, gracias por la realidad que es la Academia, gracias por los proyectos de futuro que tienen en marcha y que esperamos podamos compartir. Gracias por permitirme estar hoy aquí.

2. INTRODUCCIÓN: LUGAR HERMENÉUTICO Y CONTENIDO

Bajo el título de *“Formación e investigación en Ciencias de la Salud: una perspectiva comparada”* se podrían dictar una docena de conferencias diferentes, que se pueden multiplicar por otras tantas variantes según lo que se quiera comparar. Estoy seguro de que estos cientos de conferencias posibles que tienen ustedes en su cabeza son todas más brillantes e interesantes que la que yo voy a pronunciar, así que ruego que sean benévolo con la mía.

La conferencia que sigue está pensada desde la triple condición de universitario que en mí concurre: soy profesor de economía desde hace más de treinta años, especialista en mercado de trabajo y políticas públicas; soy gestor académico con responsabilidades en distintas áreas, desde hace más de veinte; y, finalmente, tengo una cierta visión internacional, pues una parte importante de mi carrera profesional la he hecho fuera de España.

Así pues, desde esta triple condición, la conferencia buscará respuestas desde la economía, desde la gestión académica y desde la comparación entre sistemas sanitarios y universitarios diferentes, pues, como sostenía Gianni Vattimo, sólo conocemos por diferencias y juzgamos por ellas.

La conferencia tiene cinco partes esenciales que, sin agotar el tema, quieren articular mi pensamiento, dejando no pocas preguntas sin responder y sucintando, espero, reflexiones y algún debate que nos enriquezca a todos.

La primera parte, la he titulado “el reto sanitario en el siglo XXI”.

La segunda parte, la he titulado “la demanda de profesionales sanitarios”

La tercera, “la oferta de profesionales sanitarios”

Como ven un análisis clásico hasta aquí.

En la cuarta me pregunto por las consecuencias de la relación entre partes anteriores.

Para llegar a la quinta con una reflexión sobre los retos que enfrenta la formación y la investigación en ciencias de la salud actualmente.

Y finalizar con un breve decálogo de conclusiones para el debate y un ofrecimiento para la colaboración.

“Vayamos, pues, amigo Sancho, al asunto.”

3. EL RETO SANITARIO EN EL SIGLO XXI: MÁS ALLÁ DE LA PANDEMIA

La Organización Mundial de la Salud define ésta, en el preámbulo de su Constitución de 1946, acordada en Nueva York, y en el punto primero, como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*».

Una definición que habría que analizar con profundidad, pues utiliza el artículo indeterminado “un”, dando a entender que no hay un único estado de bienestar físico o mental (un cierto grado de subjetividad); habla de “bienestar”, lo que es un término positivo difícilmente asible o cuantificable, salvo por negación (y los economistas lo hemos intentado medir o asimilar a la felicidad subjetiva); y le da una triple dimensión, alguna de ella con fronteras más que difusas, como el bienestar social. Lo que está claro es que huye de una definición que sea la mera ausencia de afecciones o enfermedades, definiendo la salud como algo positivo, algo a disfrutar.

En el punto segundo de esta misma Constitución se consagra la salud como un derecho humano, lo que nos dice que la salud de la que habla es la humana, la de las personas, si bien, lo que, haciendo un *tour de forcé*, nos llevaría también a la salud de todos los seres vivos. Y he de reconocer que menos mal que al hacer una referencia a la salud humana, de los seres vivos, la definición cobra sentido, pues no es sólo una idea, sino una posibilidad de realidad tangible y, por tanto, observable.

La OMS, pues, define la salud como algo que se predica de los seres humanos.

Pues bien, hacer posible el bienestar físico, mental y social del conjunto de los seres humanos, de la Humanidad en su conjunto, es un reto inmenso, cuya dimensión es exponencialmente creciente. Y lo es por la sencilla razón de que la Humanidad crece de una forma natural (la “*constante pasión de los sexos*” de la que hablaba Malthus en su *Ensayo sobre el principio de la población* de 1798) acelerada por los éxitos de la ciencia en la preservación de la misma salud.

Para que nos hagamos una idea. En la época en la que se escribió la Constitución de la OMS, en 1946, la Humanidad no llegaba a los 2.500 millones de personas, hoy somos más de 7.800 millones de personas. La esperanza de vida en 1950 era de 50,3 años y hoy es de 72,2 años. La población mundial se ha multiplicado por 3, mientras que se han añadido 20 años a la esperanza media de vida de la población mundial. Por cuantificar la necesidad de atención sanitaria como hace la consultora McKinsey, hoy se necesita

atender a 106.000 millones de años de vida más que en 1950. La misma McKinsey pronostica que la esperanza de vida media aumentará en unos 6 años en la próxima década y que la población mundial lo hará en unos 200 millones de personas, lo que implica añadir otros 49 mil millones de años de vida a atender.

Todo esto ha sido gracias a un cúmulo de factores, entre los que es uno de los más importantes, si no el más importante, el impresionante avance en las ciencias de la salud en todas sus dimensiones, desde los avances científicos propiamente dichos (en biología, farmacología, fisiología, cirugía, etc.), los organizativos (creación de sistemas sanitarios públicos universales, etc.), pasando por los tecnológicos (bioingeniería, ingeniería médica, etc.) hasta los políticos.

Teniendo sólo estos pequeños apuntes en mente, conocidos por todos los presentes, podemos hacernos una idea de los inmensos retos a los que se enfrenta el sistema mundial de salud en los próximos años: llevar el “bienestar físico, mental y social” al casi 8.000 millones de personas, con edades medias cada vez mayores y tasas muy dispares de crecimiento y esperanza de vida entre países y continentes, en medio de un profundo cambio en el entorno natural, de una gigantesca transformación tecnológica y con no pocas incertidumbres económicas y geoestratégicas, tras una pandemia como la vivida estos años pasados.

Una tarea, como todos sabemos, gigantesca, cuyo crecimiento no está sólo correlacionado con el crecimiento poblacional o la edad media, pues la demanda de salud no es sólo una cuestión de personas y esperanza de vida, pues son mucho más.

No hace falta, aunque es una tentación para el economista que anida en mí, que haga una historia de los distintos modelos que, desde los pioneros de Grossman en los primeros años de los setenta (1972) hasta los más detallados basados en técnicas de redes neuronales (y Loyola ha sido pionera en éstos aplicados a la salud mental), han permitido explicar y calcular la evolución de la demanda de servicios sanitarios. Unos modelos que, he de confesarlo, no se calcularon por analizar la salud y cómo mejorarlos, sino por una razón más pedestre como es el ahorro en el gasto sanitario.

Desde un punto de vista macroeconómico, la demanda de servicios sanitarios y, lógicamente, su crecimiento, está básicamente correlacionada con cinco variables clave, algunas ya señaladas. A saber, la demanda de servicios sanitarios se correlaciona crecientemente con el crecimiento demográfico, con la edad media de la población, con la renta (pues la salud se considera como un bien básico universal (Sen, Nussbaum), con fundamentos éticos, pero su importancia subjetiva, en el sentido de Debreu, crece con la renta), con una mayor incidencia de patologías derivadas del entorno social (por ejemplo, la obesidad y sus patologías asociadas) y el deterioro del medio ambiente (cáncer). Finalmente, la demanda de servi-

cios sanitarios se correlaciona negativamente con las políticas de fomento de la vida saludable (educación sanitaria y sexual, ejercicio, educación nutricional, etc.).

Es evidente, que, teniendo esto en cuenta, la demanda mundial de servicios sanitarios sea creciente, muy creciente, y lo será en los próximos años. Un crecimiento que se da en todas las regiones del planeta, pues en cada parte del mundo operan las variables anteriores con distintos pesos. Así, por ejemplo, la demanda de atención sanitaria en un país pobre, como Nigeria, está claramente impulsada por su explosivo crecimiento demográfico (5,3 hijos por mujer), por su crecimiento económico (hoy por los precios del petróleo) y, desde luego, por el bajo nivel de servicios sanitarios previos. Japón, por ir a un ejemplo de país rico, tiene un crecimiento de servicios sanitarios de otra naturaleza, pues vive un invierno demográfico (decrece demográficamente desde hace 20 años), tiene una esperanza de vida de más de 84 años, con renta per cápita 25 veces la de Nigeria, por lo que su demanda crece por la edad de su población y por las patologías derivadas de su forma de vida, no tanto físicas como mentales (depresión).

El caso de Nigeria es, por ejemplo, el de toda África Subsahariana, el Sudeste Asiático, India y parte de Latinoamérica, mientras que Japón es el paradigma de lo que nos espera, casi, a la vieja Europa, mientras que Norteamérica está en un punto intermedio de ambos modelos.

4. LA DEMANDA DE PROFESIONALES SANITARIOS EN EL SIGLO XXI:

De esta creciente demanda de servicios sanitarios se deduce, de una forma lógica, una creciente demanda de profesionales sanitarios, porque, al menos de momento, y lo será en las dos próximas décadas, la atención sanitaria es un servicio personal.

Dicho de otro modo, la demanda de profesionales sanitarios, entendidos éstos en sentido amplio, es creciente a nivel mundial. En parte, por el desfase histórico en niveles básicos de asistencia sanitaria en muchos países; en parte, porque al menos cuatro de las cinco variables anteriores operan en todas las sociedades del planeta.

Por dar un par de datos. Dado que en el mundo hay unos 14 millones de médicos (datos del Banco Mundial), la ratio de médicos por 100 mil habitantes es de unos 170-175 médicos (totales, activos y no activos) por cada 100.000 habitantes. Si se aplicaran las ratios mínimas de la OMS de unos 225-230, hoy se necesitarían entre 4,5 y 5 millones de médicos más. Sólo alcanzar la cifra de médicos de América del Norte (320 médicos/100.000 habitantes) demandaría tener otros 12 millones de médicos en el mundo.

Llegar a la cifra europea supondría otros 30 millones de médicos. Y las cifras de enfermería y otros especialistas arrojan déficits similares. Hoy el mundo demanda más profesionales sanitarios. Las necesidades de profesionales sanitarios casi duplican lo que tenemos.

Por acercar el foco. Según el Occupational Outlook Handbook, que publica y actualiza todos los años el US Bureau of Labor Statistics (con diferencia el mejor modelo econométrico de mercado de trabajo del mundo), el crecimiento esperado en las profesiones sanitarias en los Estados Unidos en los próximos 10 años es de un 13%, lo que supone más de dos millones de profesionales sanitarios. De ellos, al menos 150 mil son médicos (con salarios medianos por encima de 100 mil dólares), más de 120 mil enfermeras especializadas y casi 200 mil enfermeras generales (registered nurses). En total se van a necesitar casi medio millón de profesionales con entre 6 y 10 años de formación. No incluyo en los datos anteriores ni a Dentistas, ni Fisioterapeutas, ni Farmacéuticos, ni Podólogos, etc. cuyas necesidades son también muy altas. Así como las de los científicos dedicados a la biotecnología, farmacología, etc.

En la Unión Europea no tenemos ningún modelo similar al norteamericano, pero las estimaciones de la propia Comisión Europea, dada la alta ratio de sanitarios por habitante de los países europeos, las previsibles jubilaciones de una parte importante de ellos y el mayor envejecimiento de la población que en Estados Unidos, nos indican una necesidad de alrededor de unos 3 millones de profesionales sanitarios, de los cuales casi 800 mil serán médicos, enfermeras, etc.

Y podría continuar haciendo el análisis por países, regiones, etc. lo que no haría sino ratificar lo que es evidente: las necesidades de profesionales sanitarios en las economías occidentales desarrolladas, serán crecientes en las próximas décadas y en todas sus especialidades, siendo llamativamente más fuertes estas necesidades en niveles de especialización medios-altos. En el caso de los Estados Unidos necesitarán una mayor proporción de enfermeras especializadas y médicos generales (nivel máster de 6 años de formación) que de especialistas (nivel doctorado de 10 años de formación), mientras que en Europa la proporción de necesidades de especialistas (significativamente en algunas áreas, como médicos de familia, anestelistas) serán mayores.

El caso de España es una edición corregida y aumentada, si me permiten la expresión bibliófila, de los dos casos: en España se va a necesitar más personal de Enfermería especializada que el que actualmente hay (entre otras cosas porque no reconoce estos rangos en la sanidad pública y no tiene estas cualificaciones), al tiempo que se va a necesitar cubrir plazas crecientes de especialistas de una forma similar a la media europea.

5. LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS: EL CASO DE LAS CARRERAS CLÍNICAS

Si seguimos el orden lógico de mi exposición, y tenemos en cuenta que la práctica de las profesiones sanitarias es una práctica regulada en casi todo el mundo y su formación encargada a las Universidades, hemos de preguntarnos, entonces, por la capacidad que tienen los sistemas educativos postsecundarios de formar a la ingente cantidad de profesionales sanitarios que se necesitan en las próximas dos décadas.

Si usamos la misma lente que hemos venido usando de lo más global a lo más particular, la respuesta que he de dar no es optimista: la capacidad instalada a nivel mundial en las distintas instituciones de educación postsecundaria para formar a los especialistas, médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios en los próximos años no es suficiente para hacer frente a las necesidades.

Y es que la capacidad instalada a nivel mundial, por ejemplo, en Facultades de Medicina ha crecido muy poco en los últimos años. Desde luego, muy por debajo de las necesidades que hemos de enfrentar.

En África subsahariana, por ejemplo, mientras que ya se alcanzan las 350 Universidades (50 creadas en los últimos veinte años), sólo en 55 hay medicina, de las cuales sólo 5 son nuevas. Esto implica que la tasa de crecimiento de los egresados es menos de un tercio el crecimiento de su población. Y unas ratios similares, aunque más suaves, se dan en América Latina o el Sudeste Asiático. Dicho de otro modo: ni África, ni América Latina, ni el Sudeste Asiático tienen capacidad para formar a los médicos y enfermeras que necesita su población, por lo que el deterioro de sus precarios sistemas sanitarios será patente.

El caso norteamericano, teniendo uno de los más vibrantes y flexibles sistemas universitarios del mundo, es paradigmático de lo que ocurre en el mundo desarrollado: el crecimiento del número de plazas en las Universidades americanas ha crecido en este siglo en más de un 20% (incluyo a las online), mientras que el de las plazas de medicina sólo lo ha hecho en un 5% y enfermería sólo en un 6,2%, insuficientes para asegurar la tasa de reposición y, sobre todo, el crecimiento de demanda de sus especialistas. Este hecho llevará a un fenómeno significativo: Estados Unidos “importará” médicos y otros especialistas sanitarios.

Por su parte, en España, las plazas de formación en Medicina sólo han crecido en un 12% (por la entrada de algunas Universidades privadas, especialmente en Madrid y habrá un ligero crecimiento de un 4% en los próximos años) mientras que las necesidades van a crecer por encima del 18%. Algo similar a lo que ocurre en Enfermería y otras profesiones sanitarias, con la excepción de la Odontología (cuya capacidad instalada es mucho mayor que la demanda esperada). El resultado será que España ten-

drá que “importar” médicos en saldo neto, pues parte de sus profesionales se irán a otros países.

Las consecuencias de esta falta de capacidad de formación de profesionales sanitarios en todo el mundo son muy variadas, y su análisis, según las distintas regiones del planeta, nos llevaría demasiado tiempo. Valgan algunas ideas que son de aplicación a nuestro entorno más cercano.

Tres son las consecuencias más evidentes de esta inadecuación entre la demanda de profesionales y las posibilidades de su formación.

La primera es que muchos sistemas entrarán en crisis: en unos pocos años (y ya está ocurriendo en algunas especialidades) y, si no se hace una reforma, el sistema colapsará en forma de una peor asistencia sanitaria (listas de espera crecientes, etc.). Y esto está ocurriendo ya en España, en el Reino Unido, en Francia, en Italia, etc. O hay un cambio de paradigma de la organización de la atención sanitaria o el sistema no podrá prestar sus servicios, por falta de personal cualificado.

La segunda es que se producirá una creciente presión salarial de las profesiones sanitarias. Contratar y retener el talento, en todos los niveles, será uno de los retos más importantes que habrán de enfrentar los sistemas sanitarios, tanto en su parte pública como en la privada. Y esto pasa, inevitablemente, por incrementos salariales relativos. Las leyes de la oferta y la demanda de los mercados de trabajo funcionan, a pesar de las hiperregulaciones de algunos Gobiernos.

Y, tercera, precisamente por las diferencias salariales a nivel mundial, con todos los matices que se quieran, se intensificarán los flujos migratorios entre países de profesionales sanitarios. Las barreras de entrada en algunos países son regulatorias o culturales (idioma), pero el hecho es que las diferencias salariales son tales que seguramente ni los Estados Unidos, ni el Reino Unido, ni Alemania se quedarán sin especialistas, pues sus salarios, por ejemplo, son más del doble que los medios españoles. Y una muestra: el salario mediano de un especialista en los USA es de unos 200 mil dólares, mientras que en España no alcanza los 100 mil euros. O el de una enfermera especializada es de unos 120 mil dólares, más que el de un médico especialista en España, y el doble que en España.

Pero hay, además de reformar el sistema y de pagar más a los médicos y profesionales sanitarios para retener y atraer el talento (aun a costa egoístamente de dejar desatendidas a personas que lo necesitan más como son las de las sociedades de países más pobres) otras formas de atajar el problema en el corto plazo, porque es evidente que en el largo plazo la solución pasa por aumentar las plazas en las universidades.

Estas soluciones, que esbozo, pero que tampoco desarrollo, pasan por dos medidas que creo esenciales.

La primera es la de realizar una reflexión y tomar las oportunas medidas para aumentar la eficiencia del sistema sanitario, empezando por una reasignación de competencias profesionales, pues la vigente, evolución de las que había hace más de cuarenta años, se ha quedado obsoleta. Dicho de otra forma, hay, en España, competencias profesionales que sólo tienen los médicos o médicos especialistas, cuando personas con menos años de cualificación, pero altamente especializados, pueden realizar las mismas tareas. Esto obligaría a repensar los sistemas de especialidad. Y apunto dos vías: establecer un sistema de especialidades médicas más compacto que el actual, distinguiendo entre ellas, pues no todas las especialidades requieren el mismo tiempo de formación, ni el mismo contenido, y, dos, establecer las especialidades de enfermería en el nivel máster, dándole más contenido y recorrido a la profesión.

La idea es muy sencilla y tiene que ver con los niveles de cualificación que vienen determinados por los años de formación y me refiero a las profesiones sanitarias esencialmente clínicas. En España una enfermera requiere de 4 años de formación, un médico generalista de 6 y un especialista de 10 como mínimo. ¿No sería posible tener, como ocurre en Estados Unidos o Alemania, enfermeras especialistas con 5-6 años de formación que tuvieran más competencias profesionales que las que ahora le reconoce la regulación de su profesión y que están reservadas a los médicos? ¿No sería posible, para algunas especialidades médicas, acortar el periodo de formación a dos años?

La segunda idea que permitiría afrontar el problema es el de compactar la formación de los médicos especialistas que es el cuello de botella de mayor duración por no poderse resolver en menos de 10 o 12 años.

Como es conocido, en los Estados Unidos, la carrera de medicina es un doctorado. Se inicia en el nivel máster tras conseguir un grado (Bachelor degree), normalmente en ciencias o en pre-med, y pasar un examen como el Medical College Admission Test. A partir de ahí su máster-doctorado dura un mínimo de 2 a un máximo de 4 años. Para ejercer han de pasar un examen de Estado (US Medical Licensing Examination). Las especialidades no están específicamente reguladas y varían desde 3 a los 9 años. El resultado del sistema es que los norteamericanos tienen médicos con formación que van desde los 6 años (el equivalente a nuestro graduado en Medicina) hasta los superespecialistas de 11 y 13 años de formación, pasando por especialistas muy cualificados equivalentes a los españoles con entre 8 y 10 años de formación. La ventaja del sistema, y de ahí su capacidad de adaptación a las necesidades del mercado americano, es que no condicionan las plazas desde el inicio de los estudios universitarios. Es decir, basta con ampliar las plazas en las Medicine School para tener médicos generalistas en dos o tres años y especialistas en cinco a ocho. Esto es lo que hace, además de la facilidad de la Universidades americanas con Escuelas de Medicina para cambiar sus planes de estudios y la atracción que tiene el mercado médico norteamericano,

que los Estados Unidos no vayan a enfrentar el mismo reto que los sistemas sanitarios europeos y, especialmente, los sistemas sanitarios públicos de origen francés como el español.

Por cierto que, con algunos matices, las dos ideas anteriores, cambiar las atribuciones profesionales y compactar estudios, se pusieron en práctica en España cuando, siguiendo una directiva europea, se habilitó a los graduados en Odontología con una parte importante de las atribuciones de los Médicos Estomatólogos de 8 años de formación mínima.

6. LOS RETOS DE LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS

Pero más allá que el número de plazas para la formación de los profesionales sanitarios, cuyo número hay que ampliar en los sistemas universitarios occidentales, aunque sea para formar profesionales de otras nacionalidades, aunque sólo sea porque la salud es un imperativo ético y un bien público universal y porque de la salud de los demás depende también la nuestra, y de la duración y adecuación de la duración de los estudios a las necesidades concretas de la profesión, las Universidades que impartimos Ciencias de la Salud nos enfrentamos a desafíos que también afectan a la formación, tanto como a la investigación en estas ramas del conocimiento humano.

El primer reto al que nos enfrentamos en la formación de los profesionales sanitarios es que las tecnologías de la información han cambiado, y van a cambiar más a partir de la Inteligencia Artificial, la forma en la que acumulamos, usamos y aplicamos el conocimiento. Hoy no es necesario acumular memorísticamente un conocimiento, pues un buen procedimiento de uso de las fuentes bibliográficas y unos buenos fundamentos de lógica y estadística permiten responder a casi cualquier pregunta en un nivel de cierta profundidad. De hecho, con unos buenos fundamentos conceptuales y un léxico básico se puede acceder a un profundo conocimiento.

Estas tecnologías de la información están revolucionando la pedagogía universitaria de tal forma que, hoy, lejos de ser la clase el momento en el que se transmite conocimiento, es el momento en el que se ejercita lo aprendido, y lejos de ser el estudio memorístico el elemento central del proceso de aprendizaje es vivencia de afrontar un problema y resolverlo en colaboración con otros, la unidad mínima de aprendizaje. El ejercicio continuo y la resolución de diferentes problemas es la esencia de la nueva pedagogía universitaria, especialmente en aquellas profesiones de alta cualificación como son las profesiones clínicas, cuya práctica tiene tantas variables que hacen único cada caso.

Pero no son sólo las tecnologías de la información las que están revolucionando la formación de las profesiones de ciencias de la salud, es que la tecnología que se usa en la práctica ha cambiado tan profundamente, en la

analítica, el diagnóstico, la cirugía, etc. que es necesario un profundo conocimiento de estas técnicas para poder abordar los problemas. Y esta revolución se extiende hasta las técnicas de simulación que permiten a los estudiantes llegar, por ejemplo, a un quirófano con cientos de operaciones en sus manos.

La enseñanza moderna de las profesiones sanitarias es más un profundo entrenamiento (estudio, ejercicio diario, problemas diferentes, simulación de casos, etc.), en definitiva, práctica continua y guiada de la profesión, que una clásica (y a veces escolástica) acumulación memorística de conocimientos.

Pero este profundo entrenamiento no puede ser sólo técnico, tiene que ser más hondo si cabe, porque la salud, aunque puede predicarse de muchas cosas, es primordialmente humana, afecta al ser humano esencialmente. De ahí, que un reto que ha de abordar la formación en ciencias de la salud sea el de su humanización. La persona, y sobre esto habría mucho que hablar, no es sólo un conjunto de células que se agrupan en tejidos, huesos y cartílagos y, dado un diseño funcional, componen un cuerpo. Hay algo, mucho más, que configura lo que llamamos persona. Por eso, una formación en ciencias de la salud cuya antropología sea meramente técnica es una formación sin contexto, automatizada, pero incompleta.

Porque la salud es algo que se predica de un ser humano, un profesional sanitario, cualquier que sea su especialidad y formación, sin una formación humanista y una comprensión de lo humano es poco más que un robot de la salud (y podría ser sustituido por él).

7. DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

La formación de los profesionales sanitarios del futuro, como lo fue en el pasado, debe ser un profundo entrenamiento basado en la ciencia, en el conocimiento generado según un método científico que asigna un contenido de verdad a una proposición, según una evidencia empírica, y en una antropología, una concepción del ser humano como algo más.

Con diferencia, son la Medicina y la Farmacia las carreras profesionales que más temprano adoptaron el método científico y lo aplicaron a su profesión. De hecho, en las viejas Universidades escolásticas, la Medicina sólo alcanzó estatus de Estudio Mayor cuando se crearon las primeras cátedras de Anatomía y se empezó a experimentar con distintas técnicas que se comparaban por sus resultados con aquellas que eran tradicionales. Fueron los médicos y farmacéuticos los primeros profesionales cuyo “arte” se basó en la ciencia.

La ciencia es la esencia de las profesiones sanitarias. Una ciencia cuyo progreso sólo se produce mediante esa actividad tan esencialmente universitaria como es la investigación. Por eso, me voy a permitir una breve reflexión sobre la investigación en ciencias de la salud, porque del nivel de investigación al que tenga acceso una sociedad depende su nivel sanitario.

Empecemos, como ya va siendo habitual en mis palabras, por una evidencia informada. Estados Unidos produce el 33,2% de los artículos indexados internacionales en ciencias de la Salud, la Unión Europea el 19,1%, el Reino Unido el 10%. Sólo en el Hemisferio Occidental se produce el 63% de la ciencia mundial en este área. España es sólo el 1,8%.

Otro dato: la suma de la Universidad de California y del MIT suponen, en el periodo 2016-20, el 20,2% de las patentes mundiales en Ingeniería médica, el 33,9% en Biotecnología y el 25% en Fármacos. España no tiene llega ni al 0,1% en ninguno de estos campos.

El corolario de estos datos es que, a pesar de que presumamos (y lo hacemos con justicia en cuanto a accesibilidad, universalidad y calidad asistencial) los españoles de uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, no podemos menos de reconocer que éste se basa en la ciencia que crean otros, en las patentes que otros desarrollan, en las empresas farmacéuticas y de ingeniería médica que otros producen. Es un sistema muy dependiente.

Pero la pregunta que como universitario me interpela es: si el sistema sanitario europeo (dígase el español donde digo el europeo) tiene muchos más médicos y personal de alta cualificación en proporción y en términos absolutos que el norteamericano o el británico, ¿por qué la aportación europea es menor en términos de ciencia y, desde luego, de patentes?

Y la respuesta es muy simple: porque tenemos un sistema de investigación muy débil. Y no hablo de los más que meritorios equipos de investigación que hay en los Institutos de Investigación del CSIC, en muchos de nuestros hospitales públicos o, incluso, en algunas de nuestras facultades de Medicina o Farmacia. Es que el sistema de investigación español es muy básico y no moviliza los recursos que ha de movilizar. Más aún, ni siquiera tiene un programa básico de orientación de la investigación y, desde luego, ni retribuye, ni reconoce, ni fomenta la investigación a largo plazo.

Y estas carencias nos deben hacer reflexionar a los académicos, a los propios profesionales y, desde luego, a los poderes públicos, pues sin investigación no hay calidad en la formación y no hay práctica de calidad.

7. A MODO DE CONCLUSIÓN

Permítanme que vaya concluyendo esta conferencia, pues dicen los modernos retóricos que no se debe aburrir a un auditorio más que una media hora (salvo que uno sea cineasta que puede hacerlo durante tres horas), pues a partir de ahí se corre el riesgo de ser reo de muerte civil en las redes.

Permítanme que resuma los principales mensajes que he querido pergeñar con mis palabras.

1. la demanda de servicios sanitarios no sólo es linealmente creciente, sino que es exponencialmente creciente. Un crecimiento que la pandemia ha acentuado y que no se ve afectado significativamente por las incertidumbres económicas, ni por las tensiones geoestratégicas.

2. la demanda de profesionales sanitarios, en todas sus ramas, pero especialmente en las profesiones clínicas (Medicina y Enfermería, especialmente), es más que exponencialmente creciente, pues a las carencias previas hay que sumar el crecimiento esperado.
3. la oferta de profesionales sanitarios, dada la capacidad instalada en los sistemas de educación postsecundarios (desde la formación profesional superior (“Community College”) hasta la especialización médica), no va a poder cubrir en la próxima década, con algunas excepciones menores, la demanda prevista.
4. Las consecuencias de este desfase en los mercados de las profesiones médicas serán, salvo reforma profunda y medidas urgentes, una crisis del sistema sanitario que tenemos, un aumento de los salarios y costes salariales para retener el talento y un mayor flujo de profesionales hacia los países con más capacidad.
5. Para enfrentar estos problemas, a corto plazo, hay que pensar en soluciones que pasan por una reasignación de competencias profesionales y una mayor flexibilidad en los procesos formativos.
6. El aumento de la capacidad, de plazas, en las Universidades del primer mundo, además de servir a resolver el problema a largo plazo al que se enfrentan sus sistemas sanitarios es casi una obligación moral, pues no se trata de formar sólo a los médicos y enfermeras de la próxima década para España, sino de hacerlo también para servir en los países más desfavorecidos, pues sus sistemas universitarios no tienen esa capacidad.
7. La formación de los profesionales sanitarios, como en otros campos de las ciencias, está sufriendo un profundo cambio que es necesario abordar con valentía. Aportar una nueva pedagogía para la formación en las carreras sanitarias y de ciencias de la salud es una exigencia de los tiempos. Como lo es formar desde una antropología humanista.
8. La investigación es, desde siempre, un pilar esencial para el progreso humano y ha de ser potenciada.
9. La Universidad Loyola, como institución universitaria de la Compañía de Jesús, es y quiere ser un espacio de reflexión e investigación, formación y diálogo, en todos los aspectos constitutivos del ser humano y de sus sociedades y, por eso, ha entrado en el campo de las ciencias de la salud aportando lo que de específico tiene, una Universidad moderna y del siglo XXI, en la que la investigación y la innovación van de la mano de su larga tradición humanística y cristiana.
10. Una Universidad que quiere aportar a la Humanidad porque el amor a ésta es, para ella, la esencia del amor al Creador.

Muchas gracias

MESA REDONDA

“LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL SERVICIO DE LA MEDICINA”

Se desarrolló esta mesa redonda el 16 de marzo, organizada por la RAMSE, la Asociación Católica de Propagandistas (ACdP) y la Fundación Universitaria CEU Fernando III.

Fue presidida por el presidente de la Academia, Dr. Infantes, y moderada por el académico Dr. Felipe Martínez Alcalá, contando con los siguientes ponentes:

- **D. Juan Arana**, académico de número de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas y catedrático de Filosofía de la Universidad de Sevilla.
- **D. Fernando Llano**, decano de la Facultad de Derecho y catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Sevilla.
- **D. Víctor Maojo**, catedrático de Inteligencia artificial de la Universidad Politécnica de Madrid. Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Madrid. Primer español en el American College of Medical Informatics. Asesor de la Sociedad Informática de Salud.



A la firma del convenio de colaboración en julio pasado, entre el rector promotor de la Universidad CEU Fernando III, Excmo. Sr. **D. José Alberto Parejo Gámir**, y el presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía, el **Excmo Dr. D. Carlos Infantes Alcón**, con el vicepresidente de la Fundación Universitaria CEU Fernando III El Santo, **D. Juan Jurado Ballesta**, se mantuvo una reunión en la que el Dr. Martínez Alcalá propuso el tema de la IA, que fue de inmediato aceptado por todos.

El Dr. Martínez Alcalá hace el siguiente resumen de esta jornada:

“En una época de grandes cambios, quienes estén dispuestos a aprender heredarán el futuro. En cambio, quienes crean que ya lo aprendieron todo, estarán preparados para vivir en un mundo que en realidad no existe”, sirvan estas palabras del filósofo Eric Hoffer, como declaración de intenciones para lo que espero sea la primera de una serie de charlas sobre la IA.

La IA es la rama de la informática que simula los procesos de razonamiento de la mente humana. Cuando se habla de IA tendemos a mezclar las diversas y complejas ramas que la conforman y a olvidar que es una herramienta hecha por humanos

La IA se ha colado en nuestras vidas y está presente en nuestro hacer diario, completando palabras o frases cuando escribimos en nuestro móvil, o realizando acciones solicitadas a Alexa. ¿Será un lujo que te trate una persona física?

Mucho se habla últimamente de cómo afectará el desarrollo de la tecnología a las profesiones que hoy conocemos y practicamos de manera diaria.

Cada día, nos despertamos con noticias que parecen acortar la distancia entre lo que puede o no hacer una máquina. Los robots o máquinas capaces de realizar tareas humanas son la máxima representación de este nuevo panorama en el que la tecnología no es que vaya a cambiar las profesiones, sino que ya lo está haciendo.

Segun Warner Slack de la Escuela de Medicina de Harvard. “Si un médico puede ser reemplazado por un ordenador, entonces, merece ser reemplazado por un ordenador”.

Los ordenadores necesitan un conjunto de instrucciones que le indiquen como realizar determinadas tareas. Los programadores son los que imaginan y crean las normas en un lenguaje comprensible para las maquinas. ¿Deberá el médico entender los fundamentos de los algoritmos o sólo sus resultados? ¿Confían los médicos en la IA?

Los algoritmos de IA de Deepmind son capaces de crear imágenes reales, cuadros, piezas de música o videos a partir de palabras al azar. Genera así códigos creativos a la altura de un programador. El AlphaCode de Google es capaz de programar como un humano. Supone un paso inicial para que unas máquinas enseñen a otras máquinas, sin necesidad del concurso humano o

que se reprogramen mejorando sus programas o habilidades, al igual que la inteligencia humana que como resultado de un pensamiento crítico y en base a la experiencia es capaz de crear soluciones a problemas imprevistos.

Con Galileo aceptamos que la tierra no era el centro del universo, con Darwin que nuestro origen fue igual de humilde que el resto de seres vivos, saber que las máquinas son capaces de hacer cosas que hasta entonces eran exclusivamente humanas. ¿Puede suponer el siguiente gran reto o lección como sociedad?

En nuestro entorno andaluz el sistema IA Mantis del SAS, predice la tasa de reingresos de pacientes hospitalizados, evaluando el procesado masivo de datos y aplicando reglas de aprendizaje de máquinas y actualmente trabaja en 15 líneas de investigación en IA y Big Data.

En Córdoba el Dr. Isaac Antúnez, catedrático del Departamento de bioquímica y biología Molecular, ha desarrollado un programa de IA que valora el comportamiento de los contagios y toma de decisiones en la lucha contra el Coronavirus a través de la Secretaria General de Salud Pública de la Administración Autonómica

En mi especialidad de Aparato Digestivo, la IA se emplea entre otras para predecir la invasión submucosa en el cáncer de esófago de pacientes con metaplasia de Barrett, separando el cáncer limitado a la mucosa y por tanto curable mediante mucosectomía del que presenta invasión submucosa y que precisa una resección más profunda con submucosectomía endoscópica, en ambos casos evitando una cirugía más agresiva y mutilante.

La IA puede identificar y clasificar los pólipos del colon, y así mejorar la detección de lesiones preneoplásicas, ayudando a disminuir la incidencia de cáncer de colon, la detección de displasia en colitis ulcerosa o el diagnóstico y estadificación de la esteatosis hepática

Dado que la inteligencia artificial intervendrá así, en procesos de decisión que afectarán además al bienestar de la población, es crucial que podamos verificar que estas decisiones se adecúen a los valores y principios que compartimos como sociedad, tales como la seguridad, la privacidad, la justicia y muchos otros. ¿Qué pasará legalmente con los resultados si hubiera errores?

Los creadores de nuevas aplicaciones “high tech”, no piensan en externalidades de tipo social, preocupándose esencialmente de convencer a inversores y demostrar resultados.

Ya Hipócrates en uno de sus aforismos dice que “La vida es breve, la ciencia extensa, la ocasión fugaz, la experiencia insegura, el juicio difícil. Es preciso no solo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además los que le asisten y las circunstancias externas”

Sin duda esta nueva y extraordinaria herramienta puede ayudar a realizar una medicina de excelencia.

Para profundizar en la IA, especialmente en lo concerniente al servicio de la medicina y por tanto al servicio del ser humano tenemos la gran oportunidad de contar dentro de este convenio de colaboración con la Universidad CEU y su Fundación Fernando III El Santo con tres autoridades, expertos e interesados, cada uno de ellos en una parte del todo que es el ser humano.

Prof. Dr. Victor Maojo

En los últimos tiempos y particularmente en los tres últimos meses después de la aparición del archipopular sistema ChatGPT, ha habido un redescubrimiento de la inteligencia artificial (IA), una disciplina que se crea oficialmente en 1956, y que se nutre de la informática, las matemáticas, la psicología, la filosofía, la lingüística, la biología, y otras disciplinas.

No es sencillo definir lo que es la IA, si consideramos todo lo que se ha publicado sobre ella en los medios de comunicación escritos y lo que se escucha en radio y televisión en los últimos tiempos. Algunas de estas ideas se presentan en frases como: “La IA tiene como objetivo descubrir los algoritmos que manejan nuestro cuerpo y mente“. O esta otra, que pude escuchar a un entusiasta decano de una facultad universitaria: “Los sistemas de IA componen música como los mejores músicos, escriben libros como los grandes escritores y son mejores que los mejores médicos”. Ojalá fuesen ciertas, pero (aún) no es así.

Desde un punto de vista más académico y menos entusiasta podríamos decir que la IA estudia cómo lograr que las máquinas (no solo ordenadores) realicen tareas que llamaríamos “inteligentes” (toma de decisiones, comprensión, razonamiento lógico, reconocimiento de patrones, sentido común, juegos como ajedrez, aprendizaje, memoria, etc). Particularmente en tareas que requieren manejar mucha información y tareas repetitivas. Siguiendo al premio Nobel de Economía Herbert Simon, podríamos decir que la IA tiene dos propósitos. Uno es usar el poder de las computadoras para aumentar el pensamiento humano. El otro es usar la IA para entender la mente humana. En el campo de la medicina ha permitido avanzar sustancialmente en el conocimiento de lo que se ha llamado de una manera general como “ojo clínico”, que no tiene nada mágico, sino que es un compendio de estrategias y métodos de razonamiento específicos en el área de la medicina.

Existen diversas clasificaciones de la IA. La que ha tenido más impacto académico ha sido aquella que la divide en dos áreas, la IA simbólica (que estudiaría los procesos mentales humanos) y la IA conexionista (que considera que la inteligencia es el resultado de los procesos de un conjunto de neuronas, o procesadores conectados siguiendo una serie de características). Desde un punto de vista más práctico podríamos dividir la IA en dos: la IA basada en el conocimiento y la IA basada en datos. La primera tuvo su auge en un periodo que podríamos establecer desde 1967 a 1995 mientras que la segunda ha tenido su predominio con posterioridad. La aparición en los

últimos diez años de los sistemas de lo que se llama aprendizaje profundo, o Deep Learning en inglés, ha sido la causa de la revolución que se ha producido en la IA.

Los sistemas expertos y basados en el conocimiento intentaban capturar el conocimiento y los métodos de razonamiento de expertos. Estos sistemas tuvieron éxito académico excepcional en esos años 1970-80, pero sin embargo en el área de la medicina su impacto clínico fue muy limitado debido a diversas causas tecnológicas y cognitivas. Pocos de estos sistemas llegaron a ser comercializados y utilizados en la práctica clínica de una manera rutinaria. Un ejemplo de un sistema experto de este tipo, aprobado para su uso por la Food and Drug Administration (FDA) americana, fue PERFEX, para el diagnóstico y enseñanza de imágenes SPECT en cardiología. En este sistema, en el que colaboré estudiando el uso de redes de neuronas artificiales para su ampliación, cabe destacar que la evaluación fue un aspecto clave. Este trabajo de evaluación requirió unos cinco años, en diversos centros hospitalarios alejados del hospital de Emory, en Atlanta, que fue donde se desarrolló en principio. Hoy en día en ningún sistema se hace una evaluación tan exhaustiva. Posteriormente llegaría un amplio número de sistemas de ayuda a la decisión y conceptualizaciones semánticas llamadas ontologías, que han continuado esta área con éxito, siendo utilizados estas últimas profusamente en conexión con historias clínicas o para el apoyo a la investigación biomédica en las ciencias ómicas, como es el caso de Gene Ontology.

La explosión de las capacidades de almacenamiento de datos que provienen de tantas fuentes diversas ha llevado a lo que se llaman sistemas de Big Data en biomedicina, que incluyen imágenes radiológicas, información ómica, datos de la microbiota, de historias clínicas electrónicas, de wearables, la Web, redes sociales etc. Por ejemplo, sin estos sistemas de IA para el manejo de grandes cantidades de datos, las vacunas que se han realizado para el COVID no habrían sido posibles en tan corto espacio de tiempo. La combinación de grandes bases de datos y “machine learning” para descubrir alteraciones genéticas, diagnosticar enfermedades, relacionar la microbiota con enfermedades de etiología desconocida, estudiar y reclasificar los miles de enfermedades raras o el descubrimiento de nuevos medicamentos (y redescubrimiento de otros descartados) está revolucionando la investigación médica. Como ejemplo la revista Science en el año 2021 eligió como descubrimiento científico del año el trabajo hecho en la compañía DeepMind, que pertenece a Google, con el sistema llamado AlphaFold2, capaz de predecir la estructura tridimensional de un gran número de proteínas, ahora con un error menor del 10%, partiendo de la secuencia genómica. Este era un problema clásico de la biología, difícil de resolver hasta este momento.

Cabe mencionar un descubrimiento histórico, cuya base muestra las posibilidades que la IA pueden llevar en la investigación biomédica. Barry Marshall consiguió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina al descubrir

que la úlcera gástrica está causada por el *Helicobacter Piloni*, tras revisar cientos de artículos de Medline. Este gran científico me contó en una larga carta cómo él había analizado y leído artículos de Medline que había seleccionado manualmente. En esa revisión pudo descubrir varios artículos donde aparecía esta relación entre el *Helicobacter pilori* y la úlcera gástrica, que posteriormente pudo comprobar experimentalmente (de hecho, lo hizo en su propio cuerpo en un principio, tipo de experimento “crucial” poco aconsejable). En nuestro grupo de investigación, hemos realizado un trabajo de análisis de todas las referencias que aparecen en Pubmed (más de 35 millones) para descubrir un tipo de información médica que estábamos buscando, así como otra información relacionada. Este tipo de trabajos, basados en Transformers, sistemas de IA, promete revolucionar el tipo de descubrimiento científico que podemos realizar partiendo de múltiples grandes bases de datos. Otro tipo de Transformer más avanzado, ChatGPT, basado en GPT 3 (y próximamente nuevas versiones con el ya lanzado GPT4), prometen revolucionar múltiples aspectos de la medicina, aunque también tendrán una serie de peligros asociados.

He querido destacar los múltiples límites y peligros que el uso de la IA puede tener en la medicina, si se llevan a cabo por personas sin experiencia ni los conocimientos éticos adecuados. En 1994 yo coordiné un proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria para el uso de sistemas de Machine Learning para extracción de reglas de predicción clínica en artritis reumatoide. Una médico residente en reumatología dedicó dos años al estudio detallado de mil casos clínicos del Hospital 12 de octubre, para un trabajo de su propia tesis doctoral. Ese trabajo concienzudo, en un análisis página a página de estas historias clínicas (en papel), nos llevó a la conclusión que el 75% de estos casos no eran adecuados para su uso en un sistema de IA. Hoy en día prácticamente nadie puede dedicar un esfuerzo comparable. Si consideramos que hay conjuntos de historias clínicas que superan 15, 20 o más millones de pacientes, imaginemos el tiempo que podría necesitar incluso un ejército de especialistas médicos para revisar de forma similar estas bases de datos. Por ello la calidad de los datos, así como sus evaluaciones, sigue siendo un problema principal de estos sistemas. A la vez, su capacidad de explicabilidad es limitada, ya que muchos de ellos siguen siendo auténticas “cajas negras”, lo que impide que los profesionales sanitarios puedan tener una confianza en ellos.

Aparte existen otros problemas, como las numerosas lecciones aprendidas desde el inicio de la IA en medicina, alrededor de 1970, desconocidas por la mayoría de recién llegados (incluyendo grandes empresas). ¿Se producirán los mismos errores que entonces? En el año 2015 tuve la oportunidad de comentar a los programadores del sistema Watson Health de IBM, que la evaluación que habían realizado para su sistema no era adecuada. Cualquiera de los pioneros de la IA en medicina, (y con algunos de ellos he tenido la oportunidad de hablar y trabajar durante muchos años), les habrían dicho lo mismo. Este sistema, pese a sus cualidades tecnológicas, fue un fracaso, y causó pérdidas de cientos de millones de dólares a la compañía (aparte del

propio prestigio). Hay numerosas cuestiones éticas, que muchas veces no se abordan de la manera adecuada. Por último, España ha tenido una formación casi nula de médicos en tecnologías de IA, y muchos de los pocos médicos que tienen algún conocimiento avanzado en esta área han debido sufragarse los cursos de formación, sin apoyo de instituciones o agencias públicas. No es posible ningún avance formativo ni tecnológico a “coste cero”.

Pese a todo ello, los retos y promesas de la IA en medicina son enormes y llevarán en muy poco tiempo, sin duda, a cumplir aquella idea visionaria publicada en el año 1970 en la revista *New England Journal of Medicine* por el doctor William Schwartz, que me impactó (no solo a mí sino a muchísimos investigadores, particularmente en los Estados Unidos). En este artículo proponía un nuevo tipo de médico, con amplios conocimientos de informática, inteligencia artificial, psicología, economía, matemáticas, etc., lo que llevaría a una redefinición absoluta de la práctica médica. Han pasado ya más de cincuenta años y esa visión ya es una realidad, necesaria.

PD: En este mundo de la IA en medicina las noticias surgen cada día. Solo un día después de esta conferencia la editorial de la revista *New England Journal of Medicine*, seguramente la de mayor impacto en medicina, anuncia su nueva revista dedicada a la inteligencia artificial, *NEJM AI*. A la vez, la Universidad de Cornell de los EE.UU. anuncia la creación del *Weill Cornell Medicine Institute of AI for Digital Health (AIDH)*. Solo dos de los numerosos ejemplos similares del impacto creciente de la IA en medicina.

Prof. Dr. Juan Arana

Comienza su intervención agradeciendo a la académica y a las instituciones que han facilitado el encuentro. Sin embargo, debido a la falta de tiempo, decide abordar directamente el tema principal: la posibilidad de construir máquinas que piensen.

Resalta la importancia y el impacto que ha tenido la inteligencia artificial en la sociedad, especialmente en el ámbito médico, y reconoce tanto los aspectos positivos como los peligros que conlleva. Aunque se muestra optimista, enfatiza la necesidad de que toda la sociedad, no solo juristas y políticos, sea consciente de los riesgos y tome precauciones adecuadas.

Hace referencia a la cuarta Revolución Industrial y plantea el desafío que representa para el sistema educativo preparar a las generaciones futuras para empleos que aún no existen. Destaca la importancia de encontrar una convivencia positiva entre humanos y máquinas, basada en el respeto mutuo.

Expone preocupaciones sobre el potencial desarrollo de la superinteligencia en las máquinas, que podría poner en peligro la supervivencia de la humanidad. Cita a expertos como Nick Bostrom y Ray Kurzweil, quienes han planteado escenarios donde las máquinas superinteligentes podrían actuar en contra de los intereses humanos.

Se refiere al concepto de singularidad, planteado por futuristas como Ray Kurzweil, donde se predice un momento en el futuro en el que las máquinas superarán la inteligencia humana. Expone preocupaciones éticas y existenciales sobre la posibilidad de transferir la conciencia humana a máquinas o fusionar humanos con la tecnología.

Finalmente, argumenta a favor de la singularidad humana basada en la autoconciencia y la subjetividad, que considera como características únicas que las máquinas no pueden replicar. Critica la oposición y el menosprecio hacia la importancia del ser humano por parte de algunos sectores de la sociedad y aboga por un reconocimiento de la dignidad humana en medio de los avances tecnológicos.

En resumen, la intervención del Dr. Juan Arana Cañedo-Argüelles aborda temas como el impacto de la inteligencia artificial, los riesgos de la superinteligencia, la singularidad humana y la importancia de mantener una ética y un reconocimiento de la dignidad humana en el contexto de los avances tecnológicos.

Prof. Dr. Fernando de Llano

Realizó una intervención abordando el cambio de paradigma del humanismo al transhumanismo, dividida en varias partes.

En la primera parte, destacó la influencia del libro “El futuro de las profesiones” de Richard Susskind, señalando que muchas profesiones están evolucionando y algunas desaparecerán.

En la segunda parte, discutió cómo el transhumanismo está afectando la ciencia médica, mencionando avances como el diagnóstico genético preimplantacional y las neurociencias, planteando cuestiones éticas y jurídicas.

En la tercera parte, abordó la preocupación ética y jurídica relacionada con el transhumanismo y el avance de la ciencia médica, cuestionando si los límites éticos y jurídicos actuales deben eliminarse para permitir un avance más rápido en la ciencia médica.

En la cuarta parte, discutió aspectos éticos y jurídicos relacionados con la neurociencia y el diagnóstico genético dentro del ámbito del transhumanismo y la medicina, destacando la importancia de encontrar un equilibrio entre el avance científico y la protección de los derechos individuales.

Finalmente, en la última parte de su intervención, abordó el tema de la automatización y la posición de los humanos en relación con las máquinas inteligentes, tanto en el ámbito militar como en el médico, reflexionando sobre la necesidad de mantener un enfoque humanista en el avance tecnológico y preservar los valores humanos fundamentales.

En resumen, el Dr. Llano Alonso planteó importantes cuestiones éticas y sociales relacionadas con el creciente papel de la IA en diversos ámbitos, abogando por un equilibrio entre el avance tecnológico y la preservación de los valores humanos.

MESA REDONDA

“LA SALUD CARDIOVASCULAR EN SEVILLA”

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla celebró la mesa redonda titulada “La Salud Cardiovascular en Sevilla” el 23 de marzo, con la que se invitó a reflexionar sobre cómo preservar la salud cardiovascular en Sevilla, y de cómo restaurarla si se hubiera deteriorado.

Actuó de moderador el académico correspondiente Dr. José María Cruz Fernández y las ponencias fueron las siguientes:

- **“Muerte súbita durante el deporte”**

Dr. Francisco Trujillo Berraquero. Cardiólogo experto en Medicina Deportiva, Hospital Universitario Virgen Macarena.

- **“Nuevas aportaciones de la Cardiología intervencionista”**

Dr. Pastor Luis Pérez Santigosa. Cardiólogo intervencionista, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme.

- **“El trasplante cardiaco en Sevilla”**

Dr. José Miguel Borrego Domínguez, jefe de servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.



El Prof. Cruz Fernández ha hecho el siguiente resumen de la mesa redonda:

El Dr. Cruz expuso en su introducción que reflexionar sobre cómo preservar la salud cardiovascular en Sevilla, y de cómo restaurarla si se ha deteriorado, es una obligación y un honor para la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.

Los avances experimentados por la Cardiología y la Cirugía Cardiovascular en estos últimos años han sido espectaculares. Términos como *stent*, muelles, válvulas implantadas con y sin cirugía, marcapasos, desfibriladores, trasplantes y otros muchos forman ya parte de nuestro vocabulario coloquial sin que muchas veces conozcamos bien su significado ni su utilidad.

Abrimos con esta mesa redonda un ciclo en el que pretendemos ir desgranando estos avances y comunicar la disponibilidad de los mismos en nuestro medio. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, la más antigua del mundo, con más de 300 años de experiencia, es sin duda el foro adecuado para reflexionar sobre estos temas.

En esta Mesa redonda, dirigida tanto a la población general como a médicos y personal de enfermería interesados en la salud cardiovascular, se expondrán y debatirán aspectos tan interesantes como

¿Es el deporte beneficioso o por el contrario supone un riesgo de muerte súbita?

¿Cómo podemos hacer deporte con el menor riesgo posible?

¿Qué ofrece hoy la cardiología intervencionista, situada entre la cardiología clínica y la cirugía cardiovascular?

¿Disponemos de estas técnicas en Sevilla? ¿Cuál es el futuro?

¿Cómo podemos ayudar o sustituir a un corazón agotado? ¿Dispositivos de ayuda circulatoria, corazón artificial, trasplante cardiaco?

¿Cuál es la situación en Sevilla? Resultados y expectativas.

Se desarrollaron las siguientes ponencias:

1ª- Francisco Trujillo Berraquero
MUERTE SUBITA DURANTE EL DEPORTE.

Cardiólogo experto en Medicina Deportiva.
Hospital Universitario Virgen Macarena.

Desde la época clásica conocemos que el deporte es salud. En el siglo XVI un médico español que ejerció en Sevilla, Cristóbal Méndez, escribe en la primera monografía de la historia sobre ejercicio y salud que “*El ejercicio es la más natural de las medicinas, por tanto muy bendita, a la que se ha de estimar en mucho.*”

A pesar de la verdad de este aforismo, conocemos todos que existe un goteo trágico de dolor y luto que siembra las canchas deportivas. Y es verdad, la muerte súbita (MS) es un asesino silencioso que se esconde y actúa de manera sorpresiva.

La MS, por definición, es una muerte natural, no traumática, que ocurre inesperadamente en un corto espacio de tiempo. Es “*como un rayo en un cielo despejado*”. Pero el culpable, no es el ejercicio físico (EF), sino la existencia de patologías cardiovasculares que pueden pasar desapercibidas al no producir sintomatología, ni limitaciones en la práctica deportiva.

Por tanto el EF no es la causa, pero sí el inductor, pues al aumentar el gasto cardiaco, los niveles de catecolaminas en sangre y la demanda de oxígeno en los tejidos, favorece en sujetos particularmente predispuestos, la aparición de arritmias ventriculares fatales que desencadenan la muerte.

Hoy conocemos que el 95% de las MS en el deporte son de etiología cardiovascular, siendo esta mucho más frecuente entre los hombres que en las mujeres.

La patología más frecuente de todas, especialmente en adultos mayores de 35 años, es la cardiopatía isquémica. Siendo causas más frecuente entre los jóvenes las miocardiopatías, donde existen claras influencias geográficas de incidencia. En EEUU la causa más frecuente de MS entre los jóvenes es la miocardiopatía hipertrófica, mientras que en Europa predomina la miocardiopatía arritmogénica.

En ocasiones la MS no deja huella, es la “*morte sine materia*”, producida por enfermedades que afectan, no a la estructura del corazón, sino a los canales iónicos que producen el impulso eléctrico. En estos casos las dificultades diagnósticas son aún mucho mayores.

Se han establecido diferentes protocolos para disminuir la incidencia de MS y practicar deporte con seguridad. Quizás lo más importante de todo sea “escuchar al cuerpo”, pues en un número no despreciable de veces, el cuerpo nos avisa y los antecedentes de síncope, palpitaciones y dolor torácico preceden a este desenlace tan trágico.

Sin duda también, un estilo de vida cardiosaludable, los reconocimientos médicos pre-participación deportiva, los programas de aprendizaje en la población general de reanimación cardio-pulmonar, los desfibriladores en espacios públicos y los estudios genéticos en sujetos de riesgo, son herramientas que lograrán atenuar el impacto devastador que supone la MS entre los deportistas.

2ª.- Pastor Luis Santigosa

NUEVAS APORTACIONES DE LA CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

Cardiólogo Intervencionista.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme.

No debe ser objeto de este resumen citar a todas las personas que han contribuido de manera notable al desarrollo de la cardiología intervencionista que hoy nos ocupa, pero si me parece de justicia resaltar los tres hitos más significativos. En 1929 **Forssman** fue el primero en documentar que era posible navegar por el sistema vascular; lo hizo introduciendo un tubo de goma por una vena de su propio brazo consiguiendo llegar hasta la aurícula derecha. En 1958, **Sones**, efectuó la primera arteriografía coronaria selectiva en un paciente, y en 1977 el **Gruentzig** realizó la primera angioplastia coronaria en un paciente real.

A partir de ahí, pocos campos de la medicina han experimentado tantos avances como los que hemos visto en cardiología, hasta el punto de que en la actualidad una gran mayoría de las patologías cardíacas pueden ser tratadas por vía percutánea con resultados excelentes. La evolución del intervencionismo coronario en Sevilla ha tenido una progresión espectacular tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, habiéndose optimizado las vías de abordaje (vía radial en vez de femoral), y la calidad de los dispositivos que utilizamos, con una notable disminución de complicaciones.

A mi juicio merece una mención especial el cambio acaecido en el tratamiento intervencionista del IAM, que en pocos años ha pasado de un manejo conservador y farmacológico, a una actuación urgente destinada a desobstruir la arteria responsable y salvar gran parte del miocardio, que se hubiese necrosado condicionando el deterioro de la función ventricular del paciente.

Pero hay más. Hoy sabemos que la cardiopatía isquémica no es solo ANATOMÍA, sino que tiene en sus manifestaciones un elevado componente de FISIOPATOLOGIA. Pues bien, en el momento actual, es factible el estudio rutinario de la microcirculación coronaria desde el punto de vista fisiopatológico, pudiéndose diagnosticar una disfunción micro vascular, que es el origen de muchas crisis anginosas en las que los vasos coronarios principales carecen de lesiones obstructivas, crisis anginosas que por otra parte son susceptibles de tratamientos muy diferentes del que requiere una angina con vasos epicárdicos obstruidos.

Pero no todo en cardiología es coronariopatía. En el momento actual, disponemos en los tres hospitales sevillanos de un gran abanico de alternativas terapéuticas por vía transcatóter, que se utilizan de forma diaria, y que incluyen desde la Sustitución valvular aórtica por vía percutánea (TAVIs), hasta la reparación mitral percutánea (MITRACLIP), pasando por el Cierre percutáneo de orejuela izquierda como alternativas a la anticoagulación en pacientes con FA y riesgo embólico elevado, así como la corrección de determinadas cardiopatías congénitas tipo CIA o cierre de FOP (temas que tuve el honor de describir en la mesa de la RAMSE y que obviamente hoy no puedo sino mencionar dado los requisitos que impone lo que debe ser solo un resumen con espacio limitado).

La clave del éxito de estos procedimientos no está solo en la pericia técnica individual del operador, sino que exige, por una parte, una cuidadosa y adecuada selección de los pacientes, y por otra, el abordaje desde equipos mixtos de cardiólogos y cirujanos cardíacos. El avance del procedimiento transcatóter no anula la necesidad de la cirugía, sino que la integra en el procedimiento.

Como puede verse en lo escrito hasta ahora, mi intervención parece excesivamente centrada en la tecnología transcatóter porque es el tema que se me había encomendado, pero entiendo que la medicina no es solo técnica, por eso quisiera finalizar este resumen, con la misma diapositiva que finalicé mi intervención en la mesa. En ella recordaba que el futuro hay que crearlo, y me preguntaba **¿cuál será la forma más acertada de actuación el futuro inmediato de cara a obtener el máximo beneficio para nuestros pacien-**

tes? A lo que respondí con tres palabras sencillas pero profundas: PREVENCIÓN, TRABAJO EN EQUIPO Y HUMANIZACIÓN. Cultivar una actitud de anticipación en este triple sentido, me parece que será lo que la cardiología sevillana requerirá en el futuro como elemento acompañante de todo lo anteriormente expuesto, y como elemento garantizador de la excelencia asistencial que merece nuestra ciudad.

3ª.- José Miguel Borrego Domínguez **EL TRASPLANTE CARDIACO EN SEVILLA**

Jefe de servicio de Cirugía Cardiovascular.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Se hace un pequeño recorrido histórico del trasplante cardiaco y sus técnicas quirúrgicas. Se realiza, aportaciones de las claves anatómicas para la realización correcta de las anastomosis

A continuación, se aborda las principales novedades:

AVANCES EN LA TÉCNICA QUIRURGICA: Abordando principalmente la técnica de trasplante cava-cava con sus ventajas e inconvenientes respecto a la técnica clásica en “cuff”.

AVANCE Y DIFICULTAD EN EL TRASPLANTE DE CARDIOPATIAS CONGENITAS: enfatizando las dificultades en pacientes con múltiples intervenciones, las variantes de trasplantes, del que el Hospital Virgen del Rocío tiene gran experiencia y ha realizado varias tesis doctorales y publicaciones. Igualmente, la variación fisiopatológica que suponen las diversas alteraciones anatómicas. El grave problema de las alteraciones de la hipoxia crónica y alteraciones de la coagulación en este tipo de pacientes.

SITUACION ACTUAL DEL TRASPLANTE CARDIACO EN SEVILLA Y ESPAÑA: Evolución a lo largo de los años, tendencia en los últimos años. Problemática y posibles soluciones o alternativas. Entre ella la Donación en Asistolia, en la que hemos sido pioneros en Andalucía

ASISTENCIA VENTRICULAR, explicación de la diversas configuraciones, resultados y situación actual, en Sevilla como pionera en Andalucía. Exposición de la técnica, problemática y posible evolución en los próximos años.

XENOTRASPLANTE. Comentarios del último trasplante de cerdo a hombre, modificado genéticamente, con sus múltiples problemas inmunológicos, metodológicos e indudablemente deontológicos.

Conclusiones finales y apreciación personal del futuro en Andalucía y España de la evolución del tratamiento de la insuficiencia cardiaca avanzada

El Dr. Luís Pastor Torres expuso las conclusiones finales. Realizar un resumen y repetir conclusiones de lo excelentemente expuesto en los escritos aportados por cada uno de los tres ponentes, sería caer en una redundancia que el lector no merece. Sin embargo, sí nos parece importante y sustancial, recordar cómo nació esta mesa y que objetivos se han pretendido cumplir.

Cuando se nos encargó la preparación de esta mesa a los moderadores, tuvimos claro que la misma debería estar impregnada de una potente filosofía de fondo y de un mensaje muy claro: Que la medicina es una CIENCIA, pero su aplicación continúa siendo un ARTE: El arte de ser profundamente humanos en la APLICACIÓN de dicha ciencia. Por ello decidimos no poner el foco exclusivamente en la selección de temas, sino muy especialmente en la selección de personas, que siendo precursores y adalides en las técnicas que emplean, fuesen también MODELOS en la forma HUMANA en que las aplican. Personas capaces de fabricar humanidad y funcionar dirigiendo los logros personales hacia objetivos generales.

Y ese interés nuestro merece una explicación. Encontrándonos en una etapa de **hiperdesarrollo tecnológico acelerado**, podemos estar corriendo el riesgo de que lo tecnológico esté creciendo a expensas de un **olvido de lo humano**, y si esto es grave en la vida cotidiana, es **imperdonable** cuando ocurre en el ámbito de la medicina.

Analizando los **DISEÑOS CURRICULARES** de estudiantes y de MIR, observamos que cada vez tienen más cantidad de materias a incluir en un periodo de tiempo que siempre es fijo: es decir, aumento de materia a impartir, pero con tiempo fijo para ser impartida, lo que va en detrimento del tiempo dedicado a su formación humanística.

Partiendo de dicha realidad, hemos entendido que en ESTA REAL ACADEMIA, de larga tradición en Humanidades, sobra experiencia, capacidad y medios para contribuir a paliar dicho déficit, y ninguna forma mejor para conseguirlo que demostrándolo con profesionales que expresan en su trabajo diario, que técnica y humanidad son conceptos no solo compatibles, sino necesariamente complementarios en el acto de curar.

Y todo eso puede realizarse sin dejar de ser fieles a los **PRINCIPIOS FUNDACIONALES** de esta casa, que como es bien sabido, tienen su origen en un médico joven, Juan Muñoz y Peralta, que **disconforme y rebelde** con el rumbo que estaba tomando la medicina y los métodos universitarios de su época hace 322 años, decidió RENUNCIAR A SU CATEDRA y sentar las bases de algo alternativo que fue lo que hoy es nuestra Real Academia de Medicina de Sevilla.

Para finalizar se respondieron numerosas preguntas formuladas por académicos y público asistente. Entre ellas hubo una del académico de número Ilmo. Dr. Milán Martín, que preguntó cuál era en concreto la situación de la cardiología sevillana. La respuesta de la mesa fue que pretendíamos que esta reunión fuese el embrión de algo que en el futuro fuese creciendo, y la intención de este primer encuentro, lo tomaríamos como punto de referencia para testar al auditorio, implicarlo en el proyecto, seleccionando temas de su interés, y confeccionar un amplio programa contando con los académicos y el resto del auditorio.

El Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón, dio por clausurado el acto.

MESA REDONDA

“ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD”

El jueves 30 de marzo se desarrolló en el salón de actos la mesa redonda sobre el tratamiento de la obesidad con la siguiente programación:

- Presidencia: **Excmo. Sr. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón**, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (RAMSE).
- Coordinador y Moderador del Acto: **Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Santiago Durán García**, catedrático de Endocrinología, académico de número de Endocrinología y Nutrición de la RAMSE.
- Ponentes: **Dr. D. Alberto Máximo Pérez Calero**. Especialista en Medicina Familiar, académico correspondiente de la RAMSE. “**Obesidad y Atención Primaria**”.
- **Prof. Dr. D. Pedro Pablo García Luna**. Responsable de la Unidad de Obesidad Mórbida y de la Nutrición Clínica en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. “**Unidades de Obesidad en Atención Especializada**”.
- **D. Santiago Durán Sanz**. Ldo. en Ciencias de la Educación Física y del Deporte. Miembro de la SED y de la SEEDO. “**Necesidad de la prescripción de ejercicio físico en Primaria y en Atención Especializada**”.

A modo de resumen del contenido de nuestra Mesa comentar lo siguiente: La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial y supone una crisis de salud pública internacional. En todo el mundo, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad se ha duplicado desde 1980. En la actualidad más de un tercio de la población mundial presenta obesidad o sobrepeso. Las tasas de obesidad han aumentado de manera exorbitante en todas las edades y en ambos sexos, independientemente de la geografía, el origen étnico o la posición socioeconómica. La European Association for the Study of Obesity (EASO) y la European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) han consensuado y publicado un documento de posicionamiento para el manejo de esta enfermedad, dirigido a profesionales de la salud y responsables políticos europeos. [1] Según sus autores, este documento responde princi-



palmente a la necesidad de poner cerco a un problema con “tintes epidémicos” y que no para de crecer en nuestro continente. Se sabe que la prevalencia de la obesidad en adultos de la Unión Europea (datos de 2021) es del 23%; que la obesidad y el sobrepeso conjuntamente alcanzan tasas del 60%, y que las previsiones para 2025 apuntan a que 1 de cada 4 adultos europeos vivirá con obesidad. Asimismo, tal y como se indica en el texto, los estudios económicos europeos reflejan que la obesidad y sus complicaciones suponen aproximadamente el 8% de los presupuestos sanitarios nacionales anuales. La obesidad se asocia al desarrollo de enfermedades crónicas, como la Diabetes tipo 2 y la Hipertensión Arterial y a un mayor riesgo de mortalidad por cáncer y enfermedades cardiovasculares. Para su abordaje terapéutico es preciso conocer los determinantes del aumento de peso y adoptar un enfoque multidisciplinar.

El 10 de noviembre del 2011 tuvo lugar en esta misma Sede la Mesa Redonda sobre “DIABESIDAD: Epidemia del siglo XXI”. En ella el Prof. Dr. D. Pedro Pablo García Luna propuso, para dar mayor relevancia a la importancia de la obesidad como enfermedad, cambiar los términos del acrónimo y hablar de “OBESIBETES” (obesidad + diabetes) en lugar de “DIABESIDAD” (diabetes + obesidad). Ya entonces, en la Sociedad Española

para el estudio de la Obesidad (SEEDO, de la que fui fundador junto a otros endocrinólogos), llevábamos casi 20 años defendiendo la necesidad de considerar la Obesidad como Enfermedad prioritaria, importante en sí misma y no sólo por sus co-morbilidades. En 2011 nos planteábamos cual era la validez de los criterios de valoración de esta situación clínica: el Índice de Masa Corporal (IMC/BMI), la cuantificación de la Grasa corporal total en relación con el peso del paciente (GCT/FMI) y la valoración del cociente Cintura/Cadera (CCC/WHR).

12 años después, entre las evidencias recogidas en la revisión de la EASO/EFAD destaca el cuestionamiento del IMC como medida “de referencia” en la obesidad. Según los autores, aunque se utiliza ampliamente en estudios de población y de economía de la salud, no es una herramienta precisa para identificar complicaciones derivadas del exceso de grasa que puede tener específicamente el paciente. Cada vez cobra más importancia la necesidad de complementar la medida del índice de masa corporal con otros parámetros. “Podríamos decir tal vez que se trata de una medida obsoleta, ya que centra su importancia en el peso, y se ha visto que no es este factor, sino la composición corporal y la funcionalidad, lo que debería cobrar más importancia en el diagnóstico y manejo de la obesidad. Sin embargo, no en todos los centros es viable contar con la aparatología necesaria para determinar estos parámetros, por lo que lo correcto sería hablar de la necesidad de contar con medidas complementarias que aportaran información añadida a la que proporciona el índice de masa corporal”; “los parámetros o mediciones más adecuados serían la composición corporal por medio de la bioimpedancia, que permite diferenciar los compartimentos de grasa, masa muscular, grasa visceral, agua, etcétera; el ángulo de fase, la ecografía nutricional, la dinamometría, el test de velocidad de la marcha, el up and go, y las circunferencias de cintura y cadera, entre otros” Recientemente se ha revisado este problema, estableciendo claramente que el cociente cintura/cadera (CCC) predice el riesgo de mortalidad de forma más precisa que el IMC (2).

Respecto a los principales grupos de riesgo, con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad los resultados del estudio ALADINO 2019, muestran que la prevalencia de sobrepeso en la población infantil española de 6 a 9 años es de 23,3% y la de obesidad es de 17,3%, siendo el sobrepeso significativamente más prevalente en las niñas y la tasa de obesidad superior en los niños (3). En el estudio de cohortes americano, recientemente publicado, se observa que “los niños que nacieron en la década de 2000 experimentaron una mayor incidencia de Sobrepeso y Obesidad, a edades más tempranas y con mayor gravedad, en comparación con la cohorte de 12 años antes; esto a pesar de que se reforzaron las medidas para prevenir ambas situaciones. Es necesario centrar los esfuerzos en la investigación y la prevención dirigidas a los niños en edad preescolar” (4).

El segundo grupo de riesgo hace referencia al género: Según los datos del Observatorio nacional de la salud en la mujer: “La obesidad junto al

sobrepeso se encuentra dentro de los trastornos endocrinos más comunes en las mujeres, con una alta prevalencia. Se trata de una enfermedad crónica, progresiva, recidivante y multifactorial que repercute negativamente en la salud de la mujer en todas las etapas de la vida. En España 34% de las mujeres vive con obesidad y menopausia, 46,1% con sobrepeso y menopausia y 50% de las mayores de 50 años padece obesidad y sobrepeso”. Con relación al impacto que tienen las hormonas femeninas en la obesidad, el especialista destacó que hay cuatro momentos clave en la vida femenina que deben tenerse especialmente en cuenta en este sentido: adolescencia, anticonceptivos hormonales, embarazo y menopausia.” (5)

La Obesidad como enfermedad huérfana olvidada: Según la OMS las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, de carácter grave, que amenazan la vida. Dentro de estas existen tres categorías: las raras, ultra huérfanas y olvidadas. Queremos destacar que entre los criterios que establece la OMS, podemos establecer que la Obesidad es en la actualidad una enfermedad huérfana olvidada: cumple 6 de los 7 criterios que se mencionan a continuación: Dificultad en obtener un diagnóstico exacto: SI; Opciones de tratamiento limitadas: SI; Poca o ninguna investigación disponible sobre la enfermedad: NO; Dificultad para encontrar médicos o centros de tratamiento con experiencia: SI; Dificultad para solicitar servicios médicos, sociales, asistenciales o financieros: SI; Sensación de aislamiento: SI; Falta de información: SI.

Sirva como ejemplo la situación recientemente vivida por uno de mis pacientes que transcribo a continuación a través de los correos electrónicos mantenidos con la familia del sujeto afecto: IJDR. 18 años. Enfermedad de Asperger. Obesidad Mórbida (IMC 45 kg/m²) paciente inicialmente tratado en el hospital de Valme y desde mi jubilación en mi Clínica. Familia con medios económicos limitados. El lunes, 20 mar 2023 a las 14:01, Ana Diaz (<anapauladiaz43@gmail.com>) escribió: Buenas tardes, Doctor Durán, soy la madre de IJDR. Con el informe que usted nos ha escrito para enseñárselo al inspector, hemos ido al médico de cabecera por si quería añadirle algo más a su informe que usted nos ha dado, estando conforme con lo que usted ha escrito. Nos ha subido la dosis de Victoza 1.8 en el desayuno y 1.2 en el almuerzo. Hemos ido a sacar cita con el inspector para poder hablar con él y nos lo ha negado el tratamiento. Espero respuesta de usted muchas gracias. Santiago Durán García (sduran@duransanz.com) 20 mar 2023, 20:43 para Ana “Querida madre: Me imagino a que usted se refiere a que el Inspector no acepta tramitar el tratamiento con OZEMPIC, el medicamento nuevo que yo le indiqué. Es muy distinto tener que pincharse Victoza dos veces al día que utilizar el Ozempic en una dosis a la semana. ¡Qué le vamos a hacer! Solo se me ocurre que realice usted alguna gestión a través del servicio de Asistencia Social a ver si le pueden ayudar a cubrir los gastos de este nuevo tratamiento, todo ello con el informe que yo le facilite. Quedo a la espera de sus noticias. Saludos” Ana Diaz. miércoles,

22 mar, 12:16 “Buenos días doctor Durán, la asistente social me dice que no me puede ayudar, la única opción que yo veo es que usted me mande la receta y yo comprársela. y que me dé una cita para que lo vea usted. Muchas gracias por todo estoy muy agradecida, un saludo”. El paciente seguirá con dos pinchazos al día de Liraglutide (que lleva años utilizando a través del SAS), pero no puede cubrir los costes (150 euros/mes) para utilizar Semaglutide semanal.

Respecto a los Fármacos anti-obesidad y a los cambios producidos en los últimos 10 años, la situación en España es descorazonadora: En personas adultas (>18 años<70 años) la FDA tiene aprobados Orlistat (XENICAL); Fentermina-Topiramato; Liraglutide (SAXENDA), Semaglutide (WEGOVY), Tirzepatide (MONJAURO). La EMA Y la AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO: Orlistat (XENICAL) y Liraglutide (SAXENDA) AMBOS FARMACOS SIN COBERTURA POR EL SNS. Alternativas que utilizan algunos pacientes: Metformina 1000 mg. Liraglutide (VICTOZA), Semaglutide (OZEMPIC). Financiados por el SNS cuya inclusión en la receta electrónica depende del médico especialista o del médico de atención primaria con la autorización de los servicios farmacéuticos (visado del Inspector). El paciente que hemos comentado previamente se está beneficiando del uso de Liraglutide (VICTOZA) completando con 2 pinchazos la dosis que se administraría en un solo pinchazo con SAXENDA, ambos de uso diario, sin poder acceder al OZEMPIC semanal, entre otras cosas por el desabastecimiento de este último fármaco en farmacias y la polémica generada, incluso en los medios de comunicación, respecto a su utilización en obesos no diabéticos. El desarrollo de nuevos fármacos capaces de conseguir de forma segura y eficaz reducciones de peso a medio y largo plazo, obteniendo resultados similares a los que sólo se conseguían mediante cirugía bariátrica, es también motivo para que las autoridades sanitarias dejen de considerar la obesidad como una enfermedad huérfana en la que los pacientes no tienen ningún tipo de financiación para conseguir dichos fármacos.

Entre las recomendaciones de control de la obesidad para los jóvenes se aconseja la modificación del estilo de vida. Sin embargo, las reducciones resultantes en el índice de masa corporal generalmente son modestas y el mantenimiento del peso a largo plazo es un desafío y rara vez se logra, por lo que se puede considerar la farmacoterapia si la intervención en el estilo de vida por sí sola es ineficaz, pero las opciones son limitadas. La Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos ha aprobado Liraglutida, Orlistat y Fentermina-Topiramato una vez al día para adolescentes de al menos 12 años. El ensayo TEENS evaluó el efecto del tratamiento con Semaglutida, así como la eficacia y la seguridad de su administración subcutánea una vez a la semana más una intervención en el estilo de vida entre adolescentes con obesidad (12-17 años). Este estudio muestra que el tratamiento una vez por semana con Semaglutida subcutánea a una dosis de 2,4 mg, además de

la intervención en el estilo de vida, resultó en una reducción sustancial del índice de masa corporal, en comparación con solo la intervención en el estilo de vida, por lo que podría ser una opción en el manejo de la obesidad en adolescentes. Está tramitándose su aprobación como tratamiento farmacológico en adolescentes obesos. (6).

Que el ejercicio es bueno para la salud no es noticia. Sin embargo, la investigación sobre qué formas son mejores, durante cuánto tiempo y para qué afecciones en particular ha suscitado mucho interés últimamente. De ahí la necesidad de contar con Especialistas en Ejercicio que puedan ayudarnos en la prescripción de este. La Real Academia de Medicina de Sevilla desde su origen, a través de la Veneranda Tertulia Médica en 1693, ha sido pionera en desarrollar iniciativas que beneficien a nuestros pacientes y ha considerado oportuno incluir en esta Mesa Redonda la participación de un Licenciado en Ciencias de la Educación Física y del Deporte, cuyos licenciados tras una especialización en “Ejercicio físico, salud y prevención de la enfermedad”, tienen un importante papel a desarrollar en nuestro sistema sanitario. Así se destacó la primera iniciativa de ámbito nacional para la incorporación de la actividad física para personas con obesidad y patologías metabólicas, en general. Las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF) son una iniciativa impulsada por el Consejo Superior de Deportes, con la ayuda del Consejo COLEF y Consejerías de Salud de las comunidades autónomas, que complementa los servicios del SNS como tratamiento complementario al farmacológico y nutricional de los pacientes con obesidad. Consideramos qué de nuevo, en 2023 la RAMSE es pionera abriendo puertas a nuevos e importantes colaboradores en el cuidado de nuestros pacientes.

¿Cuál es el campo de actuación de la Atención Primaria en la prevención y en el seguimiento de los pacientes obesos? La excelente ponencia del Dr. Alberto Máximo Pérez Calero destaca lo siguiente: “La encuesta realizada entre un millar de jóvenes refleja, que 8 de cada 10 reconoce el exceso de peso como una enfermedad, que les condiciona muchos aspectos de sus vidas. La mayoría ha intentado perder kilos, aunque muchos sin la orientación de un especialista, sino siguiendo consejos y utilizando productos no avalados científicamente. Solo el 15% de los jóvenes con obesidad ha pedido ayuda a un médico, frente al 50% que ha seguido una dieta por internet” “Para la prevención de la obesidad y de las comorbilidades, el paciente que acude a la consulta de Atención Primaria debería tener registrado en su historia clínica de manera obligatoria:

- Peso
- Talla
- Perímetro de la cintura en adultos. Se determina con una cinta métrica flexible milimetrada, con el sujeto en bipedestación. Es un buen indicador del grado de obesidad visceral y del riesgo cardiovascular.

- Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos. Este es un indicador de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).
- Presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Analítica básica inicial.
- Hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol)

Los datos se renovarán cada dos años.

En la historia clínica de los pacientes obesos quedará reflejado también:

- Consumo de medicamentos para otras patologías
- Dieta que realiza habitualmente.
- Tipo de actividad física realizada a diario por la persona:
 - a) Sedentario: camina menos de 30 minutos/día.
 - b) Moderado: camina al menos 30 minutos/día.
 - c) Activo: camina 60 minutos/día o más, practica gimnasia o algún deporte.
- Situación laboral y nivel educativo.
- Es muy importante que los antecedentes familiares, del paciente queden registrados adecuadamente, así como los intentos previos de reducción de peso.

En el SAS el Programa Diraya durante años nos viene ayudando de manera decisiva. Desde aquí quiero agradecer la aportación de los profesionales informáticos. Sin ellos hubiera sido muy difícil realizar nuestro trabajo a diario”

Terminar este resumen recogiendo las palabras pronunciadas por la presidenta de nuestra sociedad (SEEDO) cuando afirmaba lo siguiente: **“La obesidad debe reconocerse como una enfermedad y debe ampliarse el acceso al tratamiento farmacológico para las personas obesas”** La Dra. Fernández-Menéndez explicó que **el abordaje multidisciplinar ha demostrado ser el más efectivo para tratar a los pacientes con sobrepeso y obesidad** e implica la presencia de varios especialistas, liderados por la figura del endocrinólogo y contando con expertos en nutrición, un abordaje psicoemocional y expertos en actividad-ejercicio físico, todo ello adaptado a las distintas etapas del desarrollo y a la edad de los pacientes (7).

El papel que juega el factor emocional en la obesidad y sus comorbilidades hace imprescindible integrar al psicólogo clínico en su abordaje terapéutico “Existen varias definiciones de ingesta emocional que la presentan como una tendencia a comer como respuesta a emociones negativas,

relacionada con la ganancia de peso, como una situación donde la comida se convierte en una ‘sustancia’ que alivia y regula las emociones disfóricas y eufóricas”. Recientemente hemos tenido la oportunidad de visualizar en la película “La Ballena” las dramáticas consecuencias de una situación de super-obesidad asociada a trastornos emocionales graves, en una excepcional interpretación de Brendan Fraser que le ha valido el Oscar 2023 al mejor actor. Este aspecto que no ha podido ser desarrollado en esta Mesa Redonda con la debida amplitud será motivo de nuevos debates en el 2024. Hoy por hoy están también fuera de la cartera asistencial en la mayoría de los Hospitales, Ambulatorios y Centros de Salud de nuestro país.

Terminar este resumen indicando que el contenido de las ponencias será publicado en forma de Monografía a la mayor brevedad posible. También expresar nuestro agradecimiento a NovoNordisk Pharma como entidad colaboradora y en particular a la Sección de Obesidad de esta compañía farmacéutica, por su apoyo a la RAMSE para cubrir los gastos relacionados con el desarrollo de esta Mesa Redonda.

Referencias:

1. M. Hassapidou, A. Vlassopoulos, M. Kalliostra, E. Govers y cols. European Association for the study of Obesity. “Position statement on medical nutrition therapy for the management of overweight and obesity in adults, developed in collaboration with the European Federation of the Association of Dietitians”. *Obes Facts* 2023; 16 (1):11-18. Doi: 10.1159/000528083.
2. Congreso de la EASD del 2022: Conferencia del Dr. Zoler titulada “Waist-Hip Ratio Beats BMI for Predicting Obesity’s Mortality Risk” impartida el 20 de septiembre del 2022.
3. Estudio Aladino 2019: estudio sobre alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España. Ministerio de Consumo. Estrategia NAOS.
4. Cunningham SA, Hardy ST, Jones R, Ng C, y cols. “Changes in the Incidence of Childhood Obesity”. *Pediatrics*. 1 Ago 2022;150 (2): e2021053708. doi: 10.1542/peds.2021-053708.
5. Santiago Palacios “Obesidad y salud de la mujer”. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO). Presentado el 18 de noviembre de 2022. Barcelona.
6. Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, Gies I, y cols. “Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity”. *N Engl J Med*. 15 Dic 2022;387(24):2245-2257. doi: 10.1056/NEJMoa2208601.
7. XVIII Congreso Nacional de la SEEDO, Barcelona 2022. Declaración de intenciones. Dra. Fernández-Menéndez, presidenta de la SEEDO.

CONFERENCIA

“HOSPITAL MILITAR DE SEVILLA: AGONÍA DE UN ABANDONO, ESPERANZA EN LA PANDEMIA Y REALIDAD PARA EL FUTURO”

La conferencia tuvo lugar el jueves 13 de abril de 2023, a las ocho de la tarde, en el Salón de Actos “Ramón y Cajal” de nuestra sede, con arreglo a la siguiente programación:

- I. Presentación del acto a cargo del Excmo. Sr. D. Carlos A. Infantes Alcón, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- II. Presentación del conferenciante: Dr. D. Miguel Ángel Colmenero Camacho, director gerente del Hospital Universitario Virgen Macarena.
- III. Conferencia: “Hospital Militar de Sevilla: agonía de un abandono, esperanza en la pandemia y realidad para el futuro”, impartida por el **Ilmo. Sr. Dr. D. Miguel Ángel Guzmán Ruiz**, vicepresidente de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.
- IV. Clausura del acto por el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE.



Dr. M. A. Guzmán

CONFERENCIA

“LOS QUE NO REGRESARON CON LA NAO VICTORIA”

El 11 de mayo tuvo lugar esta conferencia en el salón de actos “Ramón y Cajal”, que fue impartida por el Prof. D. Antonio Chaparro Heredia, académico correspondiente de la RAMSE.

Fue presentado por el académico de número Prof. D. Jesús Loscertales Abril, y clausuró el acto el presidente Dr. Infantes.



Dres. Loscertales, Infantes y Chaparro

“LOS QUE NO REGRESARON CON LA NAO VICTORIA EN LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO: MUERTOS, DESAPARECIDOS, AJUSTICIADOS Y HUIDOS”

Dr. Antonio Chaparro Heredia



Ilustración 1

Si bien es cierto que la gesta la empiezan Magallanes y Elcano, solo la terminó Elcano (Ilustración 1).

Cuando Magallanes llega a Sevilla no había marineros, pues la mayoría estaban en el segundo y tercer viaje de Colón y tiene que enrolar a gente de todo tipo, delincuentes, presos, etc. ... (Ilustración 2)



Ilustración 2: Alonso Sánchez Coello. Finales del siglo XVI. Óleo sobre lienzo, 146 x 295 cm

Las especias

A comienzos del siglo XVI Portugal monopolizaba el comercio de las especias..



Vista de la ciudad de Goa (India) en el atlas de ciudades, *Civitates Orbis Terrarum*, (1572) de Georg Braun y Franz Hogenberg

Ilustración 3

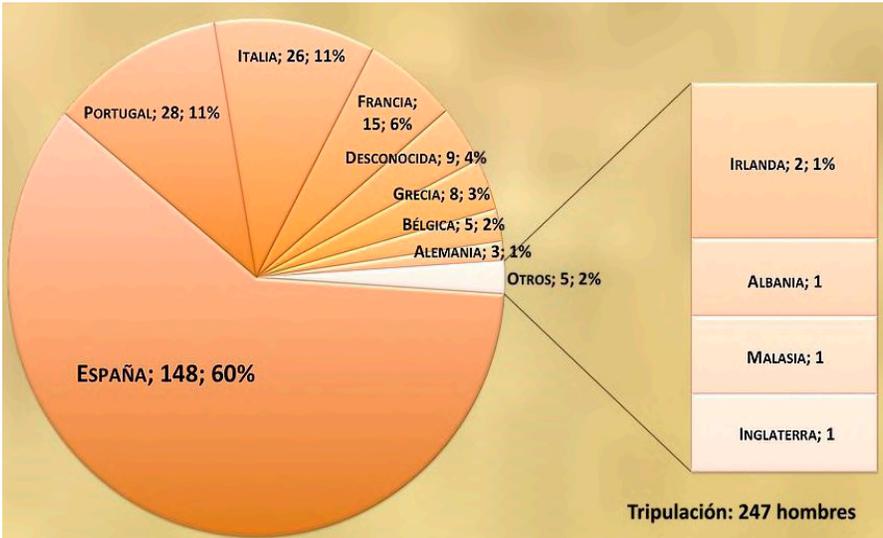


Ilustración 4: Tripulación de salida. 247 hombres de todo el mundo

Ningún catalán ni ningún mallorquín vino con Magallanes (Figura 5).

Porque se dedicaban al comercio del mediterráneo, pero el idioma que hablaban era el argot mediterráneo de los marineros, una mezcla de occitano, francés, italiano, aragonés, catalán, castellano y algunas palabras de maltés.

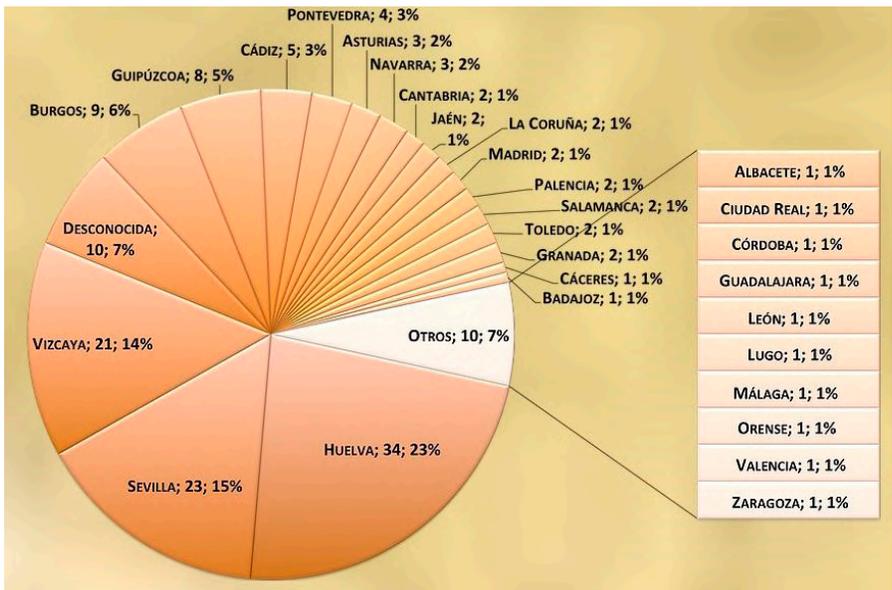


Ilustración 5: Tripulación de salida. 148 marineros españoles



Ilustración 6: Rumbo

El primero que dio la vuelta al mundo fue Enrique, que era el esclavo de Magallanes, y que fue capturado por los portugueses en las Molucas. Lo compró Magallanes y se lo llevó a Lisboa, de Lisboa a Sevilla, y desde Sevilla, con Magallanes, llegó a la Isla de Mactán, donde fue traicionado (Ilustración 7).

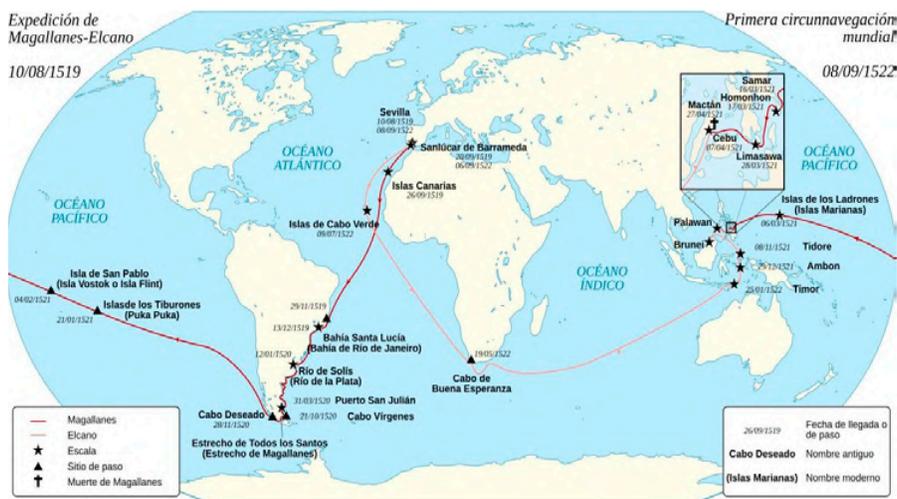


Ilustración 7: Escalas

El segundo en dar esta vuelta al mundo fue Magallanes, pero en dos partes, primera parte hacia oriente, con los portugueses, y después, hacia occidente, hasta las Molucas dónde fue asesinado y traicionado por su esclavo Enrique.

El tercero fue Elcano, más los que regresaron. En la nao Victoria venían 18 marineros y un indio de las Molucas; trece, que devolvieron de Cabo Verde, tres que devolvieron los portugueses en muy mal estado, pues eran marineros de la Trinidad, que fue capturada, y cincuenta que huyeron con la San Antonio, desde el estrecho de Magallanes hasta Sevilla.

No hablaré de la hazaña, pues requiere de una preparación histórica que yo no tengo, pero sí como marino deportivo y como médico, además de haber leído e investigado todos los libros escritos por hispanistas ingleses y norteamericanos.

Antes del tratado de Tordesillas existía, en 1479, el Tratado de Alcaçobas, que dividía el mundo con un paralelo en las Islas Canarias; el norte para los castellanos y el sur para los portugueses.

Colón ignoró este tratado para evitar los vientos en contra, navegando algunos grados al sur de esta línea imaginaria, aprovechando así los alisios.

Los portugueses reclaman más territorios, pero los españoles acuden al Papa español, Alejandro VI que, mediante varias bulas, favorece a España.

Ante esta situación se reúnen varias coronas, en 1494, en Tordesillas, que supone la división del mundo en torno a una línea imaginaria a 370 leguas (una legua equivaldría a unas 3 millas) al oeste de Cabo Verde, donde queda Brasil, que probablemente los portugueses conocían. Si ese meridiano se prolonga al otro hemisferio, las Molucas quedarían en zona española.

En el Atlántico, el meridiano era bien definido, pero la demarcación al otro lado del mundo (Ilustración 7) era discutible, pues no se conocía el tamaño exacto de la Tierra (en el Pacífico cabrían todos los continentes, y sobraba mar).

Magallanes en Sevilla, lo pasó mal (atentados, quema de naves, robo de mercancías, etc. ...).

Por fin saldrían de Sevilla el 10 de agosto de 1519, con 244 hombres, y esperan en Sanlúcar a reponer alimentos (agua, animales vivos, vinagre, etc. ...). En Sanlúcar se incorporan todos los capitanes, incluyendo al Capitán General Magallanes (Ilustración 8).



Ilustración 8: Salida

Salen de Sanlúcar el 20 de septiembre y llegan a Tenerife el 26; uno se queda y embarcan cuatro más. En total 274 hombres sanos, y ya el 30 de septiembre salen rumbo sur-oeste, pero Magallanes lo cambiará, con el malestar de los capitanes españoles.

Hablemos de la sanidad:

– Un médico, Juan de Morales.

– 3 barberos, con licencias de sacamuelas, sangradores y cirujanos. Uno de ellos, Hernando de Bustamante, fue el primer médico en dar la vuelta al mundo.

Enfermedades:

– El escorbuto, por falta de Vitamina C y alimento fresco.

- La sífilis, una controversia, puesto que prácticamente era una pandemia a nivel, pues a día de hoy se han descubierto lesiones óseas sifilíticas en momias egipcias, en Tenerife, en el imperio azteca e inca. Para los franceses, que son muy chauvinistas, lo llamaban “el mal español”, para los españoles “el mal napolitano” y para los italianos “el mal de amores”.
- Fiebre tifoidea.
- Tuberculosis.
- Ajusticiados.
- Traumatismos.
- Muertos en combate.

Mal de Luanda, producido por el agua de putrefacta y galletas agusanadas con orines de rata, también provocado por el vino avinagrado. Había dulce de membrillo, pero para los oficiales.

Instrumental Médico:

- Lancetas para sangría.
- Legras de hierro y agujas para dar puntos.
- Cauterios.
- Tenaza de cortar y sacar huesos.
- Cuchillos de cortar carne.
- Tijeras, trépanos, sierras, sondas y pinzas.
- Jeringas de latón, para realizar enemas.

En la bodega se realizaban sahumeros con romero y menta para las chinches y los roedores.

Sanidad Dental:

- Descarnadores, botadores, gatillos, tornos, tenazas, limas y buriles.

Farmacología:

- Ungüento y polvo Aparicio.
- Sanguijuelas.
- Purgantes.
- Enemas.
- Farmacología de Dioscórides.

Higiene:

- Ninguna, dormían en cubierta pasando frío o calor, no se lavaban.

- Las necesidades se hacían en una tablazón que estaba en la borda clavada alrededor del barco, a babor y estribor; siempre a sotavento, nunca a barlovento, y se limpiaban con una maroma que sujetaba en un extremo a la banda, y en el otro extremo al agua.

El capitán de la *Victoria*, Luis de Mendoza, hizo saber a Magallanes que su maestre el siciliano Antón de Salomón había sido sorprendido en sodomía con un grumete que no quisieron identificar.

Condenado a muerte por garrote, es ejecutado en la bahía de Santa Lucía en diciembre de 1520. Fue el primero en no regresar a Sevilla. Al estar fondeados durante el mes de enero en esta bahía, lo llamaron Río de Enero o Río Janeiro.

El 13 de diciembre, Magallanes tuvo un fuerte dolor de muelas; llamó a un barbero que se la extrajo, produciendo una gran infección con inflamación y posterior supuración. El esclavo Enrique lo curó con agua de mar y vinagre, técnica aún empleada hoy en día.

Nadie había llegado tan al sur, 50 grados de latitud meridional, sólo seis años antes fue contemplado por Balbosa, que no pisó tierra; tres años antes Juan Díaz de Solís con los mismos objetivos de hallar el Mar del Sur, pero los indios los asesinaron, descuartizaron, los asaron y devoraron junto a otros navegantes, horrorizados por esto, el resto de navegantes volvieron a España, dejando atrás Río de la Plata.

Antes se ahogó un grumete y muere otro en una pelea, un tal Sebastián.

Invernada y motín en el puerto de San Julián. Mendoza es degollado y tirado por la media cubierta y fue descuartizado y esparcido por la costa. Y en un lugar preferente para la cabeza (Ilustración 9).



Ilustración 9: Invernada y motín en San Julián

El juicio sumarísimo terminó con 30 condenas a muerte, pero fueron conmutadas para cumplir trabajos forzados. Fueron perdonados Coca, el padre Sánchez Reina, Sebastián Elcano, Jerónimo Guerra y otros castellanos.

Quesada no obtuvo perdón; fue decapitado y descuartizado y expuestas sus partes, como escarnio, por el embarcadero.

El amante de Antón Salomón saltó de la *Victoria* al agua con un lastre al cuello por la amenaza de ser denunciado. Era un grumete genovés de doce años.

Al poco tiempo, otra desgracia. Buscando el paso al Pacífico, la *Santiago* se destroza contra los acantilados, salvándose todos menos el negro Juan, que se ahogó, y era el esclavo de Serrano. Capturaron a un patagón y en su huida, Barrasa fue herido con flecha emponzoñada y murió en lenta agonía. Además, murieron tres de enfermedad y hubo un ahogado. Elorriaga murió también de herida que no curaba.

Magallanes, que quería dar ejemplo, abandona a Juan de Cartagena y al padre Sánchez Reina en un islote que velaba.

Abandonan San Julián el 24 de Agosto de 1520 (Ilustración 10).

Descubrimiento del paso al pacifico



11

Ilustración 10

Una vez descubierto el paso al Pacífico deserta la *San Antonio*, pero antes intentan rescatar a los dos abandonados por Magallanes, no encontrándolos, y llegan a España el 6 de mayo de 1521 unos 50 hombres.

Magallanes intenta recuperar los restos de la *Santiago*, hay tres muertos por enfermedad y empezaron a intentar atravesarlo por tierra ignota con multitud de canales. Tardaron 28 días en atravesar el estrecho y llegan al Mar del Sur el 18 de Noviembre de 1520. Al poco de comenzar la navegación por el Pacífico mueren cinco hombres y otros muy enfermos, pero sólo en la *Victoria*. Parece ser que pudo ser una epidemia local (Ilustración 11).



Ilustración 11: El Pacífico.

El seis de Marzo de 1521 llegan a la isla de Guam o de los ladrones. Estuvieron más de tres meses y terminan robando los indios, los moluqueños, el esquife de La Trinidad. Enojó tanto a los oficiales que tres docenas de hombres desembarcaron y llenaron de cadáveres el pueblo y la selva. El 16 de marzo, día de San Lázaro, llegan a las Filipinas. Por lo tanto, 19 muertos por enfermedad desde Cabo Deseado hasta Cebú.

Los hombres se recuperaban de sus dolencias al tomar alimentos frescos y tomar agua limpia.

El 7 de Abril llegan al Cebú, vecina de la isla de Mactán (Ilustración 12). Bajan Magallanes y siete más casi sin protección que son invitados a un banquete para reforzar lazos de amistad. El esclavo Enrique lo traiciona y son muertos (Ilustración 13). Tras la muerte de Magallanes vuelven a ser invitados y sospechan los 26 marineros que bajan, que son asesinados y sacan a la playa a heridos y muertos. No se pudo hacer frente a tantos guerreros y emprenden la huida dejando a muchos supervivientes y nada más se supo.

Por fin: Las Islas Molucas, las Islas de la Especiería



Llegaron la Trinidad, la Concepción y la Victoria a la isla de Guam el 6 de marzo de 1521

Ilustración 12

Carlos I manda a Hernán Cortés, que estaba ayudando a su primo Pizarro para la conquista del imperio Inca, que continúe haciendo barcos para averiguar qué estaba pasando con la Armada. Y en segundo lugar le ordena la conquista de China. Un día después sólo hay 116 tripulantes, insuficientes para manejar tres barcos, de modo que queman y hunden La Concepción. Ya quedan sólo dos barcos, La Victoria y La Trinidad. Van recorriendo todas las islas, cientos de islas, hasta llegar a Brunei para aprovisionarse y cometen muchos errores, con multitud de indios muertos, saliendo los españoles precipitadamente, abandonando a un grupo de españoles para cuidar las especies



Ilustración 13

que habían comprado. Hay un verdadero caos, y llegan a las Molucas el 8 de noviembre de 1521. Una nave, la *Trinidad* encalla, y tardan 37 días en repararla en una isla cerca de Borneo.

Problemas con la *Trinidad*. Que parten hacia el sur el 8 de diciembre. El 2 de diciembre de 1521 zarpa la *Victoria* con 47 tripulantes y 13 indios. La *Trinidad* es capturada por los portugueses. En abril, esperando a la *Trinidad*, que no llega, zarpa hacia el este con 55 hombres. Fallecen en el mar 31 por falta de alimentos. Con 20 supervivientes son apresados por portugueses, todos menos cinco, y sólo uno llegó a España vivo en 1527 (Ilustración 14).



Ilustración 14: Desastre de la *Trinidad*.

La *Victoria* parte de Tidore el 21 de diciembre de 1521 con 47 europeos y 13 indios. Después de recorrer muchas islas, dos hombres huyen a nado y fueron apresados por portugueses. La nao *Victoria* parte después de 11 días hacia el sur, evitando por lo tanto a los portugueses. Llegan, casi, a Australia el 7 de febrero de 1521. Después de 45 días ven una isla al oeste, que es la de Amsterdam, inhóspita. Sufren tormentas y vientos encontrados, llegan al paralelo 40 con mucho frío y la mar rugiente. Posteriormente suben al paralelo 35 que, por los vientos fuertes, les obligan a ceñir. Las mediciones son falsas y creen que han pasado el Cabo y ponen rumbo al noroeste topándose con la costa sudafricana. Regresan pues a esa zona que era de dominio portugués y es tan fuerte el viento que parten el mástil y la verga del trinquete.

Es un infierno, hombres exhaustos y muertos. El 19 de mayo de 1521 toman el rumbo N.O. y llegan al Atlántico. Y a una gran velocidad llegan a la isla de Cabo Verde. El goteo de muertes y enfermedades es insostenible y pronto, a este ritmo, morirían todos.

Eliminan el hambre con arroz hervido con agua de mar, con graves consecuencias. Llegándose a pagar por una rata medio ducado. Las galletas que comían estaban agusanadas y con orina de rata. Llegan a Cabo Verde y engañan a los portugueses diciéndoles que vienen de las islas españolas del Caribe y que habían sufrido una gran tormenta, por lo que intentan restablecerse en las islas de Cabo Verde. Los portugueses empiezan a sospechar porque los españoles decían que era el 9 de Julio, pero allí era día 10. Además, la sospecha se acrecienta porque los marineros de la *Victoria* pagaban con especias, que por principio eran de las Molucas. Elcano se da cuenta y manda largar velas, poniendo rumbo a Canarias, dejando a trece españoles retenidos en las islas de Cabo Verde. Que, por cierto, no pudieron desembarcar en Canarias por vientos Alisios muy fuertes. La vía de agua era insoportable y no había hombres suficientes.

No pudiendo atracar en las Canarias ponen rumbo a las Azores. A la altura del cabo de San Vicente cambia el rumbo al Este 90 grados, y llegan a

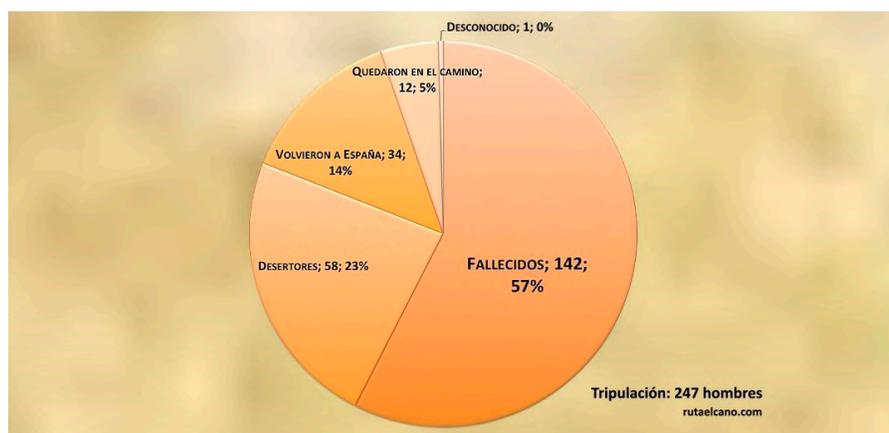


Ilustración 15: Los que no llegaron

Sanlúcar el 6 de Septiembre de 1522. Llegan 18 exhaustos y escurridos hombres más tres indios de las Molucas. Se reponen en Sanlúcar y llegan a Sevilla el 8 de Septiembre de 1522 después de tres años y 28 días (Ilustración 15).

Descalzos, y con un cirio en la mano, desembarcan y se dirigen a cumplir una promesa por una tempestad enorme en Timor. A la iglesia de Ntra. Sra. de la Victoria. El Emperador recibe a Elcano con dos acompañantes, el piloto Francisco Albo y el médico barbero Hernando de Bustamante, que fue el primer médico en dar la vuelta al mundo, además de dos indios (Ilustración 16).

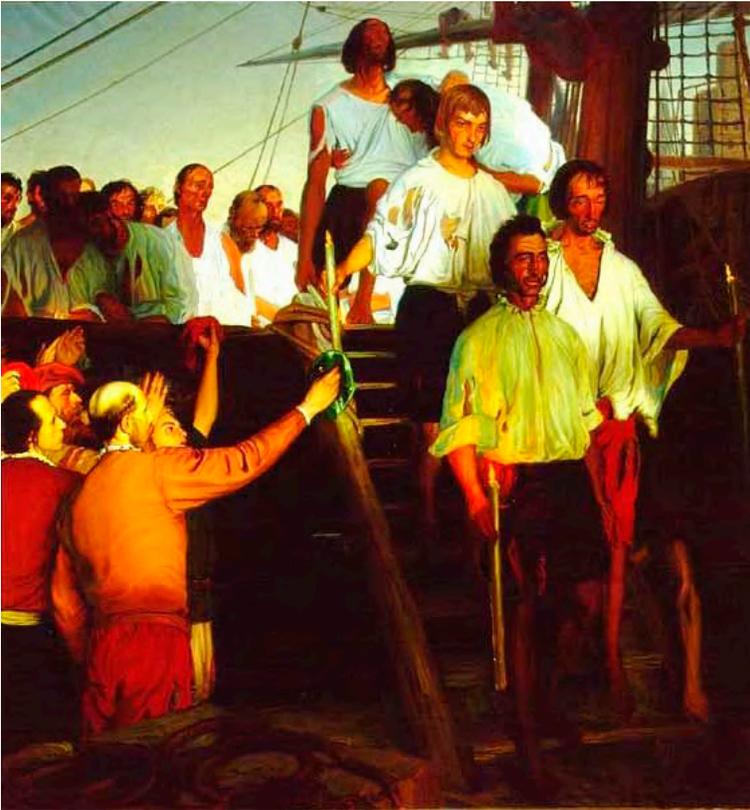


Ilustración 16: 8 de septiembre 1522, llegada de Elcano a Sevilla

Pero para evitar guerra con Portugal, en el tratado de Zaragoza de 1529, el rey de España vendía todos los derechos a Portugal por 350.000 ducados de oro.

Por lo que el comercio y posesión de esas tierras pasan a Portugal y España se centra más en el nuevo mundo, descuidando un poco sus intereses en Asia. Stephan Zweig que era judío austriaco, huyó de Hitler y emigró a Sudamérica y sobre todo a Brasil, más tarde nacionalizado como británico. Decía que no ha habido, ni hay, ni habrá aventura más importante que la primera vuelta al mundo por los españoles.

ACTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

El acto de Concesión de Distinción Honorífica de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria (AEMSEU) tuvo lugar el **martes 30 de mayo de 2023**, a las ocho de la tarde, en el salón de actos “Ramón y Cajal” de nuestra sede, con arreglo a la siguiente programación:

- I. Apertura y presentación del acto por el **Excmo. Sr. D. Carlos A. Infantes Alcón**, presidente de la RAMSE.
- II. Concesión de las distinciones honoríficas por el **Excmo. Sr. D. Antonio Sáez Crespo**, presidente de la AEMSEU, y disertación sobre los orígenes de la Medicina Escolar.
- III. Nombramiento de socio de honor emérito AEMSEU al **Excmo. Sr. D. Ignacio Gómez de Terreros**, académico de número emérito de la RAMSE, que disertará sobre La Casa Cuna y los orígenes de la pediatría social.
- IV. Concesión de la Gran Placa AEMSEU al **Ilmo. Sr. D. Rafael S. Hernández Izquierdo**, director general de la secretaría de Medicina Escolar del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla y académico correspondiente de la RAM de Cádiz, que disertará sobre La medicina escolar en Andalucía.
- V. Imposición de la Medalla de Oro AEMSEU al **Ilmo. Sr. D. Leandro J. Castro Gómez**, presidente de la Federación Andaluza de Medicina Escolar y académico correspondiente de la RAMSE, que disertará sobre Los trastornos de la lateralidad.
- VI. Clausura el acto el **Excmo. Sr.** presidente de la RAMSE.



MESA REDONDA

“SALUD MENTAL, PANDEMIA Y SUICIDIO”

El 6 de junio se desarrolló esta mesa redonda con el siguiente desarrollo:

Presidencia:

- Excmo. Sr. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón. Presidente de la RAMSE.
- Excmo. Sr. Dr. D. Jaime Rodríguez Sacristán. Académico de número de la RAMSE. Catedrático de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Sevilla.

Coordinador y Moderador del Acto:

- Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín. Secretario general de RAMSE. Profesor titular de Pediatría de la Universidad de Sevilla.

Ponentes:

- Dra. Dña. Rafaela Caballero Andaluz. Profesora titular de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Sevilla: “Salud mental en infancia y adolescencia tras la pandemia”
- Dr. D. Diego de la Vega Sánchez. Profesor asociado de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla. F.E.A. Servicio de Psiquiatría H.U. Virgen Macarena: “Suicidio tras la pandemia”
- Ilmo. Sr. Dr. D. Joaquin Lucena Romero. Académico de Número de la RAMSE. Jefe de servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Sevilla: “Epidemiología del suicidio en nuestro medio. Repercusión social”
- Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Mora Cobo. Director general de Infancia Adolescencia y Juventud de la Junta de Andalucía: “Programa de prevención contra el suicidio”.
- Sr. D. Javier Rubio Rodríguez. Periodista: “Medios de comunicación, salud mental y suicidio”



INTRODUCCIÓN

Dr. Federico Argüelles Martín

Excelentísimo Sr. presidente de la Real Academia
de Medicina y Cirugía
querido D. Jaime
excelentísimos e ilustrísimos señores académicos
señoras y señores.

En esta breve introducción quiero, ante todo saludar y dar la bienvenida a esta Real Academia a los asistentes.

Esta Real Institución cumpliendo con su misión de cultivar, fomentar y difundir la ciencia médica y con la intención de acercarse a la sociedad organiza estas sesiones.

Hoy se tratará el suicidio, auténtico problema de salud pública que es frecuente, es devastador y algo muy importante, se puede prevenir en muchos casos. La OMS considera la prevención como un imperativo universal. La incidencia es variable como veremos según franjas etarias y su impacto va más allá de la persona que pierde la vida y deja una huella imborrable y permanente en su entorno.

Contamos para desarrollar esta sesión con profesionales de reconocido prestigio conocedores en profundidad de la temática a tratar:

Profesora Rafaela Caballero Andaluz, profesora titular de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Sevilla.

Dr. D. Diego de la Vega Sánchez, profesor asociado de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla y facultativo especialista del área de psiquiatría del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Ilmo. Sr. Dr. D. Joaquín Lucena Romero, académico de número de esta Real Academia y jefe del Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla

Sr. D. Francisco Mora Cobo, director general de Infancia y Adolescencia de la Junta de Andalucía.

D. Javier Rubio Rodríguez periodista.

A todos ellos agradezco su participación y especialmente su presencia a mi querido profesor Excmo. Sr. D. Jaime Rodríguez Sacristán catedrático de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Sevilla.

PANDEMIA Y SALUD MENTAL EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA TRAS LA PANDEMIA

Dra. Rafaela Caballero Andaluz

La pandemia ha supuesto un antes y un después en la salud mental infanto-juvenil, el aumento del riesgo de los problemas mentales en la adolescencia se ha disparado tras la pandemia. Si analizamos los factores de riesgo para la salud mental, uno de los aspectos más relevantes es la inmadurez del adolescente actual, marcado por una pubertad temprana (sobre todo en niñas), que genera en chicos y chicas más jóvenes de forma secundaria, más factores de riesgo por los propios comportamientos impulsivos, de búsqueda y de autoafirmación. A este aspecto se suma el mayor acceso al mundo virtual que facilita en estas edades mayor riesgo de acoso y mayores problemas en las relaciones sociales.

Durante la pandemia en el mundo de la salud mental se ha tenido menos acceso a la atención temprana, menor sensibilidad a los problemas mentales en general y de la infancia y adolescencia en especial. Por otro lado, no podemos olvidar que el covid se constituye por sí solo, como un factor de estrés social mantenido, que genera en la postpandemia un aumento en la incidencia de salud mental, mayores problemas escolares, académicos y de relaciones sociales. El aumento de la exigencia escolar tras un periodo de mínimos, con menor exigencia y presión, genera en todos los niños y adolescentes un aumento de estrés que se manifiesta en problemas conductuales, de ansiedad y estrés que influyen negativamente en la calidad de vida del adolescente.

En este periodo postpandemia, el índice de suicidios aumenta en general y en adolescentes en particular, como se observa en todos los estudios realizados a partir de los 15 años. Los estudios sobre patología señalan sin

embargo en Europa una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa en el primer periodo de pandemia, que podría explicarse por los aspectos señalados anteriormente. Sin embargo, en la fase final de la pandemia es evidente el aumento de ideación suicida, gestos suicidas y autolesiones en los adolescentes como se señala en los estudios de metaanálisis de Madigan y Cols. (2023). En España los estudios de García Fernández y cols., señalan este aumento en los últimos 6 meses de 2021.

Analizando el significado del covid19 en salud mental infanto-juvenil, existen aspectos positivos en el primer periodo, como el aumento de la cohesión familiar y el mayor apoyo social intrafamiliar, esto supone un alivio de estrés y liberación de muchos casos de bulling escolar. Sin embargo, en las familias disfuncionales hubo un aumento del maltrato, pérdida de las relaciones sociales de compañeros y amigos, mayor aislamiento, aumento del uso de pantallas sin control, y los niños que estaban en tratamiento por problemas psiquiátricos o psicológicos no pudieron ser atendidos adecuadamente.

A pesar de estos aspectos negativos, esta situación ha llevado a tener una mayor concienciación sobre la importancia de la salud mental en infancia y adolescencia, mayor sensibilización sobre la conducta suicida, evitando el oscurantismo asociado a ella y ha facilitado la creación de programas de prevención de suicidios para capacitar en la detección precoz de la conducta suicida y una evidente mejora en las estrategias más eficaces para su afrontamiento.

SUICIDIO TRAS LA PANDEMIA: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Dr. Diego de la Vega Sánchez

Tras la pandemia de COVID-19, ha habido un aumento significativo en los suicidios en varios países, como España, donde se registró un aumento del 17% desde el inicio de la pandemia. Este aumento puede estar relacionado con el estrés y los factores de riesgo exacerbados por la pandemia, como la pérdida de empleo y la incertidumbre económica y las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios. Los jóvenes también se han visto afectados, con un aumento de suicidios durante el primer año de la pandemia, posiblemente debido al estrés adicional de verse expuestos a una situación estresante, inédita y ser personas con menores recursos de afrontamiento. Así en el Hospital Macarena asistimos a un incremento, pasando de 303 atenciones por intentos de suicidio en el periodo comprendido entre octubre de 2019 y marzo de 2020, frente a los 375 intentos de suicidio atendidos en el periodo comprendido de octubre de 2020 a marzo de 2021. Más dramática ha sido la subida correspondiente al siguiente periodo analizado, de octubre de 2022 a marzo de 2023, donde se atendieron 550 intentos de suicidio. Las cifras de intentos de suicidio, siempre alarmantes, se han visto por lo tanto agravadas tras la pandemia. También los sanitarios que han estado expuestos al trabajo

en los hospitales y centros de salud han sufrido las consecuencias sobre su salud mental, reportándose la presencia de pensamientos suicidas en médicos españoles entre el 6.31% y el 17.32%.

Esta situación nos ha llevado a poner en marcha medidas específicas para la atención de las conductas suicidas en la población general. Desde el Programa de Salud Mental se impulsó en el año 2020 un grupo motor para la prevención de la conducta suicida, fruto del cual fueron documentos como el *Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía para el 2023-2026* (https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sas_documento/2023/programa_prevenccion_conductas_suicidas_andalucia_2023_2026_def.pdf), documento en el que se marcaban unas medidas para la Prevención y atención del suicidio en relación a la detección precoz, la actitud asertivo comunitaria, la intervención en crisis, el seguimiento terapéutico intensivo, la continuidad asistencial y tratamiento entre otros.

Como consecuencia de este documento se autorizó la contratación por parte de las unidades de gestión clínica de salud mental de personal específicamente destinado a la atención de pacientes con conducta suicida. En el Hospital Macarena se ha puesto en marcha un programa de prevención de la conducta suicida a partir del cual, todo paciente que cometa un intento de suicidio o consulte por ideación autolítica es contactado, una vez dado de alta del servicio de urgencias, antes de las 72 horas posteriores al alta, y citado en los días siguientes con algún profesional de Salud Mental.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN NUESTRO MEDIO. REPERCUSIÓN SOCIAL

Dr. Joaquín Lucena Romero

En los últimos años el suicidio consumado se ha convertido en la primera causa de muerte violenta (muerte por causas externas) en España. Desde 1980 al 2000 (20 años) la tasa de suicidio en España prácticamente se duplicó pasando del 4.4 x 100.000 habitantes y año al 8.4 x 100.000 habitantes y año. Desde el año 2000, la tasa se mantiene en los mismos valores, aunque en los últimos 3 años se observa un ligero aumento.

En 2021 se registra una cifra histórica de suicidios en España superando por primera vez los 4000 fallecimientos, concretamente 4003 (2962 hombres y 1041 mujeres). Se tiene una idea más clara de la importancia del problema si la comparamos con otras muertes violentas. En ese año se produjeron en España 1508 muertes en accidentes de tráfico, 290 homicidios y 82 feminicidios cometidos por hombres. Por tanto, en 2021 la muerte por suicidio fue 2.6 más frecuente que la ocurrida en accidentes de tráfico, 14 veces más frecuente que el homicidio y 49 veces más frecuente que las muertes de mujeres a manos de hombres. Pero estos datos son aún más es-

calofriantes si decimos que en España se producen 11 suicidios al día o 1 suicidio cada 2 horas y cuarto.

A las muertes por suicidio hay que añadir los intentos y la ideación suicida. Según cálculos de la OMS, existirían unos 20 intentos por cada suicidio consumado por lo que en España se producirían unos 80.000 intentos de suicidio al año. Los datos de la provincia de Sevilla son similares a los de España ya que en el 2021 se produjeron 158 muertes por suicidio (126 hombres y 32 mujeres), 56 muertes por accidente de tráfico y 12 homicidios. El suicidio en Sevilla es 2.82 veces más frecuente que los accidentes de tráfico y 13.16 veces más frecuente que el homicidio.

El suicidio consumado es 3 veces más frecuente en el varón que en la mujer, pero las mujeres lo intentan 3 veces más. El perfil epidemiológico del suicida en España es el de un varón de 53 años que comete suicidio mediante ahorcadura en su domicilio o en un lugar próximo. El suicidio juvenil y en el adulto joven, entre 10 y 20 años, sin llegar a alcanzar las cifras del suicidio del adulto de mediana edad, también es un problema importante, sobre todo entre los 16 y 20 años. En 2021 se produjeron en España 96 suicidios en esta franja etaria (55 varones y 41 mujeres) lo que representa el 2.4% del total de suicidios. En Sevilla, en este mismo año se produjeron 5 suicidios entre los 10 y 20 años (4 varones y 1 mujer) lo que representa el 3.2% de todos los suicidios.

La conducta suicida no es expresión de un trastorno mental como ocurre con la depresión o las adicciones. La característica general es que es una conducta muy heterogénea con motivaciones muy diversas entre unas edades y otras y entre un género y otro. El suicidio es el resultado final del atentado contra la propia vida, pero el origen del mismo es muy diferente de unas personas a otras. Por ello, más que hablar de suicidio deberíamos referirnos a los “suicidios”. No se puede “meter en el mismo saco” al suicidio del joven, caracterizado por su impulsividad, con el suicidio premeditado del anciano desvalido que se considera una carga para su familia, por no hablar del suicidio del varón de mediana edad enfrentado al desafecto y los reveses de la vida, al paciente depresivo o psicótico o al toxicómano.

No obstante, los suicidas comparten un denominador común que es el sufrimiento extremo y la infelicidad que les coloca en un túnel oscuro del que no ven ninguna salida. Por ello se considera que el suicida no es que no quiera vivir, es que no puede. Como afirma el Prof. Enrique Echeburúa, Catedrático Emérito de Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco en su libro “Muerte por Suicidio” (2023), la persona que comete suicidio “no quiere dejar de vivir, lo que quiere es dejar de sufrir”. Nadie que es feliz se suicida, por lo que hay que paliar ese sufrimiento y ayudarle a recuperar el deseo de vivir.

También hay otros mitos sobre el suicidio como que hablar del mismo incita a hacerlo estimulando conductas de imitación. Esto es una falacia ya que el abordaje adecuado del suicidio como un problema de salud pública ayuda a prevenir la ideación suicida.

“Hablar es prevenir”. En este sentido, los medios de comunicación tienen un papel crucial difundiendo información científica y veraz, evitando el oscurantismo y el estigma asociados históricamente al suicidio. La información sobre el suicidio debe aparecer en las páginas de salud, no en las páginas de sucesos junto con los robos, homicidios y secuestros, como ocurre en la actualidad.

Otro mito asociado al suicidio es “quien lo hace no lo dice y quien lo dice no lo hace”. Muchos suicidios están precedidos por señales de alerta que no deben subestimarse. Ningún intento debe ser valorado como “llamada de atención” sino como “petición de ayuda”. Hay muchas personas que tienen una ideación suicida y que, si no se trata adecuadamente, se puede traducir con el tiempo en un suicidio consumado.

Los diferentes modelos de “suicidios” determinan que las estrategias dirigidas a su prevención sean complejas y con resultados a medio plazo. No obstante, el suicidio se puede y se debe prevenir como se ha hecho con los accidentes de tráfico o los homicidios. Pero, para ello, se deben desarrollar programas y estrategias de prevención y dotarlas de los recursos humanos y materiales adecuados.

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad publicó el pasado año 2022 la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” para el período 2022-2026. La línea estratégica nº 3 está dirigida a la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.

En Andalucía, en el mes de julio de 2023, la Consejería de Salud y Consumo puso en marcha el “Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026” con el objetivo de constituir un marco de referencia de inestimable valor para la lucha contra el suicidio en Andalucía.

Quiero finalizar destacando que el suicidio implica un drama personal con sufrimiento extremo que desencadena una tragedia en el entorno de la persona fallecida y de la sociedad en general. Debe ser abordado como un problema de salud pública por lo que es urgente desarrollar estrategias con dotación de los medios adecuados.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA EL SUICIDIO

D. Francisco Mora Cobo

Como se ha constatado a lo largo de esta Jornada y a la luz de los datos epidemiológicos aportados, el suicidio es hoy un problema de primera magnitud, siendo ya en la población infanto-juvenil la primera causa de mortalidad no natural.

Se podría calificar de "impactante" el aumento del suicidio entre los niños, niñas y adolescentes y aunque se apunte a las enfermedades mentales como factor de riesgo, destacando los problemas de ansiedad y depresión, habría que atender, no obstante, a otras variables relacionadas

con el contexto educativo, familiar y social en el que viven, las redes de apoyo, o en qué términos el grupo de iguales o de adultos, como factores protectores de la conducta suicida, lo sustentan, etc. Por ello resulta imprescindible detectar precozmente esta problemática y evitar su evolución, el sufrimiento que conlleva y las drásticas consecuencias que en algunas ocasiones acarrea.

Para ello, debemos primero partir del reconocimiento de la escasa implementación de políticas públicas activas para prevenir el suicidio. Nuestra sociedad se organiza para dar respuesta a las necesidades sociales y como servicios públicos intentamos cubrir las mismas, sin embargo, el secretismo con el que históricamente se ha abordado este problema redundan en una falta de visibilidad, que impide, o al menos difumina, la necesidad de impulsar políticas de prevención del suicidio. Es imposible activar políticas preventivas del suicidio sin hablar del mismo.

Así mismo, la Consejería de Salud y Consumo dispone de recursos, materiales y profesionales especializados y está ultimando un Programa de prevención para tal fin. En todo caso es importante abordar la cuestión de manera integral e involucrando a todos los agentes implicados desde los ámbitos de actuación más relevantes en esta población: sanitario, social, educativo y desde toda la sociedad.

La Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía, surge con el fin de garantizar la protección a la infancia y adolescencia en el territorio andaluz. Está basada en la promoción de los derechos y en la prevención, con especial preocupación por las situaciones de riesgo y de las personas menores con mayor vulnerabilidad. Incorpora la regulación de los derechos y deberes que asisten a las personas menores de edad y define el ámbito competencial de la Administración de la Junta de Andalucía en esta materia, creando escenarios para la participación infantil y definiendo un sistema de información e indicadores sobre infancia y adolescencia.

Así, el artículo 72 sobre Medidas preventivas de apoyo al desarrollo integral de la infancia y la adolescencia, establece que "Las administraciones públicas de Andalucía desarrollarán servicios y programas específicos de calidad para la atención y orientación familiar, social, sanitaria, educativa y de conciliación de la vida laboral y familiar, dirigidos a las familias con hijos e hijas menores a su cargo".

Específicamente y sobre el bienestar y la salud establece en su artículo 49.6 que las niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental tienen derecho a una atención específica, que será prestada por personas profesionales especialistas en el ámbito del sistema sanitario público. Para ello la Administración de la Junta de Andalucía se dotará de los recursos necesarios. Asimismo, el ámbito del sistema sanitario público abordará la formación y las mejoras de las capacidades y habili-

dades de las familias y los hijos e hijas con problemas de salud mental y trastornos de conducta.

En cuanto a actuaciones del ámbito de la salud, en el artículo 74 se definen las intervenciones de prevención, entre la que se encuentra la promoción del bienestar emocional y la autoestima en la infancia y adolescencia.

Por su parte, el Diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia de Andalucía, realizado en el marco del diseño del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027 (III PIAA) que se encuentra en fase de elaboración, ha permitido describir la situación de partida, para facilitar la definición de objetivos y medidas claves para el Plan, así como la toma de decisiones en la elección de prioridades. Para ello se partió de un análisis de indicadores y datos cuantitativos disponibles sobre diversos temas y problemáticas que afectan a la infancia y adolescencia en Andalucía, que ha sido complementado con las reflexiones de una muestra de niñas, niños y adolescentes, familias y personas expertas y profesionales relacionados con la infancia.

Asimismo, se señala la necesidad de contar con indicadores y datos sobre problemas de salud no diagnosticados, trastornos psicossomáticos, conductas autolíticas e intentos de suicidio en personas menores de 18 años. Al respecto, el grupo de profesionales que asistió a la Jornada Participativa del celebrada el 7 de marzo de 2022, manifestó que aunque existan datos sobre suicidios en la infancia y adolescencia, faltan datos sobre los intentos de suicidio y las acciones autolíticas de niñas, niños y adolescentes.

En consonancia con lo expuesto, el Comité Directivo del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía, con representación de centros directivos de prácticamente la totalidad de las Consejerías de la Junta de Andalucía, una vez concluido el diagnóstico participativo, en el proceso de toma de decisiones, definió como una de las prioridades del Plan la mejora de la atención a la salud infantil y adolescente, especialmente relacionados con la salud mental, el bienestar emocional, los hábitos de vida saludables, la socialización, la autoestima, las competencias sociales y emocionales, el aislamiento social, las adicciones y el uso de las tecnologías.

De acuerdo a las prioridades establecidas, se definieron los objetivos estratégicos del Plan, entre los que destacan :

OE 3.2: Reducir los problemas relacionados con la salud mental de NNA a través la promoción, prevención y atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en Andalucía.

OE 1: Reducir el riesgo de pobreza grave y exclusión social de la infancia y la adolescencia en Andalucía.

OE 2.1: Incrementar la satisfacción de NNA, familias y profesorado respecto al sistema educativo.

OE 5: Lograr un sistema de información interoperable por las áreas educativa, sanitaria, judicial y social para la atención integral de la violencia en la infancia y adolescencia en Andalucía.

OE 6.1: Aumentar los espacios de ocio, deportivos, culturales y espacios verdes para el uso infantil y adolescente.

OE 7: Mejorar la atención a NNA del Sistema de Protección de Menores (SPM), incluyendo la mayoría de edad.

Estas prioridades y objetivos estratégicos han determinado una serie de programas y medidas por parte de las distintas Consejerías de la Junta de Andalucía, desde un enfoque de los derechos de la infancia, que ponen a los NNA en el centro de la decisión, con un Sistema de Atención que se adapte a sus necesidades, asegurando su protección y la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos, que incorpora la evaluación y las prácticas basadas en evidencias. Asimismo, resaltar la importancia de contar con profesionales formados que garanticen una respuesta ágil y coordinada, eviten la revictimización y contribuyan a promover sus proyectos vitales.

Destacamos en particular dos medidas recogidas en el III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía, que inciden directamente en la necesidad de abordar la atención integral a la infancia y adolescencia que sufre situaciones de violencia, como es avanzar en la atención integral a NNA víctimas de violencia sexual bajo el paradigma del Modelo de la Casa de los Niños, (Barnahus) y la actualización del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía de 2002. Ambos proyectos requieren potenciar el marco común de coordinación con los organismos competentes del ámbito judicial, social, sanitario, educativo, fuerzas y cuerpos de seguridad, así como la implicación y el compromiso de todas las Consejerías que permitan redefinir y consensuar los mecanismos y procedimientos de actuación desde las diferentes instituciones y profesionales implicados, mejorar la cooperación de manera eficiente para proteger a los NNA y posibilitar un buen trato evitando su revictimización y garantizar, finalmente, las mejores condiciones para el bienestar de la infancia y adolescencia, especialmente ante situaciones de vulnerabilidad.

Esta atención integral es hacia la que debemos aunar esfuerzos desde la corresponsabilidad, de manera transversal, interdisciplinar y en red, garantizando el bienestar en la propia familia y creando entornos seguros desde los distintos ámbitos. Este es el reto que nos ocupa desde la política pública de aquí a los próximos años.

Quizás ha llegado el momento de afrontar el problema del suicidio en la infancia y adolescencia y movilizarnos para darle una respuesta activa y eficaz, integral y coordinada involucrando a todos los agentes implicados puede ser un primer paso.

Dice el psiquiatra Guillermo Lahera que “la mayoría de los suicidas no quieren matarse, lo que pasa es que no pueden soportar la vida”. Por tanto, estamos ante una cuestión, especialmente por los niños, niñas y adolescentes víctimas, que debe abordarse públicamente.

Muchas gracias,

Servicio de Prevención

Dirección General de Infancia , Adolescencia y Juventud

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

MEDIOS DE COMUNICACIÓN, SALUD MENTAL Y SUICIDIO

Sr. D. Javier Rubio Rodríguez

Excelentísimo señor presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla, ilustrísimos académicos, amigos, señoras y señores:

Buenas tardes y muchas gracias por ofrecerme la oportunidad de participar en esta interesante jornada cuyo nivel se ha elevado muchos escalones por encima de esta humilde aportación de un periodista atento a los dilemas deontológicos y morales a los que se enfrenta nuestra profesión en su día a día.

Espero sepan disculpar la falta de rigor científico en esta comunicación, más encuadrada en eso que en los estudios humanistas se llama el “estado de la cuestión”. Aspiro simplemente a ofrecer una panorámica personal del manejo profesional que los periodistas hacemos del asunto que hoy nos ocupa.

Lo primero que tengo que decirles -ustedes ya lo saben porque esa es la base de su actividad médica- es que no hay dos suicidios iguales. Son tantas las variables que entran a formar parte del hecho noticioso en sí, que resulta imposible establecer un patrón de conducta, no ya a lo largo del tiempo sino incluso considerado en el momento presente.

Entrando de lleno en la cuestión, como si nos zambulléramos de una vez por todas: ¿cómo informamos los periodistas de los suicidios? Si es que informamos, claro está. Ya les he avanzado que no tenemos un modelo de aplicación general, pero hay dos elementos que señalan la diferencia: las circunstancias personales de la víctima y las circunstancias en que se ha quitado la vida.

Me he permitido arrancar esta comunicación aportando una noticia de 1930 en ABC de Sevilla, que paso a comentarles. Probablemente sea la primera información de un suceso de esta índole aparecido en el periódico, puesto que su edición sevillana apareció el 12 de octubre de 1929.

Les leo la noticia entera fechada el 25 de marzo de 1930: “Ayer mañana se arrojó desde el segundo balcón de la Giralda, en el frente de la calle Mateos Gago, un hombre de cuarenta y cinco años, llamado Tomás León García, cortador de calzado, que habitaba con su mujer y sus hijos en la barreduela de Espronceda, número 4. La víctima de este suceso era un pobre neurótico. Subió a la Giralda acompañado de un amigo suyo, llamado Fernando Morillo, natural de Martín de la Jara, quien no se dio cuenta del suicidio, pues descendió delante de la víctima, que se retrasó con el pretexto de leer unas inscripciones. El Juzgado de guardia practicó las diligencias propias del caso”.

Y a renglón seguido, una explicación que viene al caso: “Aunque es nuestro criterio no dar cuenta de ciertos sucesos -como suicidios, infanticidios, etc.- publicamos noticia de éste por las circunstancias del caso y por el sitio donde ocurrió, que dieron lugar a numerosos comentarios de la gente”.

Ahora volveremos sobre la declaración expresa de silenciar determinados sucesos terribles que hacía el periódico en 1930. Pero déjenme que les advierta que esta profusión de datos personales (protegidos por leyes como la 1/82 de 5 de mayo que consagra el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen) que, sin duda, les habrá chocado al leer la noticia, alcanza hasta nuestros días.

Entonces, hace casi cuarenta años, cuando se enrejó el campanario de la iglesia madre sevillana, el Cabildo catedralicio justificó esta intervención para evitar que en su caída, los suicidas lastimaran a transeúntes. No era el interés de prevenir el suicidio el que motivaba la obra sino minimizar los daños a personas. Este era el enfoque que se le daba a la noticia hace medio siglo:

No es de extrañar porque hasta el mismo Romero Murube tiene una cita que no me resisto a traer a colación: “Todos los suicidas que se arrojan desde la Giralda coinciden en afirmar que la única impresión que se siente es la de que Sevilla sube, vertiginosa, hacia el cielo”. Esta greguería está publicada en ‘El Noticiero sevillano’ el 22 de enero de 1928, lo que puede dar idea de lo popular que era entonces la Giralda como lugar desde el que defenestrarse uno mismo.

Y todavía más, en 1984, con fotografía macabra que hoy repugnaría a nuestra conciencia, en una columna del periódico se daba noticia de hasta tres suicidios. Desde luego, el criterio de no publicar estos sucesos fue cambiando a lo largo del tiempo.

Perdonen esta digresión histórica que nos ha alejado algo del tema central de esta comunicación, aunque la consideraba interesante para conducir

el razonamiento que quiero trasladarles: los periodistas no tenemos ni idea de qué hacer con los suicidios. Todavía hoy, y esto es experiencia personal después de 36 años trabajando en la redacción de tres periódicos diferentes, en cuanto se descubre que el motivo de la muerte violenta ha sido el suicidio, inmediatamente el periodista de Sucesos o quien esté preparando el tema, levanta la vista del teclado -ese al que nunca le perdemos la cara como el matador avezado hace con el toro- y pregunta en voz perfectamente audible dirigiéndose a un superior: “Es un suicidio, qué hacemos, ¿lo damos o no?”.

Y ahí se pone en marcha el mecanismo de selección de las noticias con criterios tan mutables y revisables como sucedía en 1930 como vimos en la primera diapositiva de esta serie. Son las circunstancias las que llevarán al papel la noticia del suicidio o sepultarán el caso en el cesto donde van a parar las noticias que a diario se desechan por decenas para su publicación.

Si la forma en que se ha cometido el suicidio resulta muy llamativa o impactante para la audiencia, tengan por seguro que se publicará. Al fin y al cabo, a las empresas periodísticas les funciona el supremo argumento de que “alguien en la competencia lo dará” para correr a publicarlo cuanto antes.

Les planteo una cuestión para su reflexión: ¿cuál creen que se ganará el espacio impreso en papel a la mañana siguiente: el suicidio de dos mellizas de apenas doce años que se tiran al vacío o el de una adolescente que muere en su cama después de la ingesta de una dosis excesiva de barbitúricos para provocarse un sueño del que no va a despertar?

Y siguiendo el razonamiento, ¿cuántos de cada suceso asimilable a estos dos casos que les he propuesto creen que se dan al cabo del año en nuestro país? Siento no poder ofrecerles el dato, pero es que las estadísticas del suicidio en España precisarían de una atención y una sistematicidad exhaustiva que en la actualidad está lejos de alcanzarse.

Los periodistas que nos precedieron en el ejercicio profesional estaban persuadidos de que la publicación de suicidios en la prensa tenía un efecto contagio innegable que había que cortar de raíz eliminando informar sobre este asunto.

Pero ya que estamos derribando mitos en torno a la muerte por propia mano, derribemos también el de que las noticias de suicidas empujan a otras personas a cometer ellas mismas el suicidio. Todo lo más, y esto habría que examinarlo con datos fehacientes, establecen una pauta de emulación en la técnica empleada, como si se dieran rachas.

En los últimos tiempos se ha abierto un consenso generalizado en que es el silencio en torno a esta cuestión el mayor aliado de los pensamientos autodestructivos. Y se abre un nuevo periodo en el que se enfoca el suicidio como un asunto ligado a la salud mental del individuo más que a otras consideraciones, de índole económico o relacional.

El profesor Óscar Clavería, del Instituto de Investigación en Economía Aplicada (IREA) de la Universidad de Barcelona, publicó en 2022 un estudio (“Global economic uncertainty and suicide: Worldwide evidence”) que trataba de relacionar estadísticamente la incertidumbre económica -si mi empresa cerrará, si me iré al paro, si la economía nacional incurrió en default- con la tasa de suicidio examinando un panel de 183 países entre los años 2000 y 2019.

Su análisis desvelaba algo que dicta el sentido común pero que raramente aparece en la prensa: “El análisis sugiere que el incremento en la incertidumbre económica, tanto como del desempleo y el crecimiento económico, puede llevar a un incremento del riesgo de suicidio”.

Ocurre, sin embargo, que esta motivación para atentar contra la propia vida está fuera del foco de la prensa española, que no es más que un reflejo de las preocupaciones de la sociedad a la que sirven los medios de comunicación.

Diferentes portadas de semanarios, periódicos y hasta el semanario de Iglesia en Sevilla sobre la relación entre salud mental y suicidio en edades tempranas. Les hablo como periodista sin ánimo de extraer ninguna conclusión sanitaria: estamos asistiendo a un auténtico ‘boom’ informativo en los últimos meses sobre esta cuestión.

El periódico nacional de mayor tirada, ‘El País’, dedicaba un editorial a esta cuestión en agosto del año pasado. Ahí podía leerse la siguiente afirmación que les entresaco: “La antigua cortina de silencio en torno a este drama no ha sido efectiva y puede haber llegado a ser contraproducente. El ocultamiento estigmatizador ha sido ampliamente cuestionado por los expertos en condiciones normales, pero desde la pandemia ha dejado de ser una opción”.

Hablamos mucho de suicidio en la adolescencia, pero me pregunto -y les dirijo la cuestión a ustedes- si lo estamos haciendo en la dirección correcta. Que para mí sería obviando los casos concretos que sólo disparan la curiosidad insana entre la audiencia para centrarnos en las causas.

¿Ayuda en algo conocer los detalles? ¿Si fue con un cuchillo o arrojándose a las vías del tren? Es algo que últimamente me cuestiono mucho a la hora de ofrecer información de Sucesos. Sé que es una actitud contracorriente, casi contracultural, pero nuestras noticias deberían escribirse de tal manera que no aumenten el sufrimiento de quienes las leen. Y entre ese público potencial al que nos dirigimos también se cuentan familiares y amigos de la persona que decidió acabar con su vida.

La patronal de las funerarias, Funespaña, conmemoraba el último Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) con un panel de expertos en torno a la salud mental de nuestros jóvenes tras afirmar que la tasa entre jóvenes (de 15 a 29 años) se ha disparado entre un 200 y un 250% en los últimos años.

El psicólogo Pedro Cabezuelo, en su intervención, destacaba que “muchos jóvenes lo han pasado fatal y que esto está por ver con el tiempo. Ya se dijo al principio que las consecuencias psicológicas de la pandemia estaban por verse y, probablemente el suicidio ha sido uno de los efectos inesperados más alarmantes. Muchos jóvenes se han quitado de en medio por una falta de recursos. Se les quitó de la noche al día prácticamente su vida, su rutina... y cuando le haces eso a alguien, se viene abajo. No puedes hacer nada peor a alguien que caparle su rutina. Se sienten absolutamente desamparados. La realidad es que, si hablas con ellos con naturalidad y sin miedo, entienden casi todo”.

Y a esa meritoria labor nos hemos lanzado los medios de comunicación en los últimos meses. Ayer mismo, lunes 5 de junio, mi periódico, ABC, publicaba una estadística del número de suicidios en Sevilla en una serie histórica que abarca más de tres lustros, desde 2004 hasta 2022, con un promedio de 160 casos al año.

Me permito lanzar desde aquí un consejo, que por lo demás ha presidido siempre nuestra conducta: huyamos de los caminos trillados, de los consensos mediáticos y contrastemos imbuidos de sano escepticismo cada dato que se nos proporciona como siempre hemos hecho.

Eso es lo que, a mi juicio, hacen aquí los colegas de ‘The Economist’ en este interesante estudio en el que relacionan la aparición de las redes sociales con el incremento de autolesiones -antesala del suicidio en tantos casos como ustedes saben mejor que yo- en niñas y adolescentes. Por todo el mundo, las tasas de suicidio femenino a edades tempranas están disparadas, así que conviene echar una mirada a nuestro alrededor:

Queda mucho por hacer. Nos queda mucho a los periodistas que informamos de estos asuntos, pero también a ustedes, profesionales médicos, para divulgar correctamente y explicar pautas comprensibles con las que formar los criterios de publicación en las redacciones.

Porque, no lo duden, los periódicos y las empresas informativas que usufructúan el derecho ciudadano a la libertad de expresión y a la libre circulación de ideas tienen un compromiso ético y moral con la sociedad a la que sirven.

Confío en que mi intervención de esta tarde haya contribuido mínimamente en la dirección adecuada.

Muchas gracias por su atención.

MESA REDONDA

“¿QUÉ NECESITAMOS HOY: EUTANASIA O CUIDADOS PALIATIVOS?”

El salón de actos Ramón y Cajal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla acogió el 29 de junio la celebración de esta mesa redonda. Esta iniciativa se llevó a cabo en el marco del convenio entre la institución médica y la Fundación Universitaria CEU Fernando III -en colaboración con la Asociación Católica de Propagandistas-.



El acto estuvo presidido por D. Blas Rodríguez de Quesada Tello, vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; acompañándole en la mesa José Alberto Parejo Gámir, rector promotor de la Universidad CEU Fernando III.

Moderado por D. Felipe Martínez Alcalá, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, el encuentro contó con las intervenciones de D. Tomás Chivato Pérez, decano de la Facultad de Medi-

cina de la Universidad CEU San Pablo de Madrid; y D. Jaime Boceta Osuna, responsable el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen Macarena, quienes reflexionaron sobre la eutanasia y los cuidados paliativos en la actualidad.

D. Tomás Chivato Pérez señaló que “la crisis sanitaria ha provocado una crisis económica y social que ataca a los valores. España tiene un gran sistema sanitario, pero, ¿realmente necesitamos una ley de la eutanasia o debemos potenciar los cuidados paliativos?”.

De esta forma, el ponente hizo hincapié en que “la ética es fundamental, es el cimiento de la profesión. No todo aquello que es técnicamente posible, ni siquiera legal, es moralmente correcto”. Además, Chivato Pérez puso el ejemplo de la Alemania Nazi que “despenalizó la eutanasia para eliminar a personas que consumían recursos y no se consideraban dignos de vivir”. Ante lo que el conferenciante recalcó que “es preferible hablar de vida digna y no de muerte digna”.

Por su parte, D. Jaime Boceta Osuna, apuntó que “dialogar con el que opina distinto y escuchar sin politizar. La vida es un valor importantísimo, pero no absoluto”. Asimismo, subrayó que “debemos hacer visible la importancia de los cuidados paliativos a la sociedad”.

En esta línea, el doctor Boceta indicó que “la eutanasia hace daño al bien común y el clima social lleva a tomar esta decisión. Los cuidados paliativos son una medida para aliviar el sufrimiento y mejorar calidad de vida, pero es poco conocida entre la sociedad e incluso los médicos”. Del mismo modo, destacó que “la objeción de conciencia es un derecho individual del profesional sanitario que se debe utilizar con responsabilidad: no voy a participar en su eutanasia, pero debo ayudarlo e informarlo”.

MESA REDONDA

“ENTORNO SOCIAL Y NUTRICIÓN EN PEDIATRÍA”

La mesa redonda se celebró el jueves 29 de junio de 2023, a las ocho de la tarde, en el salón de actos “Ramón y Cajal” de la sede de la RAMSE.

El acto fue organizado por el Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla y la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.



Dres. Rguez. Sacristán, Argüelles, Sobrino y Millán

Moderador del Acto:

- Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín. Secretario general de RAMSE. Profesor titular de Pediatría de la Universidad de Sevilla.

Ponentes:

- Dr. D. Andrés Rodríguez-Sacristán Cascajo. Profesor de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Neuropediatra. Vicepresidente 1º RICOS.

Tema: “Desarrollo neurobiológico, nutrición infantil y Atención Temprana en el contexto de eventos adversos en la infancia”

- Dr. D. Manuel Sobrino Toro. Profesor de Pediatría, director del Dpto. de Farmacología, Pediatría y Radiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Tema: “Alimentación en los primeros años de la vida en entornos de pobreza: riesgos y acciones preventivas”

- Dr. D. Antonio Millán Jiménez. Profesor de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Presidente de la Fundación Gota de Leche.

Tema: “Nutrición en la adolescencia: nuevos retos en nuestro contexto social”

Debate y cierre de la mesa redonda.

Clausuró el acto el Excmo. Sr. D. Carlos Infantes Alcón, presidente de la RAMSE.

PRESENTACIÓN DE LIBRO

“GUÍA ILUSTRADA Y PRÁCTICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO ANATOMOPATOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL”

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla acogió la presentación del libro “Guía ilustrada y práctica para el diagnóstico y seguimiento anatomopatológico de la enfermedad inflamatoria intestinal” que tuvo lugar en nuestra sede, el martes 28 de noviembre, a las 19:00 horas, con arreglo a la siguiente programación:

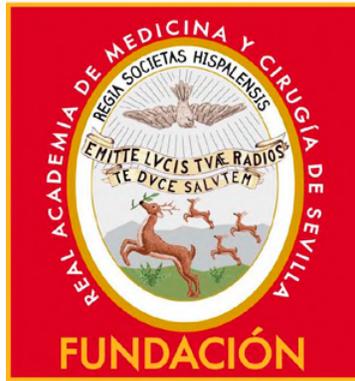


Presentación del acto:

- Ilmo. Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada, vicepresidente de la RAMSE.

Ponentes:

- Ilmo. Dr. D. Ricardo González Cámpora. Académico de número de la RAMSE. Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Tema: Desglose del libro.
- Ilmo. Dr. D. Luis Capitán Morales Académico correspondiente de la RAMSE, decano de la Facultad de Medicina de la US. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la US. Tema: Perfil profesional de los autores
- Dr. D. Federico Argüelles Arias. Académico correspondiente de la RAMSE. Profesor contratado de la Facultad de Medicina de la US. Tema: ¿Por qué es importante para el clínico un buen estudio Anatomopatológico en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal?
- Dr. D. Miguel Ángel Idoate Gastearena. Académico correspondiente de la RAMSE. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la US. Tema: ¿Cómo hacer un detallado informe anatomopatológico en un paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal? Aspectos a tener en cuenta.



6) FUNDACIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

FUNDADORES

- Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
- D. Juan Bautista Alcañiz Folch
- D. Lucas Bermudo Fernández (†)
- D. Pedro Blasco Huelva (†)
- D. Jesús Castiñeiras Fernández
- D. Mauricio Domínguez-Adame Cobos (†)
- D. Hugo Galera Davidson (†)
- D. Alfonso Galnares Ysérn (†)
- D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez
- D. Manuel Hernández Peña (†)
- D. Carlos Infantes Alcón
- D. Rafael Martínez Domínguez (†)
- D. Ángel Martínez Sahuquillo
- D. Pedro Muñoz González (†)
- D. Carlos Pera Madrazo
- D. Antonio Piñero Bustamante
- D. Jaime Rodríguez Sacristán
- D. Blas Rodríguez de Quesada Tello
- D. José Rojas Rodríguez
- D. José María Rubio Rubio
- D. Juan Sabaté Díaz
- D. Fernando Saénz López de Rueda
- D. Pedro Sánchez Guijo

- D. José Luis Serrera Contreras
- D. Ismael Sotillo Gago (†)
- D. Benito Valdés Castrillón
- D. Eduardo Zamora Madarfa (†)

PATRONOS

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón (Presidente)
 Ilmo. Sr. Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello (Vicepresidente)
 Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Poblador Torres (Tesorero)
 Ilmo. Sr. Dr. D. Alberto García-Perla García (Secretario)
 Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín
 Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Bautista Alcañiz Folch
 Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Sabaté Díaz
 Dr. D. Eduardo Domínguez-Adame Lanuza
 Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla

COMISIÓN EJECUTIVA

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Sabaté Díaz
 Ilmo. Sr. Dr. D. Alberto García-Perla García
 Ilmo. Sr. Dr. D. Julio Cuesta Domínguez
 Dr. D. Juan Manuel Contreras Ayala
 Dr. D. Diego Gómez Ángel
 Dr. D. José María López Puerta
 Dr. D. Martín Navarro Merino
 Dr. D. Alberto Máximo Pérez Calero

MIEMBROS DE HONOR

- Excma. Sra. Dña. Cayetana Fitz-James Stuart,
 Duquesa de Alba de Tormes. (†)
- Excmo. Sr. D. Joaquín Moeckel Gil

CÁTEDRAS INSTITUCIONALES

DIVULGACIÓN ONCOLÓGICA

Director: Dr. D. Juan Antonio Virizuela Echaburu
 Secretario: Dr. D. Diego Gómez Ángel

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Director: Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Rogelio Garrido Teruel
 Secretaria: Dra. D.^a Carmen Delgado Jiménez

CÁTEDRA DE DIVULGACIÓN ONCOLÓGICA

El viernes 17 de marzo de 2023, en el salón de plenos de la Academia, se formalizó la puesta en marcha de la Cátedra de Divulgación Oncológica de la Fundación RAMSE.

La Academia ha creado esta cátedra como foro científico de reflexión que nace para contribuir desde el punto de vista médico y social a la lucha contra el cáncer; mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y su entorno familiar; colaborar con el desarrollo de la investigación e influir en el estilo de vida de los ciudadanos y, por tanto, en la prevención.

Dicha cátedra estará dirigida por el Dr. D. Juan Antonio Virizuela, siendo su secretario el Dr. D. Diego Gómez Ángel, siendo ambos académicos correspondientes.

Esta cátedra está copatrocinada por la Asociación Española Contra el Cáncer, asistiendo al acto de la firma el actual presidente de la Asociación D. Jesús Maza y el anterior presidente, el académico correspondiente D. Julio Cuesta.

La dotación económica de la misma es de 6000 euros, prorrogables al menos dos años más. Dicha dotación ha sido cubierta por Doña Reyes Martínez y sus hijos, presentes en el acto.

Tomaron la palabra el Dr. D. Juan Sabaté, en nombre de la Comisión Ejecutiva de la Fundación RAMSE, el Dr. D. Juan Antonio Virizuela, Doña Reyes Martínez y la clausura fue a cargo de nuestro presidente, Dr. D. Carlos Infantes.

Estuvieron presentes el académico de número de Oncología, Dr. D. Enrique Murillo, y los miembros de la Comisión.



CONFERENCIAS DEL CICLO “ESTILO DE VIDA Y CÁNCER”

11 DE ABRIL DE 2023

“ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: CONSEJOS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA”

El martes 11 de abril, a las 20:00 horas, se celebró la conferencia del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, organizada por la Cátedra de Divulgación Oncológica, con el siguiente programa:

Apertura:

– Excmo. Sr. presidente de RAMSE, Dr. D. Carlos Infantes.

Introducción:

– Ilmo. Dr. D. Enrique Murillo, académico de número de la RAMSE.

Moderador:

– D. Juan A. Virizuela, director de la Cátedra de Divulgación Oncológica.

Conferencia: “Estilos de vida saludables: Consejos y evidencia científica”, **Prof. D. Miguel Ángel Martínez-González**, catedrático de Salud Pública de la Universidad de Navarra. Catedrático visitante de Nutrición de la Universidad de Harvard. Premio Nacional de Investigación Gregorio Marañón 2022.



Dres. Murillo, Infantes, Martínez y Virizuela

El Dr. Martínez González es un prestigioso epidemiólogo y especialista en Medicina Preventiva, siendo además en 2022 ganador del Premio de Nacional de Investigación Gregorio Marañón, que otorga el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades en el ámbito de la Medicina. Creados en 1982 (este de Medicina lo fue en 2001) y dotados con 30.000 euros en cada modalidad, los Premios Nacionales de Investigación son considerados como el reconocimiento más importante de España en el ámbito de la investigación científica. Distinguen a científicos españoles que estén realizando una labor profesional de relevancia internacional en sus respectivas áreas de investigación y campos científicos. Martínez-González fue premiado por sus «singulares aportaciones» sobre la relevancia de la nutrición en medicina preventiva y, en particular, de la dieta mediterránea. Este científico dirige el grupo de investigación Ciberon del Instituto de Salud Carlos III y ha diseñado y dirigido los proyectos SUN, Predimed y Predimed-Plus. Desde 2013 ha participado activamente, como investigador principal, junto con Frank Hu (Harvard University), en varios proyectos financiados por el gobierno estadounidense sobre enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.

El Dr. Martínez comenzó su presentación hablando de los principales factores que influyen en la vida saludable. Comento cinco factores que predicen la mayor expectativa de vida a partir de los 50 años como son una dieta saludable, sin duda, lo más importante; no fumar; tener un peso corporal adecuado a la estatura; hacer actividad física; y no consumir alcohol, que es un tema aún controvertido.

Respecto al consumo de alcohol comentó algunos ensayos que dicen una cosa y otros que dicen algo distinto. Unos sostienen que al consumidor de alcohol hay que conducirlo a partir de los 50 a un patrón de consumo mediterráneo, esto es, solo en las comidas y vino principalmente. Hasta dos copas como máximo en el caso de los hombres y una copa en el caso de la mujer. Comentó la necesidad de evidencias científicas sobre los efectos del alcohol en la aparición de cáncer y de enfermedades cardiovasculares.

Frente a esta controversia comentó que hay expertos del máximo nivel que sostienen, tras sus estudios, que hay que mantener el nivel de cero alcohol para prevenir estas enfermedades; pero también hay voces muy autorizadas, de gran solvencia, que sostienen que una copa de vino al día puede proteger contra las enfermedades cardiovasculares. Faltan evidencias definitivas y la Comisión Europea les acaba de conceder un estudio muy competitivo llamado UNATI, financiado con 2,5 millones de euros, sobre los efectos del consumo de alcohol con el que esperan alcanzar una evidencia definitiva. Es un ensayo en el que el Prof. Martínez será el investigador principal y que va a contar con 10.000 personas que entrarán en el estudio. Comentó que hay estudios que sostienen que el vino, en pequeñas dosis, puede no ser dañino e incluso tener algún efecto positivo. Respecto a la cerveza explicó que parece ligeramente peor que el vino, a efectos de salud en los estudios ob-

servacionales que se han realizado. Está a un nivel intermedio entre el vino y los licores desde el punto visto de la mortalidad. Los licores son los más dañinos y efectivamente hay estudios que conceden al vino un cierto rango protector a determinados niveles, pero rápidamente, en cuanto se traspasan esos niveles, se convierte en dañino. También respecto a la cerveza y, aunque tiene bastante menos alcohol que el vino, sin embargo, se consume en mayores cantidades que el este. Una lata de cerveza, que es un tercio de litro, se equipara con el consumo de una copa de vino, que son unos 100 centilitros, es decir, casi un tercio de lo que supone una cerveza.

Comentó que en España se gozaba, hasta hace un par de décadas, de una cultura del alcohol mas mediterránea, con más vino que alcohol destilado, a diferencia de la anglosajona de vaso largo y mayores tasas de alcoholismo. En referencia también a los jóvenes comentó que en España hemos tenido siempre grandes bebedores y problemas de alcoholismo y cirrosis hepática pero, en general, hemos seguido ese patrón moderado. Y aún sigue siendo así en la población de edad adulta; sin embargo, tenemos un problema importante con los jóvenes y la cultura del botellón y en eso estamos peor que la mayoría de los países europeos. Los efectos sobre la salud de esas borracheras de fin de semana en jóvenes de 14 a 20 años son terribles. Son varias generaciones que llevan arrastrando ese hábito de emborracharse, al menos una vez al mes, con bebidas de alta graduación consumidas en muy poco tiempo. Se está observando un aumento de problemas de cirrosis, así como problemas neurológicos y psicológicos con depresiones que están deteriorando la salud mental de muchos jóvenes, provocando que el suicidio pase a ser la primera causa de muerte en personas entre 15 y 49 años.

Por otro lado, algunos tipos de cáncer se relacionan con un patrón de mayor consumo de alcohol.

Desarrolló datos acerca de las bondades de la dieta mediterránea. Comentó que se ha demostrado su eficacia en la prevención de enfermedades cardiovasculares, sobre todo en infartos y accidentes cerebrovasculares, y en la prevención de la demencia y problemas de memoria.

Respecto al alcohol y cáncer: ¿Se puede prevenir también un cáncer no bebiendo alcohol?

Hay evidencia científica en casos como el cáncer de mama en que la incidencia baja muchísimo, casi a la mitad, si se siguen una serie de recomendaciones que coinciden en gran medida con las que evitan las enfermedades cardiovasculares. En el caso del cáncer, es fundamental suprimir el tabaco, pero también mejorar la dieta. Hay muchos tipos de cánceres asociados a la obesidad y todos están creciendo mucho. En esta línea, hay dos estudios muy reveladores. Uno es el SUN, de la Universidad de Navarra, en el que tenemos 23.000 voluntarios a los que seguimos cada dos años desde 1999; y otro estudio que se llama PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), que es el mayor ensayo que se ha hecho en Europa sobre la relación entre la nutri-

ción y el cáncer y la enfermedad cardiovascular. En ese estudio se demostró la extraordinaria relación de la dieta y el cáncer de mama y la reducción que se consigue con la dieta mediterránea.

Durante la presentación hizo hincapié en la importancia de un peso corporal adecuado para vivir más y mejor. Recordó la fórmula del peso ideal: A la estatura en centímetros se le quita el uno, se hace el 80 por ciento y se le suma ocho. Para una persona que mida 1,70 sería en torno a 64 kilos y para una que midiera 1,80 sería alrededor de 72 kilos.

Se refirió a que la obesidad no deja de crecer en el mundo desarrollado y va a ser la gran pandemia del siglo XXI y va a peor. Al revés que la pandemia del Covid, que ha retrocedido, no se observa ningún indicio que haga pensar que la obesidad vaya a retroceder. Los índices que se obtienen cada año son peores que el anterior.

En España tenemos sobre todo muy malos índices en obesidad infantil merced al mayor consumo de productos ultra procesados frente al retroceso de los productos más saludables como frutas, verduras y aceite de oliva.

La inflación ha hecho subir más los precios de estos productos que de los ultra procesados. Parece la tormenta perfecta... ¿La prevención no sería la pata que falta en el sistema sanitario y la que podría evitar ese colapso anunciado por la ausencia de recursos humanos?

La Ley de Salud explica con claridad en varios artículos que el sistema sanitario público debe ser prioritariamente preventivo y de promoción de la salud. Y esto hay que meterlo de todas todas en los colegios y en la Educación Primaria de manera transversal. Una asignatura de nutrición saludable. Estamos muy lejos de ese nivel deseable. Ni siquiera en las facultades de Medicina se está enseñando a los futuros médicos Nutrición como se debería. Por otro lado, se está haciendo poca labor de promoción de la salud. Se tiene alguna iniciativa en este sentido en los países nórdicos, especialmente en Dinamarca, donde se fueron retirando del mercado grasas insanas. Los mejores índices de esperanza de vida se dan en Japón porque tienen unos valores muy fuertes en fuerza de voluntad y carácter, y de control de las gratificaciones instantáneas. Por eso están más delgados que nosotros y porque consumen mucha menos carne y más pescado.



Dr. Martínez-González

23 DE MAYO DE 2023

“EL RETO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER: PRESENTE Y FUTURO”

El martes 23 de mayo, a las 20:00 horas, se celebró la conferencia del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, organizada por la Cátedra de Divulgación Oncológica, con arreglo a la siguiente programación:

Apertura:

– Excmo. Sr. presidente de RAMSE, Dr. D. Carlos Infantes.

Introducción:

– Ilmo. Dr. D. Enrique Murillo, académico de número de la RAMSE.

Moderador:

– D. Juan A. Virizuela, director de la Cátedra de Divulgación Oncológica.

Conferencia:

“El reto del tratamiento del cáncer: presente y futuro”, por el **Prof. D. Rafael López**, jefe de servicio del H. U. de Santiago de Compostela. Director del Grupo de Oncología Traslacional del Instituto de Investigación Sanitaria. Presidente de la Fundación Excelencia y Calidad en Oncología. Vicepresidente de la Asociación Española de Investigación contra el Cáncer. Académico de número de Oncología de la Real Academia de Medicina de Galicia.



Dres. Murillo, Infantes, López y Virizuela

El Dr. Rafael López, en su conferencia, recordó que es urgente abordar seriamente el cáncer, que es el mayor problema sanitario de las sociedades occidentales. El cáncer es la principal carga y reto en la salud de nuestra sociedad. Para agravar el problema su incidencia está aumentando en todo el mundo. Esto se puede hacer planificando, dotando de recursos y evaluando los resultados como hizo USA hace años y está haciendo la Unión Europea actualmente. La actuación tiene que ser en investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Es muy acertado empezar por la prevención como indica el título de esta conferencia sobre estilos de vida y cáncer. El modificar el estilo de vida hacía estilos más saludables es un deber de toda la sociedad y se debería empezar desde los primeros años donde esa modificación es más fácil y produce mejores resultados. El tabaco es el responsable del 20 % de los tumores y es la principal causa modificable de 17 distintos tumores, no solo del cáncer de pulmón. Es necesario actualizar la ley del tabaco que se ha quedado anticuada y por ejemplo entre otras medidas subir escandalosamente el precio de este y actualizar las medidas contra el vapeo. Ejemplos tenemos en nuestro entorno europeo. El exceso de peso, especialmente en las franjas sociales menos favorecidas, el excesivo consumo de alcohol, la radiación ultravioleta, las malas dietas, la prevención de las infecciones y la inactividad física son las medidas que todos conocemos y que pocos practicamos. Serían los responsables de 30% o 40% de los tumores. Se imaginan que todos esos tumores desaparecieran en las generaciones infantiles actuales.

Pero todavía existen y existirán un 60-70% de los tumores que no se pueden prevenir y donde el estilo de vida adquiere otra dimensión como luchar contra las inequidades en el acceso y sobre todo en los resultados del cáncer. Recientemente se ha publicado el resultado en Europa de las inequidades que existen, por niveles socioeconómicos y de educación, en curaciones. Este viejo problema ha generado dentro de las estrategias europeas contra el cáncer la creación del registro de inequidades del cáncer con un planteamiento proactivo de monitorizar y solucionar este vergonzoso problema de nuestro mundo desarrollado. En Europa tenemos inequidades en resultados del cáncer según el país y la región en el que se habita, por sexo, según la educación, por nivel económico, por edad e incluso por el distrito postal. Una visión pesimista se puede apreciar al incorporar la revolución de la medicina de precisión que generará todavía mayores diferencias al resultar su implantación muy irregular dependiendo de factores económicos y de conocimiento. La eficacia de la oncología de precisión en prevención, diagnóstico y tratamiento incrementará, al menos inicialmente, las diferencias en los países desarrollados y sobre todo a nivel mundial. Solo la siguiente revolución de digitalización e inteligencia artificial podrá democratizar contando con la modificación y adaptación el rol del médico a la nueva realizada de los sistemas sanitarios de futuro. En conclusión, la adaptación de estilos de vida cáncer saludables necesita un compromiso de toda la sociedad para que nuestros descendientes no sufran por el cáncer y tengamos un mundo más sostenible.

22 DE JUNIO DE 2023

“RECORRIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA”

El jueves 22 de junio, a las 20:00 horas, se celebró la presentación de la restauración del lienzo “La Virgen de los Ingleses”, propiedad de la RAMSE, que ha sido costeada por la Universidad Loyola, y a continuación la conferencia del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, organizada por la Cátedra de Divulgación Oncológica, según el siguiente programa:

Intervinieron en la presentación del cuadro:

- Dr. Pedro de Castro, académico conservador de la RAMSE, Dña. Emma Camarero, directora de Cultura de la Universidad Loyola y **D. Pedro López Marcos**, restaurador.

Conferencia:

- “Recorrido de la enfermedad en la paciente con cáncer de mama” por la **Dra. Ana Casas Fernández-Tejerina**, oncóloga y especialista en cáncer de mama en H. U. V. Rocío. Presidenta de la Fundación Actitud frente al Cáncer.

Clausura del acto por el rector magnífico de la Universidad Loyola Sr. D. Gabriel M. Pérez Alcalá y el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón.



Dr. Sabaté, Dr. Castro, Sr. Pérez Alcalá, Dr. Infantes, Sra. Camarero y Sr. López Marcos

16 DE NOVIEMBRE DE 2023

“LA PSICOONCOLOGÍA: UNA HERRAMIENTA PARA HUMANIZAR EL TRATO AL PACIENTE CON CÁNCER”

El jueves 16 de noviembre, a las 19:00 horas, se celebró la conferencia del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, organizada por la Cátedra de Divulgación Oncológica, con la siguiente programación:

Apertura por el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes.

Moderador:

– D. Juan A. Virizuela, director de la Cátedra de Divulgación Oncológica.

Conferencia:

–“La Psicooncología: una herramienta para humanizar el trato al paciente con cáncer”, **Dra. María Die Trill**, coordinadora en Psicooncología del Cancer Center Clínica Universidad de Navarra (Madrid). Presidenta honoraria de la Sociedad Internacional de Psicooncología. Premio Arthur Sutherland 2022.



Dra. María Die Trill

CÁTEDRA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

En abril de 2023 fue creada esta Cátedra de Cooperación Internacional y ello se justifica porque la Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía (Fundación RAMSE) es un foro de divulgación científico médico abierto a la sociedad. Desde su atril se puede dar voz a quienes ejercen la cooperación internacional en primera persona, se puede poner cara a los escolares que disfrutan de la formación en conocimientos y en humanidades mientras tejen su futuro, se puede informar a todo el que nos quiera oír que la solidaridad es una palabra vigente todos los días del año.

Ser solidario exige embarcarse en proyectos ambiciosos que requieren de recursos materiales y económicos para su implementación y la utilidad de esta Cátedra está fundamentada en llegar al mayor número de mecenas posibles que hagan realidad proyectos y programas previa firma de convenios que formalicen los acuerdos.

El académico de número Ilmo. Dr. **Rogelio Garrido Teruel** ha sido nombrado director de la cátedra y como secretaria, la Dra. **Carmen Delgado Jiménez**, académica correspondiente.



El día 24 de octubre tuvo lugar en el salón de actos la sesión inaugural de la Cátedra de Cooperación Internacional, siendo el Dr. Garrido Teruel el que realizó la introducción del acto.

Seguidamente pronunció una conferencia **D. José Luis Pelayo Ruiz**, coordinador de cooperación al desarrollo de la Excma. Diputación de Sevilla, que se tituló **“50 años de ayuda humanitaria”**. El señor Pelayo comenzó con un emotivo recuerdo a su familia y en especial a su abuelo, que ejerció muchos años de médico rural, para posteriormente desgranar, ante un nutrido auditorio, su experiencia en Ruanda, Camerún, Malawi y Haití. Destacó que siempre trabajó en equipo con el Dr. Porta.

Nos habló con emotivas palabras y nos ilustró con elocuentes imágenes acerca del significado de la palabra cooperación, y cómo *actuar por espontánea voluntad y no por obligación o deber*.

NOMBRAMIENTO COMO MIEMBRO DE HONOR DE LA FUNDACIÓN RAMSE DE D. JOAQUÍN MOECKEL GIL

La Fundación RAMSE ha nombrado al abogado sevillano D. Joaquín Guillermo Moeckel Gil, miembro de honor de esta institución.

Con ello se muestra el agradecimiento de la Real Academia a este prestigioso letrado por su continuada y desinteresada labor de asesoramiento a nuestra Corporación. Del mismo modo señalar la aportación económica de 12.000 € que el bufete Moeckel ha realizado a la Cátedra de Cooperación Internacional.

Este nombramiento se celebró el 21 de octubre de 2023 con una sesión solemne y pública en el salón de actos Ramón y Cajal, en la que el académico de número Dr. Alberto García-Perla hizo la presentación del Sr. Moeckel, el cual seguidamente hizo uso de la palabra. Clausuró el acto el presidente, Dr. Infantes.



7) TRABAJOS PREMIADOS EN EL CONCURSO CIENTÍFICO DE 2023

PREMIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SEVILLA A PUBLICACIONES CIENTÍFICAS, AL AUTOR DEL MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA O APLICADA, PUBLICADO EN LOS AÑOS 2021 – 2022, EN REVISTA DE ÁMBITO NACIONAL O INTERNACIONAL

“RECURRENT SPLICE SITE MUTATIONS AFFECT KEY DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA GENES”

Texto (**sin tablas ni figuras**) publicado en la revista Blood. 2022 Apr 14;139(15):2406-2410. doi: 10.1182/blood.2021011708

Autores:

– Pedro Medina Vico, Álvaro Andrades, Juan Carlos Álvarez-Pérez, Juan Rodrigo Patiño-Mercau, Marta Cuadros, Carlos Baliñas-Gavira

Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most frequent lymphoid malignancy in adults. Recently, landmark multi-omic studies have provided comprehensive collections of molecular alterations in more than 1800 DLBCL tumors (Reddy et al,¹ N 5 1001; Schmitz et al,² N 5 574; Chapuy et al,³ N 5 304). We recently reported that BCL7A, a member of the SWItch/ Sucrose Non-Fermentable chromatin remodeling complex and a tumor suppressor gene in DLBCL, is recurrently mutated at its first splice donor site in DLBCL.⁴ Although these splice site mutations impaired the function of BCL7A, they had been overlooked by large-scale studies.⁴ Importantly, Reddy et al¹ provided the largest whole-exome sequencing dataset to date in DLBCL (N 5 1001), but they did not analyze splice sites. Based on our experience, we wondered if other genes undergo recurrent but overlooked splice site mutations in DLBCL.

To identify previously missed splice site mutations in the dataset of Reddy et al,¹ we performed unpaired variant calling at splice sites followed by strict filtering using the somatic mutation data from Schmitz et al² and Chapuy et al³ (supplemental Methods and supplemental File 1 available on the Blood Web site). We found 29 genes that had likely somatic splice site mutations in at least 5 patients from the cohort of Reddy et al¹ (Figure 1A; supplemental File 2). Remarkably, the mutation frequency per nucleotide in these genes was a median of 8 times higher at splice sites than at coding

sequences (Figure 1B; supplemental File 3). The accumulation of mutations at splice sites affected known DLBCL genes, such as BCL7A (19 times), SGK1 (12 times), CD79B (9 times), and BCL6 (9 times). The inclusion of splice site mutations increased the mutation frequency of BCL7A by 44%, of SGK1 by 22%, of CD79B by 32%, and of BCL6 by 18%. The mutation frequency of BCL7A was comparable to that from our previous report.⁴ Our analysis also revealed novel genes that were not reported as mutated in the coding sequence by Reddy et al,¹ including ZFP36L1, POU2AF1, GRHPR, PABPC1, CD74, LAPTM5, and MYO1E.

Interestingly, ZFP36L1 had a mutation frequency of 10% in the other 2 analyzed datasets (3%-4% if only considering splice site mutations), and it has been proposed as a tumor suppressor gene in germinal center-derived B-cell lymphomas.⁵ The splice site mutation frequencies of our 29 selected genes in the dataset of Reddy et al¹ correlated moderately with those from Schmitz et al² (Kendall τ 5 0.28, P 5 .04) and Chapuy et al³ (Kendall τ 5 0.44, P 5 .002). Because of the lack of public sequencing data from normal samples, when we reanalyzed the cohort of Reddy et al,¹ we applied conservative filters that probably excluded genuine somatic mutations (supplemental Methods). We expect that an analysis that incorporates information from matched normal samples may reveal even more splice site mutant genes.

To evaluate the significance of our findings, we analyzed clinically relevant features in the 29 recurrent splice site mutant genes (Figure 1A). Of the 29 genes, 18 (62.1%) were known cancer genes according to the Cancer Gene Census (CGC).⁶ They included SGK1, BCL7A, CD79B, and PIM1, among others. Three of the CGC genes had not been reported by Reddy et al¹: POU2AF1, PABPC1, and CD74. POU2AF1 is involved in the formation of germinal centers in mice, and splice site mutations in this gene may be related to the transformation of follicular lymphoma to DLBCL.^{7,8} In addition, the 29 selected genes included 5 of the 12 (42%) genes whose mutations are specific to the germinal center B-cell-like (GCB) subtype and 5 of the 8 (63%) genes whose mutations are specific to the activated B-cell-like (ABC) subtype according to Reddy et al.¹ Furthermore, exonic mutations and RNA-altering splice site mutations (see below) in CD79B and PIM1 were associated with survival in both cohorts of Reddy et al¹ and Schmitz et al² (supplemental File 4). Taken together, these results highlight the clinical relevance of splice site mutant genes.

Next, we evaluated whether splice site mutations altered the splicing of the affected RNAs using the RNA sequencing (RNASeq) data from Reddy et al¹ and Schmitz et al.² We used the MAJIQ tool followed by manual curation (supplemental Methods).⁹ In 27 of 29 (93%) genes, at least 1 splice site mutant patient had an RNA aberration (supplemental Files 5 and 6). Furthermore, in 14 of 29 genes (48%), at least half of the splice site mutant samples in both datasets had RNA aberrations. The most frequent RNA aberration according

to a sample-by-sample analysis was intron retention (110 cases), followed by expression of the mutant splice site along with a few intronic nucleotides (94 cases), cryptic splice sites (92 cases), exon skipping (54 cases), and increased use of alternative canonical isoforms (49 cases; Figure 2; supplemental Figures 1-5). In *BCL7A*, mutations in the first splice donor site often led to the use of a cryptic splice donor site in exon 1 that resulted in a loss of 27 amino acids, as we previously reported.⁴ Overall, RNA sequencing data have allowed us to confirm the impact of splice site mutations in most affected genes. The most frequent RNA aberration affected *CD79B* (Figure 2; supplemental Figure 6), which accumulated 23 mutations in its fourth splice donor site, out of which at least 18 caused retention of intron 4 (*CD79B^{IR}*). The retained intron introduced a premature stop codon just before the immunoreceptor tyrosine-based activation motif (ITAM)-containing domain. *CD79B* and *CD79A* form dimers that, together with immunoglobulins at the B-cell membrane, constitute B-cell receptors (BCRs).¹⁰ The ITAMs of *CD79A* and *CD79B* are involved in BCR signaling and internalization. In DLBCL, the ITAMs of *CD79A* and, most frequently, *CD79B* recurrently undergo point mutations and deletions that prevent BCR internalization, increasing surface BCR levels and causing overactive oncogenic BCR signaling.^{10,11} Indeed, when we overexpressed the most frequent *CD79B^{IR}* variant in U-2932 and Ri-1 (Riva) cells, surface BCR levels increased compared with overexpression of wild-type *CD79B* or of the most frequent exonic mutation, *CD79B^{Y196H}* (Figure 1C-D; supplemental Figures 7 and 8). Furthermore, *CD79B^{IR}* and *CD79B^{Y196H}*, but not *CD79B^{WT}*, increased phosphorylation of AKT and RELA/p65 (Figure 1E displays the Western blot for U-2932 cells), suggesting an increase in oncogenic signaling via AKT and nuclear factor- κ B (Figure 1E). Importantly, mutations in *CD79B*, together with *MYD88^{L265P}*, define the “MCD” clinical subgroup, which is characterized by a poor prognosis but good response to the Bruton’s tyrosine kinase inhibitor ibrutinib.^{2,11} Primary central nervous system lymphomas harboring *CD79B^{Y196}* and *CD79B* splice site mutations show similar responses to ibrutinib, which agrees with them having similar functional consequences.¹² In addition, mutations at the fourth splice acceptor site of *CD79B* may also cause RNA aberrations,¹³ but these mutations were rare in our analyzed datasets. Taken together, our results highlight the functional relevance of splice site mutations in *CD79B* in DLBCL.

In conclusion, splice site mutations recurrently affect key DLBCL genes, such as those related with disease subtype or with patient outcome. In particular, mutations in the fourth splice donor site of *CD79B* increase surface BCR similar to the wellknown oncogenic *CD79B^{Y196}* mutations. Splice site mutations can have important clinical applications. Splice site mutant genes may be targeted by anticancer drugs, such as the recently US Food and Drug Administration–approved capmatinib, which targets MET exon 14 skipping in metastatic non–small-cell lung cancer.^{14,15} Furthermore, RNA aberrations caused by splice site mutations may generate neopeptides for immunotherapy.¹⁶ Therefore, splice site mutations may be a major source of clinically relevant alterations in cancer.

**MENCIÓN ESPECIAL AL PREMIO DE LA REAL
ACADEMIA DE MEDICINA DE SEVILLA A
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS**

**“FUNGAL MICROBIOTA DYNAMICS AND ITS
GEOGRAPHIC, AGE AND GENDER VARIABILITY
IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS”**

Publicado en la revista *Clin Microbiol Infect.* 2023, 29(4):539.e1-539.e7. doi: 10.1016/j.cmi.2022.11.001.

Autores:

– Sara Martínez-Rodríguez, Vicente Friaza, Rosa M. Girón-Moreno, Esther Quintana Gallego, Antonio Salcedo-Posadas, Joan Figuerola-Mulet, Amparo Solé-Jover, Elena Campano, Rubén Morilla, Enrique J. Calderón, Francisco J. Medrano y Carmen de la Horra.

Introduction

Cystic fibrosis (CF) is the most important severe inherited disease in the Caucasian population. It is caused by mutations in the gene that codes for the CF transmembrane conductance regulator protein that leads to the accumulation of thick mucus in the clearance, a failure in microbial clearance and predisposition to bronchial colonization by potentially pathogenic microorganisms.

The morbidity and mortality of this disease depend mainly on the state of the respiratory system. In addition, it is a progressive disease in which the likelihood of suffering any complications increases with age. Because of the improved life expectancy of patients, it is expected that the incidence and severity of these complications will increase; the most important of which is the chronic colonization of the airways by pathogens.

The impact of fungal colonization in the respiratory tract has not yet been fully elucidated; however, a growing number of evidence suggests that molds and yeasts play an important role in this process. Patients with CF are new pathogen reservoirs that will probably serve as an infection source for other susceptible individuals. Thus, we faced the need for a descriptive study that identifies fungi in patients with CF from different geographic locations.

The aims of this study were to describe the respiratory mycobiota of patients with CF; to know the dynamics of fungal colonization in time; and to evaluate the geographic, age and gender variability in the distribution of the different fungal species.

Methods

Study population

In this Spanish multicentre cohort study, all patients with CF who met the inclusion criteria and who were followed up between January and February 2011 at the Virgen del Rocío University Hospital (Seville), and between March and June 2014 at the following hospitals: La Princesa University Hospital (Madrid 1), Nino Jesús University Children's Hospital (Madrid 2) and Son~ Espases University Hospital (Mallorca) were included.

The inclusion criteria established were: (a) the previous diagnosis of CF (two confirmed CF transmembrane conductance regulator gene mutations or two consecutive positive sweat chloride tests (>60 mmol/l)); (b) patient aged >6 years; (c) informed consent signed by the patient or by their legal guardian/s; (d) clinical stability and possibility of obtaining spontaneous sputum samples; (e) absence of a concomitant diagnosis of a lung disease; and (f) absence of taking antifungal drugs in the 6 months before the initiation of the study.

Patients were followed up for 1-year period and underwent a clinical and biological examination every 3 to 6 months, obtaining spontaneous sputum following a standardized protocol in each visit, which was subsequently stored in aliquots at 20 °C. Another aliquot was sent to the Microbiology Department from each Hospital where a cellular count was performed, and only the samples with squamous epithelial cells count $<15\%$ were included in the study. Every 6 months during the study, frozen samples were sent to the laboratory of the Biomedicine Institute of Seville, where DNA extractions and PCRs were performed at the same time. Every 6 months 10% of randomly selected samples were retested, a quality control discordance $>5\%$ led to the revision of the samples evaluated during this period.

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Virgen del Rocío University Hospital (Seville, Spain).

DNA extraction

Sputum samples were mechanically disaggregated, and DNA extraction was performed using the commercial NucleoSpin Tissue kit (Machery Nagel).

Pneumocystis. jirovecii detection

P. jirovecii identification was performed using nested PCR with Bi-otaq DNA polymerase (Bioline) by amplification of the mitochondrial large subunit rRNA gene.

Fungal identification

For fungal identification, the nuclear ribosomal Internal Transcribed Spacer (ITS) sequence was amplified using semi-nested PCR with ITS-1 (50-TCCGTAGGTGAACCTGCGG-30) and ITS-4 (50-TCCTCCG CT-TATTGATATGC-30) pair of primers in the first PCR round, and ITS3 (50-GCATCGATGAAGAACGCAGC-30) and ITS-4 (50-TCCTCCGCTTAT TGATATGC-30) in the second one. The first round was conducted in 35 cycles, whereas the second round was executed in similar conditions and throughout 40 cycles.

The PCR products were resolved by 2% agarose gel electrophoresis. The bands were purified following the protocol of MEGAquick-spin™ plus Fragment DNA Purification Kit (iNtRON Biotechnology). The isolated DNA was sequenced using a BigDye Terminator v3.1-kit from Applied Biosystems and the AB3500 Genetic Analyzer (Applied Biosystems).

Sequences were processed with the Finch TV 1.4 software and were subsequently compared with the sequences included in GenBank and European Molecular Biology Laboratory (EMBL) databases using the Basic Local Alignment Search Tool (BLAST) software.

To avoid false positives due to contamination, filter pipette tips were used at all stages. DNA extraction, preparation of the reaction mixture, PCR amplification and detection were performed in different areas. Autoclaved water was employed in the PCR mixture as a PCR-negative control.

Data processing and statistical analysis

Specific computer support was designed in ACCESS for data archiving in compliance with the confidentiality and privacy standards required by the current Spanish regulations (Organic Law 3/ 2018 on the Protection of Personal Data).

The Fisher exact test was performed by IBM SPSS Statistic 25 to detect the differences between the participating hospitals and age and gender variability. A *p* value of <0.05 was considered statistically significant. Those genera for which there was only one positive pathogen sample were grouped in the category ‘minority fungi’.

Mycobiota/chronic or persistent colonization

Chronic or persistent colonization for bacteria, such as *Pseudomonas aeruginosa* is defined by the European consensus as “Presence of *P. aeruginosa*”

inosa in the bronchial tree for at least 6 months, based on at least three positive cultures with at least 1-month intervals between them". There are no similar consensuses to define persistent colonization of fungi; therefore, in our case, it has been defined as: 'Presence of a specific fungus in at least two consecutive samples in a period of 6 months'. To refer to the rest of the identified fungi we will use the term 'mycobiota'.

Results

A total of 180 samples from 45 patients were included in the present study, of which 119 (66.11%) were positive for fungi. On the other hand, 44 patients (97.8%) were positive in at least one clinical visit during the follow-up. None of the patients had a previous history of *P. jirovecii* pneumonia (PCP), nor invasive fungal disease or developed it during the follow-up. The highest rate of fungi positive samples was observed in Seville in which 60 samples were analysed and 49 (81.67%) were positive and the lowest was in Madrid 2 with a prevalence of 50% (15 fungi positive samples out of 30 were analysed). The results obtained in the different centres are shown in [Table 1](#).

Regarding the dynamics of the fungal microbiota genera, the results obtained for each patient during the follow-up are summarized in [Table 2](#). Overall, 19 (42.22%) patients were fungi positive throughout the follow-up study, being most of them (12) were from Seville. Nevertheless, only 1 (2.22%) patient remained negative for fungi throughout the entire study. During the follow-up, the rest of the patients showed an alternation of positive and negative results in different visits ([Table 3](#)).

During the follow-up, 11 patients presented with chronic colonization by fungi: 4 by *Candida albicans* (Seville), 3 by *P. jirovecii* (Seville), 1 by *Cladosporium cladosporoides* (Seville), 1 by *C. parapsilosis* (Seville), 1 by *C. tropicalis* (Madrid 1) and 1 presented concomitant chronic colonization by *P. jirovecii* and *Exophiala dermatitidis* (Madrid 1).

The overall distribution of fungal genera identified in the samples evaluated is shown in [Fig. 1](#). A total of 30 different 'operational taxonomic units' were identified, of which only their genus could be identified in 8, whereas their species were identified in the remaining 22. Sixteen fungal genera were present in the tested samples; being the most prevalent were *Candida* spp. (50/180, 27.78%) and *Pneumocystis* spp. (44/180, 24.44%).

The geographic variability of fungal genera is shown in [Fig. 2](#). The most prevalent fungal genera in all centres are *Candida* spp. and *Pneumocystis* spp. There were significant differences in the distribution of fungi genera by centres ($p < 0.05$, Fisher exact test). The genus *Scedosporium* spp. is present in Madrid but has a low prevalence in Mallorca, and it is not detected in Seville. The genus *Cladosporium* spp. has high prevalence

in Seville but low frequency in Mallorca and does not appear in Madrid. For its part, the genus *Exophiala* spp. is present in Madrid and Mallorca but not in Seville.

There were significant differences in the distribution of fungi genera by age (non-adults aged 6e17 years vs. adults aged 18 years; $p < 0.05$, Fisher exact test) being *Candida* spp. and *Pneumocystis* spp. the most frequent in both groups (please see supplementary material) (Fig. S1), *Exophiala* spp. is only found in adults, whereas the *Saccharomyces* spp. genus only appears in a low proportion in patients between 6 and 17 years old but it is not found in adults. Besides, there were also significant differences in the distribution of fungi genera by gender ($p < 0.05$, Fisher exact test). *Aspergillus* spp. and *Exophiala* spp. only appear in a low proportion among women whereas *Candida* spp. is more common among men.

Discussion

In the present study, the respiratory mycobiota dynamics and its age, geographic and gender variability in patients with CF were described. Sixteen different genera of fungi were identified, observing a high prevalence of fungal microbiota (66.11%) in the sputum of these patients. This is not entirely consistent with the findings of previous studies. As an example, Delhaes et al. found 100% fungal colonization when analysing eight samples from four patients with CF, whereas Kramer et al. found that 89% of 72 samples were positive for fungus. The non-coincidence of the colonization rates between our study and others performed earlier may be due to the low number of samples used in previous studies, which could have overestimated these rates.

Although ITS-PCR is the most used test for fungal identification, *P. jirovecii* only presents one copy of this gene, that is why the sensitivity of this technique is reduced for this fungus. Because of this, for the identification of *Pneumocystis*, a mitochondrial large subunit rRNA gene PCR is assessed. Otherwise, the knowledge of the presence of *Pneumocystis* in samples from patients with CF is especially important owing to the impact it has on the lung pathophysiology. It is well known that *P. jirovecii* causes severe pneumonia in immunocompromised patients called *Pneumocystis pneumonia* (PCP). Nonetheless, *Pneumocystis* infections can manifest in different ways, with PCP being a small part of them. Moreover, *Pneumocystis* can colonize both immunocompromised and immunocompetent patients with underlying lung diseases without signs or symptoms of acute pneumonia; nevertheless, it has been suggested that *P. jirovecii* could be a morbidity cofactor. In addition, it may be involved in the development or transmission of disease acting like a reservoir.

It is worth mentioning that in the present study the overall rate of colonization by *P. jirovecii* (44/180, 24.44%) was similar to that obtained

in previous studies conducted in Spain (21.5%) and higher than that obtained in other European countries, such as Germany (7.4%) or France (1.3%) in Brest, 3.5% in Rennes and 12.5% in a multicentre study or the United Kingdom (8.1%), but lower than that obtained in Brazil (38.2%). Given that the highest prevalence is found in warm countries, these findings suggest that the geographic variability of this pathogen could be related to climatic factors, as it has been described in some studies for PCP, although others show discrepant results

Additionally, the distribution of the different genera of fungi was different in the three locations studied, reporting the existence of geographic variability in adults with CF. The hospitals with the highest number of genera identified were located in Seville and Mallorca.

The predominant genus along with *Pneumocystis* spp. was *Candida* spp. Although, Madrid has a high prevalence of *Scedosporium* spp., in the Sevilla Hospital this genus does not appear. In contrast, *Cladosporium* spp. genus is much more present in the hospital of Seville, whereas in Madrid it hardly ever appears, and it is relegated to non-adult patients. Additionally, the genus *Exophiala* spp. seems to be relevant in hospitals located in Madrid and Mallorca and is not observed in Seville.

Furthermore, in agreement with what was previously described, there are clearance and reinfection cycles for *P. jirovecii*. In our study, this condition is extended to the rest of fungi that are only present in some samples of each patient, alternating negative and positive samples over time in most of them.

Eleven of the patients presented chronic colonization by fungi: 4 by *C. albicans*, 3 by *P. jirovecii*, 1 by *Cladosporium cladosporioides*, 1 by *C. parapsilosis*, 1 by *C. tropicalis* and 1 presented concomitant chronic colonization by *P. jirovecii* and *Exophiala dermatitidis*.

Candida spp. colonization is very common in patients with CF. Usually, *Candida* spp. does not seem to cause pulmonary exacerbations; however, a recent retrospective analysis revealed that colonization by *C. albicans* was associated with a decline in lung function. The roles of *C. parapsilosis* and *C. tropicalis* in this disease are not yet clarified. The low prevalence of *Aspergillus* spp. observed in our study is striking, a finding that could be related to the low sensitivity of using only the ITS gene to detect this fungus.

Meanwhile, only 1 (2.22%) patient remained negative for fungi throughout the entire study. It is important to highlight that only 2 of 5 expected samples could be obtained from this patient, which could be indicating an improvement in the progression of the disease and the clearance of pulmonary microorganisms.

Interestingly, in our study fungi are geographically distributed according to a criterion that is still unknown, but could be related to climate or a preferred habitat that favours the local spread of some fungal genera.

Furthermore, in agreement with what was previously described, there are clearance and reinfection cycles for *P. jirovecii*. In our study, this condition is extended to the rest of fungi that are only present in some samples of each patient, alternating negative and positive samples over time in most of them.

Eleven of the patients presented chronic colonization by fungi: 4 by *C. albicans*, 3 by *P. jirovecii*, 1 by *Cladosporium cladosporioides*, 1 by *C. parapsilosis*, 1 by *C. tropicalis* and 1 presented concomitant chronic colonization by *P. jirovecii* and *Exophiala dermatitidis*.

Candida spp. colonization is very common in patients with CF. Usually, *Candida* spp. does not seem to cause pulmonary exacerbations; however, a recent retrospective analysis revealed that colonization by *C. albicans* was associated with a decline in lung function. The roles of *C. parapsilosis* and *C. tropicalis* in this disease are not yet clarified. The low prevalence of *Aspergillus* spp. observed in our study is striking, a finding that could be related to the low sensitivity of using only the ITS gene to detect this fungus.

Meanwhile, only 1 (2.22%) patient remained negative for fungi throughout the entire study. It is important to highlight that only 2 of 5 expected samples could be obtained from this patient, which could be indicating an improvement in the progression of the disease and the clearance of pulmonary microorganisms.

Interestingly, in our study fungi are geographically distributed according to a criterion that is still unknown, but could be related to climate or a preferred habitat that favours the local spread of some fungal genera.

Another novel aspect of our study is the finding that what is observed for the bacterial microbiota is also true for the distribution of fungi: the fungal microbiota changes significantly with age in patients with CF. Although the main fungi, such as *Candida* spp. and *Pneumocystis* spp., predominate in both adults and nonadult patients, others like *Exophiala* spp. are specific to adults like previously reported, whereas *Saccharomyces* spp. is only found in the non-adult population.

On the other hand, we have also found a different distribution of fungi by gender, not previously described, especially of uncertain origin and significance. However, we hypothesize that it could be because of a different susceptibility because of certain characteristics of the host linked to sex.

The present study had some limitations. Regarding the type of sample, sputum is not considered the most representative sample of the lung

microbiota, whose reference standard, is bronchoalveolar lavage. Sputum is frequently used in epidemiological studies of the lung microbiota in subjects with pulmonary affections because of its null invasiveness. Another limitation is that those samples from Virgen del Rocío University Hospital, previously analysed, are asynchronous regarding the samples from other participating hospitals.

The cohort design that allows the sequential evaluation of patients and the number of subjects and samples analysed, being much higher than those previously described in the literature, is a remarkable strength that increases the validity of the results obtained.

It is now evident that lung bacterial colonization has an important impact on the evolution of CF. In the present study, we have been able to demonstrate the existence of a high prevalence of fungal respiratory microbiota in patients with CF, whose dynamics are characterized by the existence of multiple cycles of clearance and recolonization, reporting the existence of geographic, age and gender variability in the distribution of fungal genera in this disease. Further larger prospective studies are required to confirm these findings and define their clinical relevance.

Author contributions

S.M.R., V.F., F.J.M., A.S.J., E.J.C. and C.H. conceived and designed the research. R.M.G.M., E.Q., A.S.P. and N.B. collected the samples and followed up the patients. S.M.R., V.F., E.C., R.M. and C.H. analysed the samples. S.M.R. wrote the initial draft of the manuscript. V.F., F.J.M., E.J.C. and C.H. contributed to the development of the study and data interpretation. All authors reviewed and approved the final version of the manuscript. S.M.R. and V.F. are joint first authors.

**PREMIO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SOBRE
UN TEMA DE MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA O
ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS**

**“TERAPIA DE CÉLULAS MESENQUIMALES
EN REGENERACIÓN DEL CARTÍLAGO
ARTICULAR”**

Autor: José María López-Puerta González.

1.- INTRODUCCIÓN

Las lesiones condrales han sido históricamente un problema de muy difícil solución.

La enfermedad degenerativa del cartílago articular, denominada genéricamente artrosis, es un proceso de evolución irreversible hacia la insuficiencia articular.

La artrosis es el resultado de un conjunto de cambios mecánicos y eventos biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la degradación y la síntesis normales del cartílago articular, la matriz extracelular y el hueso subcondral. Los conocimientos acerca de la fisiopatología de la artrosis han progresado de manera considerable, pasándose de un enfoque puramente mecanicista a un enfoque molecular e inflamatorio que considera que el cartílago, la membrana sinovial y el hueso subcondral contribuyen en la remodelación de la articulación. El cartílago articular cubre los extremos de los huesos que forman las articulaciones diartrodiales, y funciona como un lubricante y un amortiguador. Histológicamente, es un tejido de cartílago hialino, sin aporte vascular, nervioso ni linfático, propiedades que pueden condicionar su baja capacidad intrínseca de curación. Está constituido por una densa matriz extracelular, y un número relativamente bajo de células progenitoras. Los condrocitos son los elementos vivos de este tejido. Ocupan aproximadamente un 10% del volumen tisular normal. Son células de origen mesenquimal, metabólicamente muy activas, responsables de la formación, mantenimiento y reparación de la matriz tisular extracelular en la que se encuentran inmersos.

El cartílago que se repara espontáneamente lo hace de manera anómala: con la formación de un tipo de colágeno inapropiado (tipo I), un bajo contenido en proteoglicanos y una disposición anormal de las células. Estas razones, entre otras, pueden ser la causa de que el nuevo cartílago formado tenga unas propiedades mecánicas inferiores al original.

No existe respuesta inflamatoria al daño tisular y por lo tanto no se producirá la invasión macrofágica para fagocitar y eliminar el tejido desvitalizado ni la migración de células con capacidad reparadora dentro del área lesionada. Las lesiones del cartílago articular conllevan la pérdida de macromoléculas, la rotura de la matriz cartilaginosa y, finalmente, la rotura de la matriz ósea, tres pasos de un mismo proceso y muy prácticas de recordar a la hora de plantear el tratamiento.

Las lesiones condrales no se solventan por sí mismas (Hunter 1743) y cuando el tamaño del defecto del cartílago excede 2-4 mm de diámetro, rara vez se cura en ausencia de tratamiento, progresando con el tiempo a una osteoartrosis

La simple reparación supone el relleno con un tejido no idéntico, la resolución más adecuada de una lesión condral debería implicar la regeneración con un tejido idéntico al cartílago hialino. que debería ser capaz de sellar el área defectuosa con una buena adhesión al hueso subcondral y una completa integración al cartílago circundante, así como de resistir el desgaste mecánico con el paso del tiempo e incluirse gradualmente en el recambio natural del tejido normal.

Muchos métodos se han desarrollado en un intento para reparar defectos del cartílago articular. Actualmente, no existe una técnica clínica satisfactoria para la reparación de las lesiones del cartílago, el estándar de intervención quirúrgica para la etapa terminal de la patología degenerativa articular es el reemplazo total de la articulación. En fases tempranas de lesiones del cartílago sintomáticos se utilizan técnicas de estimulación de la médula ósea, en las que se rompe el hueso subcondral, para facilitar la reparación del cartílago a partir de células y citocinas derivadas de médula ósea, mediante: perforaciones múltiples, abrasiones, y microfracturas. Otras técnicas utilizadas sin estímulo de médula ósea son, el aloinjerto osteocondral, la mosaicoplastia y el uso de tejido perióstico o pericondrial. Sin embargo, todas estas técnicas poseen desventajas, dan lugar a la formación de un fibrocartílago de reparación sin integración en el tejido circundante y el resultado a largo plazo es la degeneración del cartílago, incluyendo la fibrosis y calcificación.

Con estos procedimientos, los defectos del cartílago son a menudo reparados con fibrocartílago, que se sabe que es biomecánicamente y bioquímicamente diferente al cartílago hialino normal y este tejido se somete posteriormente a degeneración. En los últimos años, la implantación de condrocitos autólogos (ACI), basado en la implantación de una membrana

de periostio y condrocitos autólogos expandidos o recientemente utilizando una membrana de colágeno en sustitución de la de periostio (MACI) ha sido ampliamente utilizado y satisfacen parcialmente la reparación del cartílago. Sin embargo, ACI y MACI requiere la eliminación de cartílago sano y está limitado por el tamaño del defecto del cartílago. Además, el procedimiento es costoso y complejo. Teniendo presente la posibilidad de dediferenciación de los condrocitos a un fenotipo similar al fibroblasto durante la expansión lo que condicionará su capacidad de formar cartílago ectópico y podría contribuir a que el cartílago obtenido sea tejido fibroso en vez de hialino.

En resumen, ninguna de las técnicas desarrolladas, consiguen la regeneración de las lesiones cartilaginosas, de aquí que surge el planteamiento de utilizar las MSCs como herramienta terapéutica, basadas en su plasticidad y su capacidad de autorrenovación. Esto nos proporciona base conceptual útil para investigar la eficacia condro-reparadora de células de MO capacitadas *in vitro* por un método de capacitación osteo-condrogénico y su posterior transferencia a lesiones condrales.

La ingeniería de tejidos representa uno de los tratamientos alternativos más prometedores para los defectos del cartílago articular.

Como la célula para la ingeniería de tejidos de cartílago, células madre mesenquimales (MSC), pueden obtenerse fácilmente a partir de la médula ósea, proliferan en cultivo hasta obtener cantidades apropiadas y muestran una capacidad de diferenciación multipotenciales que permite el desarrollo a lo largo del linaje condrogénico. Las MSC constituyen una herramienta potencial para reparar tejidos eludiendo problemas relacionados con el rechazo inmunitario del alotrasplante y el conflicto ético del uso de células madre embrionaria.

El objetivo de este estudio fue realizar un ensayo experimental para analizar la eficacia de un nuevo sistema de capacitación celular en la reparación de las lesiones osteocondrales. Evaluando, mediante un estudio prospectivo, la eficacia condrorreparadora de las células mesenquimales, procedentes de MO, capacitadas *in vitro*, tras su implantación en las lesiones condrales articulares.

2.-MATERIAL Y METODO

2.1.Animales-Diseño de los Grupos Experimentales

Fueron utilizados un total de 36 animales, modelo conejos hembras nulíparas, de la variedad new Zealand (Charles River, Francia), con un peso medio de 4 Kg y un rango de edad desde 13-15 semanas. Los animales fueron tratados de acuerdo a las normas de la legislación internacional para experimentación animal (86/609/CEE). El abordaje experimental se llevó a cabo en la rodilla del conejo. Se realizo un defecto en el cóndilo medial de

la rodilla derecha, en zona de carga con una medida de 3x3 mm, a la vez se utilizaba el cóndilo medial de la rodilla izquierda como grupo control. Se dividen en tres grupos, A el grupo control donde los defectos provocados no reciben ningún tratamiento (n= 12), el grupo B donde el defecto de la rodilla derecha recibe tratamiento con células mesenquimales autólogas (B1), en fase de cultivo P1 sin condroinducir (n= 12) y la rodilla izquierda el defecto recibe la implantación de la membrana sin células (B2) con el fin de evaluar la influencia de la misma en la reparación osteocondral (n= 12) y el grupo C, que reciben en la lesión de la rodilla dcha la membrana con células mesenquimales autologas prediferenciadas (C1) *in vitro* (n= 12) y en la rodilla izquierda reciben la membrana transportadora de colágeno sin células(C2) (n= 12).

Se realizan 3 periodos ventanas a las 4, 12 y 24 semanas, donde se sacrifican 3 animales de cada grupo a las 4 y 12 semanas y 6 animales por grupo a las 24 semanas.

2.2 Aislamiento y Cultivo de Células Madres Mesenquimales

La médula ósea (MO) se obtiene por punción y aspirado en la cresta ilíaca utilizando un *abocath* y aguja de 18G, en torno a 4 ml en presencia de 1 ml de heparina. Las células obtenidas se lavan 2 veces en medio de cultivo DMEM no suplementado, se centrifugaron y el pellet se resuspende con medio de cultivo completo (DMEM, 10% FCS, 1.5% de L-glutamina, 1% P/S y 0.5% anfotericina B) y se cultivan en frascos FT75 (Nalgene Nunc Int., EEUU) bajo condiciones estándar, atmósfera con 95% aire y 5% CO₂, a 37°C de temperatura y 100% de humedad relativa. A los 4 días se realiza el primer cambio de medio para eliminar las células no adheridas, y a partir de aquí, los cambios de medio se realizan cada 3 días hasta un total de 10 días a pase de cultivo 0 (p0), con el fin de obtener una confluencia del 80-90%. A continuación, las células se tripsinizan (0.025% de tripsina, Sigma), recuentan y resiembran a pase 1 (p1) de cultivo en frascos de cultivo FT75, a una densidad de 1x10³ células/cm². En este momento, se guardan varios viales congelados para posterior estudio, utilizando DMSO al 5% en medio completo y una densidad de 1x10⁶ células/ml. Tras otros 7 días de cultivo, se recogen las células y se cuentan en un hemocitómetro, a fin de calcular el número total de células obtenidas.

2.3 Estudios Diferenciación Celular *in vitro* y caracterización de las MSCs

Para evaluar la pluripotencialidad de las células aisladas se realiza el análisis *in vitro* de las MSCs hacia el linaje condrogénico, osteogénico y adipogénico. Con el fin de complementar los estudios *in vitro* sobre la multipotencialidad de las células aisladas, se procedió a analizar la diferenciación de las MSCs *in vivo*, realizando implantes ectópicos de las mismas en 2 ratones inmunodeficientes (cepa C.B-17/Icr-

Prkdc^{scid}/IrlcoCrl, Charles River).

Para caracterizar fenotípicamente las MSCs, las muestras son analizadas en un citómetro de flujo MoFlo SP1338 (DakoCytomation, Dinamarca) siguiendo un amplio panel de anti-CDs. para certificar el perfil fenotípico de las células obtenidas, debiendo constatar, al menos, los siguientes: positivas a CD13, CD29, CD44, CD71, CD90, CD105, CD271 y Stro1 (R & D Systems, Minneapolis, MN, EE.UU.); y negativas a CD34 y CD45 (Miltenyi Biotech). Las células son cerradas en dispersión frontal y lateral para excluir los desechos celulares y agregados, y las células muertas son excluidas mediante la tinción 7-aminoactinomicina D.

2.4 Preparación del Implante

El transportador, está formado por fibras de colágeno I y III de propiedades bifásicas, dispuestas de tal forma que, en la cara superior (cara al espacio sinovial), aparecen entrelazadas de forma más tupida y en la inferior (cara a las paredes y suelo de la lesión osteocondral) más laxas, dejando un espacio medio de 250 micras, donde anidan el 83% de las células adsorbidas.). (Fig.1)

Una vez que los cultivos de MSCs en p1 alcanzaron una semiconfluencia del 70%, las células son despegadas de los frascos, lavadas y contadas en un hemocitómetro. A continuación, se toma la membrana colagénica bifásica estéril se corta a 4 mm² (1 mm² por encima del tamaño de la lesión), y se sumerge en un tubo de polipropileno 12x75 mm, en presencia de medio de cultivo, se procede a la fijación de las células con 1 ml de glutaraldehído al 2% durante 1 hora a 4 °C. Las membranas, quedan de esta forma preparadas para ser implantadas, en los distintos grupos experimentales.

2.5 Procedimiento Quirúrgico

Se emplea anestesia general y sedación. Ambas rodillas son preparadas para la cirugía, dado que en cada animal se usan las dos, la izquierda como control de la membrana sin células y la derecha como situación experimental.

El defecto obtenido en el cartílago se lava con suero fisiológico, quedando de esta forma preparado para recibir el producto de implantación. (Fig.2 y 3)

En la rodilla derecha (situación experimental) se implanta la membrana colagénica acompañada de las células, a una densidad de 2x10⁶ y adsorbidas al biomaterial por vacío. En el grupo B, portando células mesenquimales a pase de cultivo P1 y en el grupo C, portando las células prediferenciadas, mediante un cultivo en medio condrogénico de 3 días que le otorga un pulso de inicio al cultivo condrogénico. El implante se coloca por *press-fit*, tapando la lesión osteocondral provocada, con lo que evitamos utilizar ningún pegamento o sutura.

2.6 Procesado Histológico

Una vez cumplidos los tiempos previstos para cada grupo, se procede al sacrificio de los animales.

Los implantes extraídos de los animales se fijan por inmersión en Bouin, paraformaldehído 4% (PF 4%) y/o formalina neutra tamponada 10% (BNF 10%). Tras la fijación se descalcifican con Decalcifier-IIâ en agitación durante 5 a 10 días, realizándose cambios cada 24 horas.

Las secciones son teñidas con Hematoxilina-eosina, Picrosirio-Hematoxilina (PSH) de Mayer, Azul de Tolouidina, Tricromico de Goldner, Azul Alciano y Safranina O-*fast Green*.

2.7 Inmunohistoquímica

Se realizan también inmunotinciones con los anticuerpos policlonales anti-colágeno tipo I, II y X.

2.8 Análisis estadístico

La escala histológica de valoración cuantitativa de reparación del cartílago articular elaborada por Pineda et al. es utilizada para la evaluación de las preparaciones obtenidas. Los parámetros evaluados, con carácter de variables cuantitativas se introdujeron en el programa informático-estadístico SPSS para Windows, en el análisis de los datos se utiliza *VassarStats* (*Website for Statistical Computation*: <http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.html>). Realizándose un análisis de los datos medidos por una variable cuantitativa continua, estableciendo las diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$ cuando se trata de detectar diferencias entre tres o más poblaciones muestrales (prueba de Kruskal-Wallis) y el nivel de significación se ajustó a $p < 0.01667$ para la prueba de U Mann Whitney, con la corrección de Bonferroni, para diferencias entre las variables analizadas por pares de categorías.

3.- RESULTADOS Y DISCUSION

El objetivo principal, fue desarrollar métodos eficientes para la regeneración de los defectos del cartílago articular en la clínica. Este estudio demostró que una bicapa tridimensional bifásica de colágeno tipo I y III, en combinación con las MSC alogénicas constituía un éxito en la reconstrucción de los defectos del cartílago articular.

En observación histológica en el grupo control sin tratamiento (Grupo A), en ninguna de las preparaciones analizadas se apreció formación de tejido cartilaginoso, el tejido neoformado era de aspecto e histología fibrosa, con ausencia de condrocitos y presencia de fibroblastos, sin adoptar las características del cartílago hialino, no hubo matriz metacromática, en las series de sacrificio a las 12 y 24 semanas lo que apreciábamos es la presencia de un patrón histológico de granuloma evolucionado. En el grupo con MSCs en fase de cultivo p1 sin condroinducir (Grupo B1), vimos que tiene lugar un relleno completo del defecto, con matriz

metacromática en la que se embeben células similares a los condrocitos, el hueso subcondral se regeneró gradualmente y la línea tidemark se restablecía a su posición natural.

La tinción con safranina O/*Fast green* es normal, con una similitud al tejido cartilaginoso circundante sano. A microscopía óptica, se apreció tejido cartilaginoso con superficie regular, células redondeadas con citoplasma bien diferenciado y una intensa tinción para proteoglicanos a nivel de la matriz condroide. Se apreció una disposición de condrocitos paralelas a la superficie en las capas superiores, con una ordenación alineada en la profunda. El grosor alcanzado en el cartílago regenerado es igual que el habitual en el sano, así como su integración en él y la reparación del hueso subcondral fueron una constante en todas las series analizadas.

En el grupo de MSCs en fase de cultivo p1 condroinducidas (Grupo C1), histológicamente se observa la formación de un fibrocartílago con una matriz cartilaginosa pobre, a la vez que se confirma que los bordes de la lesión no están soldados con el cartílago sano circundante. En la tinción con safranina se muestra un tejido fibrocartilaginoso con una superficie irregular y una tinción inconstante para proteoglicanos. El condrocito muestra una morfología atípica y sigue existiendo una recuperación de la zona subcondral. (Fig. 4)

La valoración macroscópica vemos en el grupo de reparación espontánea, Grupo A, la úlcera condral fue claramente visible macroscópicamente en todos los especímenes, independientemente de su tiempo de seguimiento, permaneciendo la lesión sin cubrir en la serie a las 4 semanas, La alteración morfológica de los cóndilos femorales fue más marcada que cuando el seguimiento fue más largo, con presencia de reacción osteofitaria, mostrando el cartílago remanente alteraciones degenerativas a partir de las 12 y 24 semanas. En el Grupo B1, correspondiente a las lesiones tratadas con MSCs autólogas sin preferenciar *in vitro* (fase de cultivo p1), tras 24 semanas de implante se obtuvo una lesión regenerada con un tejido de aspecto nacarado rosáceo brillante, que cubre completamente la lesión y con bordes integrados al cartílago sano circundante. La morfología de la rodilla es normal, no hay fibrosis, osteofitos ni lesiones degenerativas; la úlcera no es visible y el aspecto macroscópico es, por tanto normal e integrado en el resto del tejido cartilaginoso nativo.

En el Grupo C1, donde la lesión fue tratada con MSCs autólogas preferenciadas *in vitro* hacia el linaje condrogénico, tras 24 semanas de implante se observó que el defecto aparecía cubierto por un tejido de color blanquecino con ausencia de unión en los bordes al tejido circundante. No hubo alteración macroscópica de la rodilla ni artrofibrosis alguna, la morfología del cóndilo fue normal, con una restauración de la úlcera condral. (Fig.5)

El efecto de la reparación en el grupo de la membrana de colágeno cargada con MSC fue superior, desde un punto de vista histológico, que los defectos tratados con transportador de colágeno solo, De igual forma los resultados obtenidos con el uso de MSC indiferenciadas fue superior al obte-

nido con las MSC prediferenciadas, si bien ambas conseguían reparación del defecto, no era similar la integración con el tejido adyacente ni la reposición de la línea subcondral, características que se vieron superiores en el grupo de MSC indiferenciadas.

El primer trasplante de cartílago se atribuye a Bert en 1865 y hasta nuestra fecha son numerosos los procedimientos terapéuticos utilizados como la microfractura, artroplastia por abrasión, trasplante de condrocitos, injertos de pericondrio y periostio, aloinjertos e injertos osteocondrales, sin conseguir la restauración total de las características originales del cartílago articular tras sufrir el daño o lesión. Jakobsen y cols. evaluaron la calidad y los resultados de 69 estudios clínicos de reparación de cartílago usando microfractura, trasplante osteocondral autólogo (mosaicoplastia) y trasplante perióstico autólogo o ACI. En todas las series, los tejidos obtenidos eran fibrocartílago sin apreciarse integración del mismo con el cartílago sano circundante, presentando problemas inherentes, quedando así pacientes con lesiones de cartílago tratadas de modo insuficiente e insatisfactoria.

En el presente trabajo se probó el uso de MSC y MSC condroinducidas en un modelo animal que podrían imitar a la lesión osteocondral humana y la reparación del cartílago, y se encontró que la condroinducción de las MSC no mejoró el proceso de reparación, respecto a las MSC no condroinducidas.

La restauración del hueso subcondral se observó con ambos tipos de implante celular, pero la restauración era más completa en la indiferenciada que en la condroinducida (implante diferenciado).

Nos planteamos si la presencia de una fracción de las MSC que conserve las características de células madre estaba presente en nuestros implantes sin condroinducir, y esta fracción fuera responsable de la mayor restauración de la unión osteocondral

Cuanto más diferenciadas están las MSCs, menos capacidad para regenerar el hueso subcondral presentan que las células indiferenciadas o no condroinducidas.

En nuestro modelo animal, la mayoría de los implantes MSCs condroinducidas producían fibrocartílago en lugar del cartílago hialino normal visto en las superficies articulares. En contraste, Ho y cols. utilizando un transportador bifásico con células MSC y diferentes soportes encontró sólo una baja incidencia de fibrocartílago. Sin embargo, el tejido de reparación no se parecía al cartílago normal adyacente, y los implantes mostraron diversos grados de integración con la región circundante. Cosa que en nuestro grupo experimental sucede con los implantes celulares condroinducidos donde no solo es más pobre la reparación de la unión osteocondral (reparación de la línea de tidemark) sino que la integración de ambos bordes de la lesión al tejido sano adyacente es más pobre, encontrándose en ocasiones la integración de un solo borde, sin

embargo en el grupo de células sin condroinducir en la serie de sacrificio de las 24 semanas no solo observamos la recuperación de la unión osteocondral sino también la integración de ambos bordes al cartílago adyacente.

El hecho de que las MSCs prediferenciadas produjeran principalmente fibrocartílago es un resultado no del todo satisfactorio; sin embargo, tanto las MSCs diferenciadas como las MSCs indiferenciadas produjeron la reparación del cartílago mejor que la reparación llevada a cabo por los otros dos grupos control (grupo de reparación espontánea y grupo con transportador sin células).

Otro factor que puede haber influido en nuestros resultados, a diferencias de otros trabajos aquí analizados, puede ser el que los animales no tuvieran periodo ninguno de inmovilización, de modo similar a la técnica llevada a cabo por Liu donde apreció que la utilización de la estimulación mecánica con movimiento pasivo continuo (CPM) puede beneficiar a la regeneración del cartílago. Esta técnica que se puede lograr en los seres humanos, no es fácil llevar a cabo en los modelos animales. Liu, ha realizado recientemente un ensayo clínico en humanos con MSCs diferenciadas con TGF- β para el tratamiento de la ingeniería tisular de los defectos del cartílago y los resultados humanos parecen mejores que los observados en el modelo animal, y esto puede ser debido a la rehabilitación postoperatoria y uso de CPM.

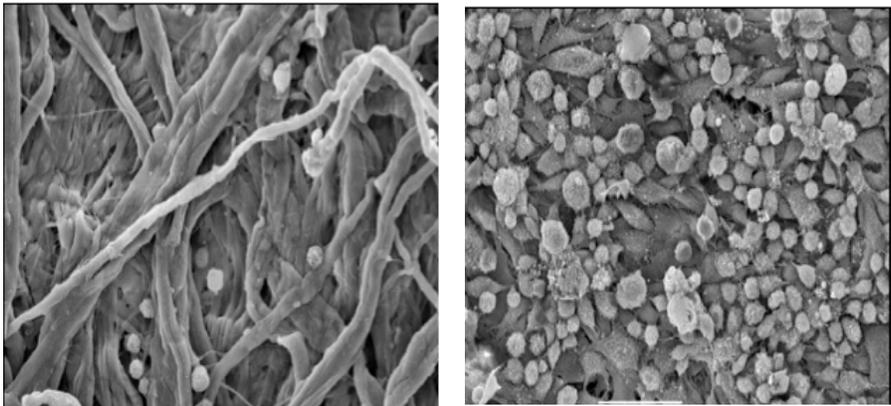
El potencial de diferenciación celular, incluida la diferenciación condrogénica, de las MSCs de origen medular ha sido ampliamente documentado, de modo que la MO constituye la fuente celular clásica de las MSCs. Esta capacidad de diferenciación múltiple de las MSCs desaparece durante el cultivo *in vitro* en relación al número de divisiones celulares, de modo que, con el número de subcultivos, se pierden progresiva y secuencialmente las capacidades osteogénicas, condrogénica y adipogénica. En nuestro caso, se ha utilizado MSCs en fase de cultivo p1, observando en todos los casos la diferenciación de la población celular aislada.

En base a las evaluaciones histológicas, el tratamiento con MSC indiferenciada o no condroinducidas mostró mejores resultados que el tratamiento con MSC diferenciada; constatando que las diferencias halladas eran estadísticamente significativas, y ambos tipos de implante celular mostraron mejores resultados que los tratamientos que no utilizaron MSC. La ingeniería de tejidos, ya sea utilizando MSCs sin condroinducir o MSCs condroinducidas, muestra potencial para la sustitución y reparación del cartílago en nuestro modelo animal. Todo ello sugiere que, para lograr un uso clínico de MSCs eficaz en el tratamiento de defectos focales de CA, es preciso determinar una población celular de MSCs que presente las mejores condiciones para la regeneración que se le pretende. Nuestros resultados indican que esa circunstancia la representan las MSCs sin prediferenciar, en un fase de cultivo temprano, preferentemente p1

Por otra parte, la osteoartritis (OA) se asocia con la inflamación progresiva y a menudo graves. Las MSC no sólo tiene la capacidad de contribuir estruc-

turalmente a la reparación de tejidos, como hemos visto hasta aquí, sino que también posee un carácter inmunomodulador potente y efectos antiinflamatorios

En conclusión, la lesión tratada con células precondrocíticas presenta una mezcla heterogénea y sin orden de células y MEC en la región de reparación, con importantes elementos de nueva formación, pero predominando todavía la formación de tejido fibroso con pobre formación de matriz y esa misma lesión osteocondral de tamaño crítico, en el cartílago articular de rodilla de conejo, experimenta una regeneración completa y de aspecto equivalente al cartílago sano, en cuanto a los perfiles celulares y aspecto de la MEC, con integración en el cartílago circundante, cuando se la trata con un implante de MSCs procedentes de MO, en p1 sin prediferenciar.(Lamina1)



*Fig. 1 Imagen MEB (180x) de la membrana bifásica por ambas caras
A) cara superior; B) cara inferior, tras la adsorción celular por vacío e incubación de 1 hora.*



Fig.2 Imagen del cóndilo femoral tras provocar la lesión condral de 3x3 mm.

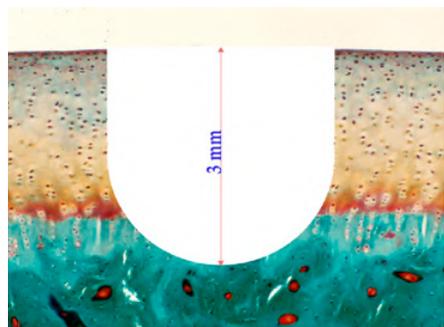


Fig. 3 Modelo de lesión focal osteocondral de tamaño crítico. Perforación de 3x3 mm en el cóndilo femoral de la rodilla del conejo. Tinción Safranina-fast Green (color naranja, franja superior del cartílago; color verde, franja inferior del hueso subcondral. Barra 500 μ m.

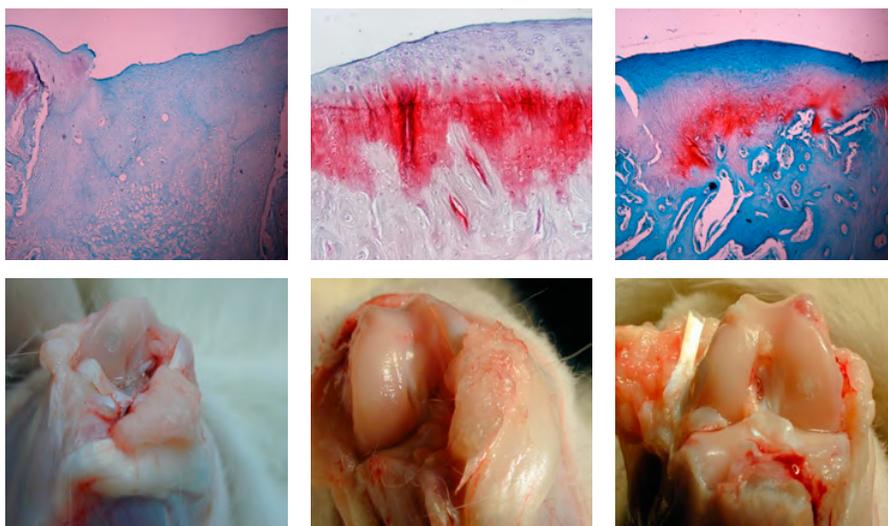
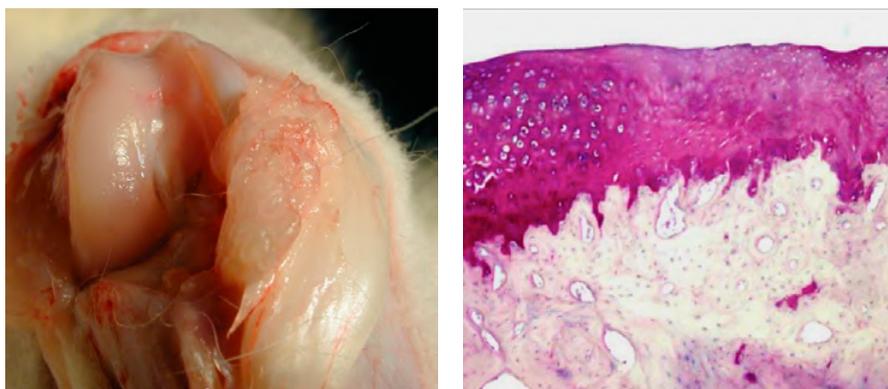


Fig. 4 y 5 Aspecto Histológico y macroscópico del cóndilo femoral del grupo A (control), Grupo B1 (MSCs sin prediferenciar) Grupo C1 (MSCs preinducidas)



LAMINA 1. Aspecto macroscópico de cóndilo femoral e histología correspondiente del Grupo B1 (MSCs sin condroinducir). 24 semanas. Tinción hematoxilina-eosina. Barra x 100 μ m

**PREMIO DEL REAL E ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE MÉDICOS DE SEVILLA, AL AUTOR
DEL MEJOR TRABAJO PRESENTADO SOBRE
MEDICINA, CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES**

**“ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN
UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS:
IMPACTO EN SALUD Y PERCEPCIÓN DE LOS
PROFESIONALES IMPLICADOS”**

Autora: Pilar Retamal Gentil

INTRODUCCIÓN:

Antibióterapia al final de la vida: antecedentes del tema a estudio

El uso de antibióticos al final de la vida es bastante frecuente (1). *Marra et al. 2021* analizaron en una revisión sistemática el uso de antimicrobianos en pacientes al final de la vida incluyendo 72 artículos. Cuando se analizaba la relación del uso de antimicrobianos diferenciando aquellos en tratamiento por una Unidades Cuidados Paliativos (UCP), los pacientes en tratamiento por estas unidades recibían antibióticos con más frecuencias que aquellos al cuidado de otras unidades (odds ratio, 1.73; 95% CI, 1.02-2.93) (2).

Los pacientes ingresados en situación paliativa frecuentemente presentan cuadros infecciosos abigarrados, en ocasiones originados por microorganismos multirresistentes. A pesar de ello, la mayoría de las prescripciones antibióticas utilizadas se guían en función del control de síntomas en lugar de la resolución de la posible infección. Es necesario acordar pautas de consenso en relación al uso de antimicrobianos en estos pacientes para que los beneficios derivados de su uso superen el potencial daño generado del uso innecesario e inadecuado de antibióticos (3). Las guías de buenas prácticas clínicas a este respecto coinciden en tres áreas: debe hacerse un plan compartido de cuidados y tratamientos contando con la opinión de todos los profesionales implicados, el paciente y las familias; deben definirse bien los objetivos a alcanzar con el tratamiento; debe revisarse diariamente si el antibiótico prescrito se ajusta al plan y

los objetivos terapéuticos establecidos (4). La inclusión de un plan de desescalada o interrupción ofrece también la oportunidad de evitar día de antibióticos innecesarios (5). Estas medidas deben implementarse para asegurar un buen tratamiento del paciente al final de su vida y evitar tratamientos fútiles.

Conflictos éticos planteados en relación a la antibioterapia al final de la vida (6-7):

Desde el punto de vista de la bioética el uso de antibióticos en estos pacientes está frecuentemente justificado. Describimos brevemente en base a los principios de la bioética los conflictos éticos que pueden explorarse en el desarrollo de este proyecto.

Beneficiencia: el bien que hago con los antibióticos. En relación al principio de beneficencia se explica su indicación dirigida al control de síntomas. También se plantea su beneficio en el tratamiento de la sepsis, cuando el paciente aún no está en situación de últimos días. La sepsis es un proceso agudo reversible. Hay situación en pacientes paliativos con expectativas vitales de supervivencia de varias semanas o meses donde el tratamiento de la sepsis pudiera estar totalmente justificado.

No-maleficencia: el daño que hago con los antibióticos. El deber de no-maleficencia se formula en términos negativos, como prohibición de producir (intencionada o imprudentemente), daño a otros. El contenido del principio de no-maleficencia suele estar amparado por prescripciones penales. Es necesario preguntarse en el uso de antibióticos los efectos adversos desencadenados en el paciente y el entorno. La antibioterapia es una intervención terapéutica con impacto ecológico. Su uso innecesario además de los propios efectos en el paciente (disbacteriosis, dispepsia, diarrea, inmunodepresión, colitis por *Clostridioides difficile*, alergias...) genera un aumento de resistencias y pérdida de eficacia a nivel comunitario. Además, su uso en situación de últimos días debe ser explorado decidiendo cuando entramos en situación de escarnecimiento terapéutico, de intervenciones fútiles, considerando la calidad de vida resultante del paciente tras el tratamiento.

Justicia: la antibioterapia al final de la vida es universal, equitativa y solidaria. La disponibilidad de antibióticos y su uso adecuado en pacientes a final de la vida no será el mismo para aquellos que no disponen de unidades especializadas en cuidados paliativos y con personal experto de manejo de fármacos en estos pacientes. Cuando hablamos de justicia es necesario reflexionar además en el gasto que conlleva el uso de cualquier tratamiento considerando un entorno de sanidad pública donde la gestión de recursos es responsabilidad de todos. En ese sentido, exceptuando a fármacos de último desarrollo, los antibióticos son fármacos de bajo precio, si bien la consideración de un uso adecuado de recursos es siempre necesaria.

Autonomía: el uso de antibióticos respeta la libertad de mi paciente. Hay que considerar que la antibioterapia debe estar incluida en la toma de decisiones compartidas. En muchos el uso de antimicrobianos implicará el uso de vía venosa con las limitaciones que implican de la movilidad y el requerimiento de hospitalización. En el presente proyecto también deseamos explorar si la antibioterapia es consensuada y comentada con el paciente y su familia.

Aproximación metodológica al tema a estudio: análisis cuantitativo y cualitativo de aspectos relacionados con la antibioterapia al final de la vida

No hay consenso en cuanto cual es la actitud más apropiada en el uso de antimicrobianos en pacientes en cuidados paliativos (CP) por lo que el uso de antimicrobianos en esta población requiere de la generación de nuevas evidencias a partir de proyectos de investigación (8). Para conocer cómo es la realidad del uso de antimicrobianos en pacientes paliativos queremos partir de un planteamiento descriptivo. Para ello utilizaremos una metodología cuantitativa analítica mediante el análisis de una cohorte histórica de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos que han recibido antibióticos durante su ingreso. Para el estudio de la percepción de los profesionales sanitarios podemos plantear diferentes métodos. La investigación cualitativa es un conjunto de técnicas de investigación empleadas para obtener una visión general del comportamiento de las personas sobre un tema en particular. Esta metodología se utiliza para comprender o explicar el comportamiento, las motivaciones y características de un grupo específico. Los posibles formatos utilizados de manera más habitual son: el grupo de discusión, las entrevistas estructuradas, la observación cualitativa y la investigación etnográfica (9). Los grupos de discusión suelen estar conformados idealmente por un total de 6 a 10 participantes más un moderador que deberá ser capaz de llevar la conversación y emplear técnicas de observación sobre el entorno para su posterior análisis. Por las características del tema a estudio, porque el cuidado del paciente se establece en interacción con otros profesionales (10), y por los recursos disponibles para el desarrollo de este proyecto, decidimos optar por el desarrollo de un grupo focal de discusión.

HIPÓTESIS y OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Hipótesis:

El uso de antibióticos al final de la vida plantea varios conflictos éticos. Su uso puede ser controvertido en situaciones donde los beneficios en control de síntomas y supervivencia no superan los potenciales efectos adversos. Su uso no es habitualmente consensuado con el paciente y familia ni se incluye en las herramientas de ayuda a la toma de decisiones al final de la vida.

Objetivos Principales:

Describir el uso de antimicrobianos en pacientes ingresados en una Unidad de Paliativos en función del pronóstico vital del paciente y su impacto en control de síntomas (Subestudio A).

Analizar la percepción del impacto de uso de antimicrobianos percibida por los profesionales implicados en el proceso de prescripción: su impacto en el pronóstico y control de síntomas del paciente y aspectos éticos relacionados (Subestudio B).

Objetivos Secundarios:

Caracterizar el uso de antimicrobianos en pacientes paliativos: indicaciones, características de la prescripción, estudios microbiológicos realizados, adecuación a guías del centro.

Evaluación del registro específico del uso de antimicrobianos en las herramientas de toma de decisiones al final de la vida (plan de anticipado de decisiones, voluntades vitales anticipadas y limitación del esfuerzo terapéutico).

METODOLOGÍA

Ámbito de actuación: Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos (UCP) del Área Sanitaria Virgen Macarena. El área sanitaria da cobertura a una población de aproximadamente 400.000 habitantes del área norte de la provincia y ciudad de Sevilla. La UCP del área se encuentra situada en la segunda planta al sur del Hospital Provincial de San Lázaro, contando con 16 camas de hospitalización y 2 habitaciones para asistencia de pacientes en régimen penitenciario atendidos por los mismos facultativos. En éste área se ingresan pacientes con diagnóstico de enfermedad no reversible que requieren soporte terapéutico por una situación clínica aguda o síntoma no controlable.

Periodo de estudio: enero a mayo de 2022.

Diseño: *Subestudio A: Estudio cuantitativo descriptivo de prescripciones antibióticas al final de la vida:* análisis descriptivo de prescripciones antibióticas en pacientes ingresados en la UCP. La selección de pacientes se realizó a partir del listado de los pacientes ingresados en la unidad en los meses del estudio. Las variables se recogieron mediante revisión retrospectiva de historia clínicas electrónica Diraya y sistema de prescripción ATHOS anteriormente citados. Para la recogida de variables se utilizó una hoja de recogida de datos en papel que posteriormente se transcribe a un archivo electrónico en formato SPSS v. 21. Se recogieron variables demográficas, clínicas (principales enfermedades de base del paciente, síntomas presentes al inicio de la antibioterapia, parámetros analíticos al inicio de la antibioterapia), medidas terapéuti-

cas durante el ingreso (incluidos detalles de la prescripción antibiótica), herramientas utilizadas en toma de decisiones y mención de antibioterapia (especificación de uso de antibióticos en el Plan de anticipado de decisiones, PAD, registro de voluntades vitales anticipadas, VVA, descripción de limitación de esfuerzo terapéutico, LET, durante el ingreso) y variables de resultado (control de síntomas relacionado sí o no con el uso de antibioterapia, mortalidad durante el ingreso, mortalidad en los 90 días, reingreso en los 90 días del actual ingreso). Análisis estadístico: se realizó descripción de frecuencia y porcentajes de variables cualitativas. Se calcularán medidas de centralización y desviación de las variables cuantitativas. Para la creación de base de datos y análisis se utilizó el programa SPSS v21. Aspectos éticos: el proyecto fue evaluado por el Comité de ética de Andalucía a través del portal de Ética de la Investigación en Andalucía (PEIBA) ofreciendo exención para la petición de consentimiento informado y una valoración POSITIVA para su desarrollo.

Subestudio B: Estudio cualitativo mediante grupo de discusión focal de percepción de prescriptores sobre uso de antimicrobianos al final de la vida: se creó un grupo focal actuando de moderador el investigador principal de este proyecto, de 8-10 profesionales de la UCP del HUV Macarena. Se realizó una sesión de discusión de una hora de duración con voz grabada, previo consentimiento informado de los participantes. La discusión se dirigió por el moderador de la sesión (IP del actual proyecto) en base a preguntas secuenciales previamente diseñadas. Participó como observadora una investigadora colaboradora experta en metodología cualitativa. Se transcribió la discusión a un texto para su análisis. Se analizaron los conceptos discutidos y repetidos estableciendo distintos códigos y categorías. Para ello se utilizó el programa INVIVO que permite ir estableciendo una descripción del discurso en base a agrupación de términos esenciales y temas principales. En base a este análisis se presentaron los extractos de la discusión más significativos clasificados en base a los temas identificados en el análisis. El subproyecto fue evaluado por el Comité de ética central de Andalucía y valorado positivamente.

RESULTADOS:

Subestudio A: Estudio cuantitativo descriptivo de prescripciones antibióticas al final de la vida

Durante el periodo de estudio ingresaron 103 pacientes en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). De ellos, 14 ingresaron en el módulo penitenciario, fueron descartados por no ser paliativos. De los 89, 36 pacientes (40%) recibieron antibióticos.

Características epidemiológicas de los pacientes tratados con antibióticos en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP): la mediana de edad fue de 75 años con un rango intercuartílico (RIC) de 38 años. Los hombres representaban el 71%, n=25. La mayoría procedían de planta de agudos (n=16, 46%), más frecuentemente de Medicina Interna (n=10, 63% del total), y Oncología (n=3, 18%).

Antecedentes clínicos de los pacientes ingresados en la UCP que recibieron antibióticos:

La patología observada más frecuentemente fue la presencia de una neoplasia sólida (n=24, 69%), seguidas de la EPOC y la insuficiencia cardiaca (ambas: n=9, 26%). Entre las neoplasias sólidas la más habitual fue la de pulmón (N=5, 15% del total de pacientes).

Síntomas clínicos predominantes en el momento de inicio del antibiótico en los pacientes ingresados en la UCP y que reciben antibióticos durante su ingreso: El síntoma referido con más frecuencia fue dolor (N=21, 60%) seguido de la fiebre (N=20, 57%) y la disnea (N=16, 46%). De los pacientes estudiados, el 17% presentaban situación evidente de sepsis.

Localización del foco de la infección y estudios complementarios relacionados: en 24 pacientes (69% de los pacientes) se describía un foco concreto de infección en la historia clínica. Los síndromes descritos con más frecuencia fueron el urinario (N=12, 36%) y respiratorio (N=11, 33%). Al analizar los parámetros analíticos al inicio del tratamiento antibiótico, la cifra de leucocitos presentaba una mediana de 13.850 U/ML con un rango intercuartílico de 9.230 U/ML. La PCR sólo estaba estudiada en 26 pacientes (78% de los pacientes) y presentaba una mediana de 134 mg/dl con un rango intercuartílico de 202 mg/dl.

En cuanto a la obtención de estudios microbiológicos, se obtuvieron muestras en 15 pacientes, 45% del total; urocultivo (n=12, 36% del total) y hemocultivo (N=5, 15% del total). De los estudios microbiológicos se obtuvieron 6 resultados positivos (20% de las muestras): 1 esputo positivos a *Pseudomonas aeruginosa*, 3 urocultivos de los cuales 2 presentaban un aislados de *Enterococcus faecalis* y otro a *Candidia albicans* y finalmente un hemocultivo positivo a *Enterobacter cloacae*.

Tratamientos recibidos durante el ingreso: la mayoría de los pacientes requirieron opioides durante su ingreso (n=25, 71%) y hasta 10 pacientes (el 50%) precisó inicio de sedación paliativa. Los antibióticos más utilizados fueron: ceftriaxona (N=9, 26%), amoxicilina-clavulánico (N=8, 23%) y piperacilina-tazobactam (N=7, 20%). Otros antibióticos utilizados fueron ceftazidima (N=1), levofloxacino (N=3), ciprofloxacino (N=2), fosfomicina (N=1), cefuroxima (N=1), azitromicina (N=1), clin-

damicina (N=1) y linezolid (N=1). No se prescribió ningún carbapenem en la unidad durante el periodo de estudio.

En relación al uso de antibióticos, en 20 casos (57%) se había iniciado el antibiótico en la UCP, en 10 casos (30%) venía prescrito de la planta de agudos, en 5 casos (15%) desde urgencias y en 1 caso desde el domicilio. En 1 solo caso se especificaba en la historia el plan previsto de duración de la antibioterapia. Evaluamos la adecuación de la prescripción en base a la guía de antibioterapia de nuestro hospital y en un 78% (N=28) se consideró la antibioterapia adecuada, en un 11% (N=4) inadecuada por espectro y en 11% (N=4) innecesaria.

Registro del uso de antimicrobianos en las herramientas utilizadas para la toma de decisiones al final de la vida: de los 36 pacientes estudiados ningunos de ellos presentaba VVA registradas en la Historia clínica única de Salud. Al analizar la historia clínica, 3 pacientes presentaban PCA expresado de manera explícita (9%) pero en ninguno se hacía referencia a la antibioterapia. En relación a la expresión de LET se describe en 10 pacientes (28) contemplándose en 8 de ellos de manera explícita la interrupción del tratamiento antibiótico. En 4 pacientes (12%) se describe que el uso o interrupción del tratamiento antibiótico ha sido consensuado con el paciente y/o familia.

Relación del uso de antimicrobianos en control de síntomas y supervivencia: el 75% (N=25) de los pacientes ingresados durante el ingreso fallecieron durante el mismo, falleciendo 2 pacientes más en el seguimiento a 3 meses. El control de síntomas se describe como parcial o total en 16 pacientes (el 48% del total), y en el 45% (N=15) se relacionó con el uso de AB.

Subestudio B: Estudio cualitativo mediante grupo de discusión de percepción de prescriptores sobre uso de antimicrobianos en pacientes paliativos.

Se desarrollo un grupo de discusión focal con la participación de 7 médicos (3 de Hospitalización Domiciliaria y 4 de hospitalización en la UCP) y 2 enfermeras de cuidados del equipo de Hospitalización Domiciliaria. La reunión fue coordinada por la IP de este proyecto y dirigida en base a varias preguntas secuenciales. Se realizó una grabación de 47 minutos de duración que transcribió para su posterior análisis por el programa INVIVO. El análisis fue realizado por pares (por la IP y una investigadora externa experta en metodología cualitativa). Los códigos fueron clasificados en *términos diana* (aquellos que se repetían con frecuencia en el texto) y los siguientes *temas principales* (aquellos sobre los que se generaba la discusión). En la siguiente tabla (Tabla 1) se expone los términos diana y temas principales obtenidos del análisis del texto.

Tabla 1. Términos diana y temas principales obtenidos del análisis del texto.

Temas principales	Términos diana
Consensuar	Antibioterapia o antibióticos
Decidir	Control de síntomas
Dudar	Efectos secundarios
Obstinación terapéutica	LET
Ingreso vs no ingreso	Paciente y familia
Iniciar vs retirar	Plan de cuidados anticipado
Proceso dinámico	Sedación
Sentir presión	Últimos días
Valores comunitarios vs individual	Vía

Una vez identificados los temas principales se continuó con el análisis en profundidad del texto. A continuación, se presentan los extractos principales del texto en base a los principales temas principales identificados. Se incluyen comentarios describiendo las apreciaciones y observaciones realizadas por la IP y la colaboradora externa.

Extractos principales transcripción de grupo focal: impresiones del personal sanitario en relación antibioterapia al final de la vida

Tema 1: Decidir (y dudar) si empezar o finalizar un antibiótico

Una temática de interés que surge entre los participantes del grupo focal es la incertidumbre que define al acto de decidir si empezar o finalizar un tratamiento antibiótico en pacientes al final de la vida. Cuando los participantes

fueron preguntados por las situaciones en las que utilizan antibióticos, una participación significativa en relación a este tema fue: *“Yo excluyo a pacientes en situación de últimos días, excluyo a pacientes con infecciones repetidas, constantes en situación de últimos días o de enfermedad muy avanzada, y excluyo a pacientes sedado. En el resto de pacientes, inicio antibioterapia como en el resto de pacientes que no sean de cuidados paliativos”* (M3, médico adjunto de hospitalización en cuidados paliativos). Varios participantes además indicaron que algunos síndromes infecciosos, como la neumonía o los abscesos intraabdominales, suponen situaciones especialmente inciertas, generan dudas al profesional sobre si empezar o finalizar el tratamiento antibiótico en pacientes al final de la vida, mostramos un ejemplo: *“Yo hay algunos que me generan dudas. La principal las neumonías de repetición. ... veo a veces dos tipos de perfiles que también me rallan un poco. Uno es la ictericia obstructiva [...] Y otro es el de los abscesos intraabdominales, este tipo de enfermos que... que a veces utilizamos el antibiótico como tratamiento paliativo...es una huida hacia adelante, un tratamiento para enfriar y mientras le dé cierta calidad de vida, pues vamos a aguantar un mes o mes y medio, el tiempo que tenga, sabiendo que habrá un momento en el que ya esto fallará. [...]Estos son los momentos que más incertidumbre me generan, más dudas”* (M5, médico adjunto de hospitalización en cuidados paliativos).

Tema 2: Uso consensuado de antibióticos con el paciente y la familia

Los participantes del grupo focal subrayaron la importancia del rol del paciente y la familia en la toma de decisiones en los últimos días, y en específico, también en torno a la decisión de inicio/retirada del antibiótico: *“La decisión de no ponerle antibiótico fue mía. (Otro participante contesta: Bueno, vamos a ver...) Justificada, explicada y entendida, pero la decisión fue mía”*. (M3, médico adjunto de hospitalización en cuidados paliativos).

De nuevo, surge una discrepancia entre las experiencias de profesionales que trabajan en el entorno hospitalario (planta) y en los cuidados en el domicilio en cómo perciben esta inclusión del paciente y la familia en la decisión de uso de antibióticos al final de la vida. Como lo refleja esta participante: *“Hombre, yo creo, que, en mi opinión, que nosotros en domicilio, más que el problema de poner es de quitar. [...] Lo difícil, es decir, "mira, yo creo que ya no lo vamos a poner". Eso es lo que creo yo que cuesta más trabajo. Sí que es verdad que en domicilio nosotros tenemos muy poquitas herramientas. Y muy poquitos... Ellos [en planta] tienen más facilidades en ese sentido, que, si le mando una placa, le hago un hemocultivo, no sé qué. Nosotros cuando ya nos dicen además que no quieren ingresar, tenemos un campo de trabajo muy cortito. Entonces, nosotros normalmente en las casas siempre intentamos... porque, además, los cuidadores son nuestros pies y nuestras manos, son el 95% de nuestro trabajo”*. (E2, enfermera de cuidados de hospitalización domiciliaria). En definitiva, la respuesta de esta misma participante pone de manifiesto que el momento de inicio y retirada de an-

tibiótico se vive afectado emocionalmente por el profesional (presión, duda, reflexión) y no de manera individual o retraída, sino, de manera acompañada y en relación a un otro, el paciente y la familia.

Tema 3: El antibiótico en las herramientas para la toma de decisiones al final de la vida: plan de cuidados, voluntades anticipadas, LET.

Varias de las respuestas de los participantes del grupo focal sugieren una ausencia formal de la expresión del uso de antibióticos generalizada en las herramientas formalizadas en cuidados paliativos. Por ejemplo: “*De todas maneras, también, dentro del documento de voluntades anticipadas, claro, la antibioterapia no aparece como si fuera una actuación, mmm, que prolongue la vida, ¿no? [...] Entonces, el paciente no se lo plantea*” (M4, médico adjunto de hospitalización domiciliaria). Sin embargo, entre los participantes del grupo focal no se generó un consenso sobre la inclusión o no inclusión del uso de antibióticos en estas herramientas. Mientras algunas opiniones siguen más un modelo paternalista de la medicina, otras respuestas sugieren una apertura al diálogo y la reflexión sobre esta inclusión. Por ejemplo: “*Yo nunca he visto una indicación en una voluntad anticipada de que lleve antibióticos o no. Como tampoco he visto nunca si quiero tal tipo de medicación o no. Lo que veo es que no quieren nada que prolongue su vida (...) Y es labor nuestra en ese contexto la de tomar la decisión de un antibiótico. Creo que la población general está capacitada para decir eso, no para decir no quiero antibiótico, no quiero antihipertensivo, no quiero esto, no quiero lo otro [...], insisto que sea una decisión a tomar por parte del médico. Incluso dudo que sea parte de unas voluntades anticipadas. [...]*” (M3, médico adjunto de hospitalización en cuidados paliativos)

Por último, varios participantes sugieren que la toma de decisiones y la planificación en pacientes de cuidados paliativos y en situación de últimos días es en sí mismo un proceso dinámico, que cambia a lo largo del tiempo y cada día, y que particularmente el uso de antibióticos implica una toma de decisiones flexible, cambiante para el profesional implicado. Además, aquí ya se intuye que la participación del paciente y la familia se percibe por estos profesionales como parte de este proceso. “*... es un proceso dinámico. Incluso cuando uno lleva siempre al paciente, va cambiando muchas veces en el proceso la planificación [...] pero vamos, está bien ponerlo (en el plan anticipado), muchas veces, para cuando otro compañero que no conoce la situación como el que lo lleva de primera mano [al paciente] accede, [...]*” (M1, médico adjunto de hospitalización domiciliaria).

“*Yo también pienso que es un proceso dinámico. Porque por ejemplo yo ahora estoy teniendo varios casos de pacientes mayores en una neumonía más o una posible infección respiratoria. Entonces ya la familia, que otras veces ha dicho que quería ingreso, pues ahora te dice, no queremos ingresarlo [...] Entonces, yo pienso que también, que es un proceso dinámico, y que en cada situación hay que volverle a plantear al paciente y a la familia qué es lo que desean*” (M2, médico adjunto de hospitalización domiciliaria).

Tema 4: Impacto ecológico y otros planteamientos éticos del personal sanitario relacionados con el uso de antibióticos

Ante la pregunta a estos profesionales sanitarios sobre si al realizar uso de antibióticos tienen una preocupación sobre el impacto ecológico de estos medicamentos en el entorno, varios participantes respondieron de manera rápida: “A mí sí”. “A mí no”. “A mí tampoco (ríe)”. El planteamiento de esta participante describe bien cómo los planteamientos éticos que sugiere el uso de antibióticos al final de la vida pueden contrastar con el planteamiento ético de los programas de optimización de antibióticos: “[...] Yo, en los antibióticos en los nuestros, me planteo la persona que tengo delante, su beneficio o perjuicio en el corto plazo, qué es lo que tiene, si le está alargando la vida dentro de unos proyectos que le den sentido a su vida y que le hagan que le merezca la pena su vida y que tenga cosas que hacer y que tal. Pero en cómo va a repercutir eso en la comunidad, la verdad es que no me lo había planteado hasta ahora, y creo que no me lo voy a plantear tampoco. Vamos, no va a ser un elemento de peso en una decisión. Me parece a mí que no” (M5, médico adjunto de hospitalización en cuidados paliativos).

Durante el grupo focal, surgen varios planteamientos éticos en cuanto a evaluar los efectos secundarios que este medicamento puede producir al paciente: “[...] Lo más importante es individualizar. Y cada paciente, y en las tandas de antibiótico que lleva ya, los efectos secundarios también de los antibióticos. Que tenemos muchas diarreas por *Clostridium* que debilitan mucho también a los pacientes. Así que yo creo que hay que sentarse. Aunque como médico te sale, fiebre, hemocultivo, antibiótico. O esperar. Esperamos y vemos, y vemos cómo está el paciente. A lo mejor no lo necesita [el antibiótico] de inmediato y luego ver un poquito el hemocultivo y ver cómo ha ido. No sé...” (M2, médico adjunto de hospitalización domiciliaria). O el uso de antibióticos para el control de síntomas al final de la vida, en pro del valor de la dignidad del paciente: “Yo pienso que el uso de antibióticos es una parte más del control de síntomas, a veces, ¿no? Entonces, yo me planteo el impacto como se lo puede plantear cualquier otro colectivo. Me refiero que, yo creo que hay muchos más colectivos en los que se hace un uso mucho más que en el nuestro (Varios hacen murmullos y asienten) Entonces, yo creo que...” (M7, médico adjunto de hospitalización domiciliaria). O la idea del confort y la dignidad del paciente en sus últimos días: “O sea, eso es otro rasgo ético, digamos, ¿no? El uso de los antibióticos orientado al confort del paciente para que no dé mal olor una úlcera, o... no una antibioterapia digamos con indicación de aumentar supervivencia pero sí del control del paciente. O unas secreciones malolientes pulmonares, cuando el paciente esté al final de la vida, pues muchas veces también ponemos ahí... O sea, que tenemos más en cuenta quizás eso, ¿no?, el valor ético relacionado con la dignidad del paciente, también, o la calidad de vida, o la supervivencia. Yo creo que esos serían los tres puntos” (M4, médico adjunto de cuidados paliativos).

Estos profesionales también expresaron que el problema del uso excesivo de antibióticos debiera ser de mayor preocupación en otros colectivos sociales (en la juventud, en lugar de al final de la vida) y otros colectivos de profesionales sanitarios, en lugar de ellos, por la “naturaleza” del paciente con el que trabajan: *“Si yo considero que ese paciente va a obtener un beneficio, yo miro individualmente el beneficio de una persona que está terminando su vida. A lo mejor hay que planteárselo en los niños, en los adolescentes, en las embarazadas. Pero al final de la vida... Que eso no significa que hagas un uso, un mal uso del fármaco. Pero yo creo que yo tampoco me lo planteo (el impacto ecológico del antibiótico)”* (M7, médico adjunto de hospitalización domiciliaria). *“[...]. Yo tampoco me planteo mucho... Pero porque, claro, porque es que nuestros pacientes yo creo que son muy especiales, incluso, la repercusión en la comunidad yo creo que no es mucha, la verdad... Porque [el tratamiento] además va a ser durante poco tiempo. Quizás más en los intrahospitalarios, a lo mejor, pero incluso ahí, mmm, no sé. Yo no, tampoco me planteo mucho, la verdad, tampoco me planteo lo que tiene luego... el efecto en la Comunidad. No me lo planteo. (Se expresa con mucho titubeo)”* (M2, médico adjunto de hospitalización domiciliaria).

CONCLUSIONES

El uso de antimicrobianos al final de la vida en nuestros pacientes es frecuente pero inferior a lo descrito en otras cohortes publicadas.

El perfil de pacientes tratados con antibióticos en nuestras CP es habitualmente un paciente oncológico, que presenta dolor, fiere o disnea.

En el 70% de los casos se reconoce un síndrome infeccioso, frecuentemente urinario y/o respiratorio y el uso de los fármacos es adecuado en base a las guías de referencia.

Cuando se describe la limitación de esfuerzo terapéutico se incluye la suspensión del tratamiento antibiótico. Si bien no es frecuente su consideración en los PAP ni VAA.

En nuestra muestra el uso de antibióticos se relacionó con una mejora del control de síntomas en la mitad de los pacientes estudiados.

Los profesionales sanitarios entienden que la decisión de iniciar o suspender un antibiótico puede ser difícil. Reconocen su indicación para el tratamiento de síndromes infecciosos concretos, demandan más guías en situaciones concretas de difícil tratamiento (Ej. neumonías de repetición...) y ven clara la indicación de su suspensión en situación de últimos días salvo en casos de control de síntomas muy concretos (Ej. tiritona febril...). La inclusión de su uso en PAP y LET les parece una herramienta de ayuda a la toma de decisiones en cuanto a la antibioterapia, aunque existen opiniones discordantes en cuanto a la capacidad de decisión del paciente y familia. En general, se acepta que debe ser un acto informado, consentido y consensua-

do. En cuanto al impacto ecológico se percibe que es un valor secundario una vez asegurado el confort como medio para asegurar la dignidad del paciente al final de la vida. Se acepta que la antibioterapia tiene importante sentido en cuanto a su contribución al control de síntomas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ahronheim JC, et al. *Treatment of the Dying in the Acute Care Hospital: Advanced Dementia and Metastatic Cancer*. Arch Intern Med 1996;156: 2094–100.
2. Marra AR, et al. *Antibiotic use during end-of-life care: A systematic literature review and meta-analysis*. Infect Control Hosp Epidemiol. 2021 May;42(5):523.
3. Clark MD, Halford Z, Herndon C, Middendorf E. *Evaluation of Antibiotic Initiation Tools in End-of-Life Care*. Am J Hosp Palliat Care. 2021 Jun 25.
4. Seaton RA, et al. *Antibiotic use towards the end of life: development of good practice recommendations*. BMJ Support Palliat Care. 2021 Jan 19
5. Wilder-Smith A, et al. *Antimicrobial use and misuse at the end of life*. J R Coll Physicians Edinb. 2019 Sep; 49(3):188-192.
6. Beauchamp T, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed New York, NY: Oxford University Press; 2019.
7. Durand M, et al; L'intergroupe GInGer (SPILF SFGG). *Determinants of doctors' antibiotic prescriptions for patients over 75 years old in the terminal stage of palliative care*. Infect Dis Now. 2021 Jun;51(4):340-345.
8. Callahan D. *Death and the research imperative*. N Engl J Med 2000; 342: 654- 6.
9. Gill, P. et al. *Methods of Data Collection in Qualitative Research: Interviews and Focus Groups*. British Dental Journal 2004 (6): 291-95.
10. Kitzinger, Jenny. 1994. *The Methodology of Focus Groups: The Importance of Interaction between Research Participants*. Sociology of Health and Illness 16 (1): 103-21.

**PREMIO DR. ANTONIO HERMOSILLA MOLINA,
DOTADO POR EL EXCMO. ATENEO DE SEVILLA,
AL AUTOR DE LA MEJOR: “BIOGRAFÍA DEL DR.
ISMAEL YEBRA SOTILLO” DESTACADO MIEMBRO
DEL ATENEO Y DE ESTA REAL ACADEMIA**

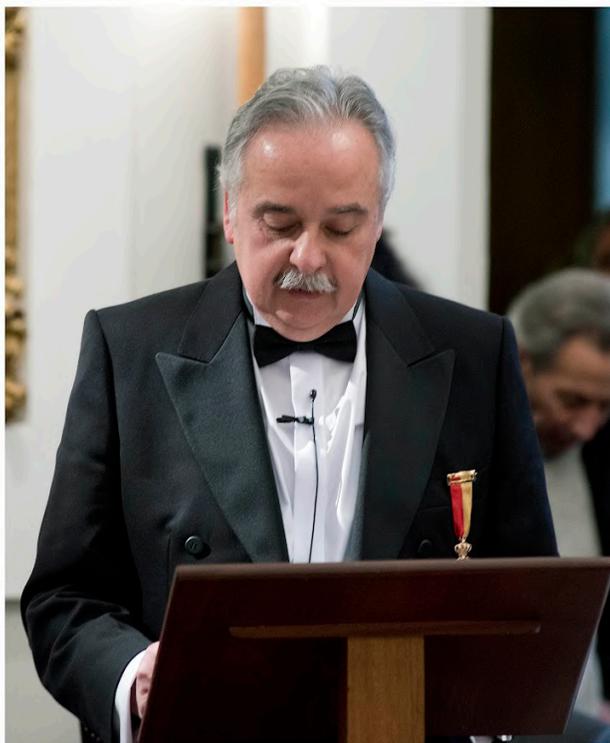
“DESDE LA PIEL AL ALMA”

Ismael Yebra Sotillo

Una biografía

(RESUMEN)

Autor: Francisco Gallardo Rodríguez



Dr. Ismael Yebra Sotillo

La ausencia

El niño Ismael del Dulce Nombre de María nace el doce de septiembre del año 1955. En el número 33 de la calle Boteros, entonces 47, en el barrio de la Alfalfa, en pleno corazón de la Sevilla intramuros. Al niño José, su hermano mayor, lo habían apartado del bullicio de una casa en parto. Lo habían dejado al cuidado de unos familiares. José, Pepe para todos, no recuerda con exactitud de quiénes se trata. Estamos en la planta baja de la casa donde nació Ismael Yebra Sotillo. La mítica bodega de Pepe Yebra Sotillo, hoy cerrada por jubilación. Frente a frente, el viejo mostrador de noble madera por medio, iniciamos un proceso gozoso y doloroso a la vez. Rememorar la fértil, caudalosa, vida del hermano menor, seis años y once meses se llevan, se llevarán siempre. A las dos de la mañana la matrona pregonaba con sus brazos la buena nueva. Ha nacido, es un niño. Era una cálida noche del verano tardío. Había una blanca alegría de balcones con las persianas echadas, de agua fresca de búcaro. Francisca, la breve madre de Ismael, una estrella fugaz, sonreía feliz después del dolor. Posiblemente por sus alegres mejillas resbalarían algunas lágrimas. Daniel, el recio padre, no podría disimular su satisfacción. Ha nacido, es un niño. Llamadle, Ismael.

¿De qué color es la ausencia? Una mañana, lejana ya en el tiempo, el semblante de Ismael se entristeció. Una de las pocas veces que vi a este hombre, siempre risueño para los demás, alicaído. “No recuerdo la voz de mi madre”, me dijo, tras tomar un sorbo de la taza de café. Estábamos sentados en la terraza de “Casa Manolo” desayunando las tostadas que nos había preparado el gran Félix, buen amigo. Ismael Yebra, aquel día límpido de abril era un hombre maduro, en plenitud, al que aún le dolía la blanca ausencia de su madre. Apenas le había durado cinco meses. Francisca Sotillo Gago fallece el 15 de febrero de 1956. Tenía tan sólo treinta y tres años. La causa de la muerte, al parecer, fue una apendicitis que acabó perforándole el peritoneo. Le atendió, en el domicilio familiar de la calle Boteros, el prestigioso catedrático Antonio Cortés Lladó. Paquita, así la llamaban, presintiendo el triste final quería alejar a sus dos hijos de la muerte.” No traerme aquí a los niños, por favor”, rogaba a Daniel y demás familiares. El doctor Cortés Lladó informa que ya no hay nada que hacer. A los niños José e Ismael, los aíslan durante tres o cuatro días en casa de unos familiares que vivían en la calle Moratín. Ahora sí, Pepe Yebra recuerda perfectamente. Seguimos en la bodega. Mientras me cuenta el apartamiento de su madre moribunda pienso en las páginas memorables que Chaves Nogales escribió acerca de la muerte de Belmonte, allá en la calle Ancha de la Feria. Los hermanos Yebra regresaron a la casa de la calle Boteros justo para asistir al entierro. Poco antes de las Navidades del año 1955, Paquita se había caído en la azotea y se había fracturado el cúbito y el radio. “A mi madre la enterraron con un brazo escayolado”, me dice Pepe Yebra. Aunque nacida en Rábano, provincia de Zamora, Paquita Sotillo Gago era una mujer muy sevillana. De mediana estatura, guapa, simpática, dicharachera. Le

encantaba la Semana Santa y sobre todo la Feria de Abril. Pepe Yebra la recuerda así. El niño Ismael apenas pudo entreverla. Para él su madre era un caleidoscopio de olores, de sabores, de primeras caricias. Un delicioso perfume primigenio que se diluyó demasiado pronto. Malva, querido Ismael, el color de la ausencia es el malva.

El abuelo Ismael había venido desde Barrio, aldea colindante a Rábano, a principios del siglo XX, en el año 1909. Formaba parte de esa emigración trashumante de la Castilla profunda que llegaba a Sevilla para trabajar, fundamentalmente, en bodegas y tabernas. Digo trashumante en el sentido que la mayoría de ellos venían a pie, con o sin familia, con la ayuda de alguna mula o burro que portaban los enseres más básicos. Los más privilegiados disponían de algún carro atiborrado de colchones de lana o algodón. La abuela María llegaría, procedente de Rábano, años más tarde, en el 1928, cuando Sevilla se estaba vistiendo de largo para la Exposición Universal de 1929. Rábano, Lagos de Sanabria, Zamora. Un paisaje fundamental, esencial para entender el almario del niño, que años más tarde, en una Sevilla aún postrada por la posguerra, empezaba a vivir, tenía que vivir, con la rabia silenciosa, elegante, de los huérfanos. “No recuerdo haber pronunciado nunca la palabra mamá”, me dijo aquella luminosa mañana en el bar Manolo, Ismael Yebra Sotillo, el hombre más trascendente que he conocido.

Daniel Yebra Martínez, el padre, era un hombre sobrio, austero, serio, en cierto sentido muy castellano. Alto, rubio tirando a pelirrojo, tenía un carácter fuerte, aunque a los cinco minutos de tener un “pronto”, ya no era nadie, me dice Pepe Yebra. Daniel Yebra fallece el 5 de noviembre de 1968. Los hermanos, Pepe tiene veinte años recién cumplidos, Ismael la complicada edad de trece, conocen la orfandad completa. Pero antes debía transcurrir “el tiempo encendido de la infancia” como le llama hermosamente el poeta Miguel Florián, buen amigo del Ismael Yebra adulto. Al fallecer Paquita Sotillo, los vecinos del piso de arriba de la calle Boteros 33, entonces 47, se ocupan del bebé Ismael como si fuera su hijo. Las irrefutables cosas que pasaban antes. Consuelo López Muñoz y Juan Silva Lora, así se llamaban los moradores del segundo piso de la casa, dice Pepe Yebra tirando de su rápida memoria. Eran naturales de La Campana, añade. Por supuesto que Daniel Yebra, el padre, estaba también muy pendiente de los dos hermanos, pero pasaba innumerables horas trabajando en la bodega del bajo que había cogido meses antes de casarse, en enero de 1947.

Al poeta Miguel Florián le debo el título de esta semblanza a carboncillo del amigo perdido. “De la piel al alma” es la fiel transcripción de un verso de Pablo Neruda.

El colegio

Las dedicatorias de su libro “Memorias de Juan Calasancio” revelan dos cualidades intrínsecas en la personalidad de Ismael Yebra Sotillo. La

primera dedicatoria está dedicada a sus hijos Victoria y Daniel “que no fueron escolapios por culpa de la especulación y la nula visión de futuro”. Esta dedicatoria revela una virtud característica de Ismael Yebra: la sinceridad. Decía lo que realmente pensaba intentando no zaherir a nadie. Con elegancia, pero no ocultando nunca su pensamiento. La segunda dedicatoria de “Memorias de Juan Calasancio” va destinada a sus amigos y compañeros del colegio de los escolapios de Sevilla donde estudió desde los cinco años,” ...con los que compartí unos años de los que es imposible huir, siendo lo más sensato asimilarlos y recordarlos con benevolencia”. Esta segunda dedicatoria, revela el alto concepto que Ismael Yebra tiene de la amistad. Te ofrecía su amistad con una lealtad insobornable.

El niño Ismael entró en el colegio escolapio de la plaza Ponce de León en el año 1960. En el colegio de los escolapios hizo todos los estudios oficiales hasta ingresar en la Facultad de Medicina en el año 1972 con diecisiete años. Los cinco años de la educación primaria, los seis años del bachillerato y el curso de COU, que, todavía bajo la tutela calasancia, estudió en el colegio salesiano de la Trinidad en virtud del convenio que tenían entre ellos y el colegio femenino del Valle. El nuevo alumno calasancio vestía babi a rayas verticales, azules, que a base de lavados iba destiñéndose a gris. La camisa blanca y la reglamentaria corbata de color rojo. En el bolsillo superior del lado izquierdo, sobre fondo azul, primorosamente bordado seguramente por la Tata, su nombre y primer apellido.

En sus entrañables memorias escolares, Ismael Yebra recuerda la mayoría de los nombres de sus compañeros, de aquellos niños que entraban con él en la vida reglamentada. Y a sus profesores, entre los que cabe destacar a el padre Miguel Ángel que le enseñó las primeras letras y los primeros números del mundo. A Don Manuel, un hombre mayor, de gruesas gafas y una paciente bondad. Cuenta Ismael que parecía un maestro sacado de una película, en blanco y negro, de Luis García Berlanga. Don Manuel le enseñó la importancia de la escritura y de la lectura, algo que marcaría la vida del futuro médico y escritor. Cumplidos los siete años tuvo de profesor al padre Antonio, hombre moreno, de rostro cetrino que le enseñó sobre todo la gimnasia mental de las matemáticas. Entonces, a los siete años, el acontecimiento más importante en la vida de un niño era tomar la Primera Comunión. Recuerda Ismael Yebra a el padre Torres, el padre Juan, el padre Eloy, el padre César, el padre Juan, entre los escolapios. Don Ramón, don Antonio García de Quirós y Milán, don Fernando Gómez Armenta, don Luis Portillo, entre otros, de los profesores seculares.

El Cuarto curso era un curso de transición, un rito de paso, dice el Ismael Yebra adulto al recordar la Reválida. Una serie de exámenes, por grupos de materias, que se realizaba en el instituto correspondiente. En el caso de Juan Calasancio era el San Isidoro de la calle Amor de Dios. Aprobada la Reválida, con el título de Bachillerato Elemental en el bolsi-

llo, Juan Calasancio toma conciencia del cambio de la eternidad del niño a la temporalidad del adolescente, utilizando sus propias palabras. Juan Calasancio se siente hamletiano: ser o no ser. Ciencias o letras. Había que elegir. Es preciso elegir entre un camino u otro. El borgiano jardín de los senderos que se bifurcan. El adolescente Ismael elige ciencias presintiendo ya su vocación médica.

Al terminar sexto curso esperaba otra temida Reválida. Ismael Yebra la superaría sin problemas para entrar en el COU. En el curso académico 1971-72 Juan Calasancio deja en cierto modo de serlo pues, aunque administrativamente siga dependiendo del colegio escolapio de la plaza Ponce de León, las clases las recibe en el colegio salesiano de la Trinidad, en la ronda histórica de Sevilla. Ismael Yebra asiste a las clases del llamado Curso de Orientación Universitaria (COU) que sustituye al Curso Preuniversitario (PREU). Una vez finalizado este curso, Juan Calasancio prácticamente desaparece por completo. Ismael Yebra Sotillo debe afrontar un nuevo filtro, el examen de ingreso en la Universidad que respondía al cuestionable nombre de Prueba de madurez. El joven Ismael no tuvo dificultades en superar este nuevo obstáculo. Adiós, Juan Calasancio, adiós.

El médico

Hay toda una vida, una intensa trayectoria vital, entre el niño que nace un 12 de septiembre de 1955 en una soleada casa de la sevillana calle Boteros y el hombre que lee su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla el 15 de marzo de 2015 en la no menos sevillana calle Abades. Es imposible desarrollar la menor hermenéutica sobre la vida del amigo, por modesta que sea como es mi caso, sin otorgar a la medicina, la dermatología, un papel primordial. Ismael Yebra Sotillo encontró en la medicina su forma de ser, su manera de estar en el mundo. Hombre trascendente, un místico laico, dotó a su medicina de una particular teología. Cumplió, de sobras, el precepto bíblico de amar al prójimo, mirando la piel del alma de sus afortunados pacientes. Allá, en su inolvidable tabernáculo de la calle Cabeza del Rey Don Pedro. No fue fácil el camino hasta licenciarse en Medicina y Cirugía en el verano de 1978. Ismael Yebra tiene una temprana vocación médica, que orienta hacia la dermatología, en base al apego filial que tiene con su tío Ismael Sotillo. El joven estudiante de Medicina contempla a su “padre académico” desde una doble perspectiva, la personal e íntima como sobrino y la docente que desarrollaba su tío como profesor de Dermatología. En cuarto de carrera Ismael Yebra tenía prácticamente decidida su vocación dermatológica. Así se lo comunica a su tío que le contesta con una visión de futuro que nunca olvidará. “Muy bien. Pero primero tienes que ser médico y luego especialista. Así que solicita plaza de alumno interno en la Cátedra de Patología Médica del profesor Aznar”, le aconsejó. Y así lo hizo. El estudiante Yebra

Sotillo estuvo tres años haciendo prácticas en la mencionada cátedra con los doctores Trujillo, Ruibérriz de Torres y Rubio, a los que siempre estuvo muy agradecido. Ismael Sotillo Gago, médico a la antigua entre comillas, como también lo sería su sobrino, tenía claro que para ser un buen especialista, primero había que ser un buen médico. En más de una ocasión el que esto escribe escuchó a Ismael Yebra advertir de los peligros de una excesiva especialización médica: “Se llega a saber todo de nada”, decía. Otro consejo fundamental, para la vida médica de nuestro dermatólogo, se lo dio su tío nada más acabar la licenciatura. “Por la mañana al hospital y a estudiar teoría. Por las tardes conmigo al ambulatorio Marqués de Paradas para que veas lo que es la realidad de la asistencia médica”, le sugirió. Y vaya si lo aprendió. Veía con el profesor Sotillo Gago, que fallecería en el año 2013, más de cuarenta pacientes diarios. Poco a poco, el joven Ismael Yebra empezó a desarrollar el que sería su mayor tesoro como médico: su ojo clínico. Ese concepto del que todo el mundo habla, pero pocos saben definir qué es. En Dermatología, esa cualidad quizás sea más necesaria, más determinante.

Ismael Yebra Sotillo lee su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla un 15 de marzo de 2015 cuando siente cernudianamente que el tiempo ya le ha alcanzado. Lleva por título “Dermatología y evolución social” y “De la lepra a la toxina botulínica”, como subtítulo. El discurso de contestación corre a cargo del académico de número, profesor don Juan Sabaté Díaz, prestigioso médico radiólogo, compañero de Facultad del académico electo. El discurso de clausura corre a cargo de don Jesús Castiñeiras Fernández, eminente catedrático de Urología y presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla aquellos años. Ismael Yebra Sotillo pertenecía ya también a la Real Academia de las Buenas Letras. Por ello, tuvo el detalle elegante de recordar después, en su discurso, a don Sebastián García Díaz, a don Antonio González-Meneses, a don Antonio Hermosilla y a don Juan Ramón Zaragoza. Todos pertenecientes a la estirpe de buenos médicos escritores que formaron parte también de ambas Academias. Como agradecería también, su nobleza le obligaba, a la brillante terna de señores académicos que habían avalado su ingreso en la institución de la calle Abades, don Pedro Blasco Huelva, auténtica eminencia en Salud Pública, don Jaime Rodríguez Sacristán, acreditado psiquiatra y don Ángel Martínez Sahuquillo, reputado cirujano plástico. Ismael Yebra dio un ameno y sabio discurso que pretendía recorrer la visión que se ha tenido de las enfermedades de la piel a lo largo de la historia, así como la evolución seguida por la asistencia médica dermatológica según las directrices impuestas por los cambios sociales. Su buen amigo, el doctor don Juan Sabaté Díaz, en su discurso de contestación al discurso del nuevo académico Ismael Yebra Sotillo glosa el perfil científico de su compañero de Facultad de 1972 a 1978. Ambos coincidirán también en la cátedra de Patología Médica en

su condición de alumnos internos. En 1981, Ismael Yebra presentó su Tesis de Licenciatura con el trabajo “Lesiones óseas distales en la Lepra”, al tiempo que realizaba la especialidad de Dermatología en la cátedra del profesor don Antonio García Pérez. Fue, es, médico dermatólogo por oposición del Servicio Andaluz de Salud y profesor de Dermatología de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Ciencias de la Salud, siendo pionero en la formación dermatológica de los diplomados de Enfermería. Realizó su Tesis Doctoral titulada “Diagnóstico precoz preventivo de las alteraciones tróficas de la Lepra” obteniendo la máxima calificación de sobresaliente “cum laude” y posteriormente el Premio extraordinario del Doctorado de la Universidad de Sevilla. Fue, es, diplomado en Leprológica por la Universidad de Valencia y ha sido becado por la Orden de Malta en el Sanatorio Leprológico de Fontillas en Alicante, centro internacional de referencia para el estudio de la Enfermedad de Hansen. Miembro del Grupo Español para el Estudio de las Enfermedades de Transmisión Sexual y de Cirugía Dermatológica. Autor de siete capítulos en libros, más de treinta artículos en revistas nacionales y extranjeras, así como de más de cien ponencias y comunicaciones en Congresos de la especialidad. Era, es, Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla desde 1982, año en el que ganó el premio Dr. Don José Salvador Gallardo por el trabajo “Manifestaciones óseas del mal perforante plantar en el diabético.

Viaje a Sanabria

Una de las patas del trípode en el que Ismael Yebra Sotillo asentó su fértil vida fue sin duda Sanabria, esa parte de la provincia de Zamora, bañada por el río Tera. Allí nacieron sus padres y sus antepasados. Allí tiene sus raíces que nunca olvidará. Se siente profundamente zamorano, castellano viejo como él decía, así como alfalfeño de adopción y umbreteño por vocación. Para conocer la vinculación sanabresa de Ismael Yebra nada mejor que remitirnos a su primer libro que publica en el año 2005. Un fascinante libro de viajes que uno leyó cuando todavía no conocía al autor. Nuestro dermatólogo cultiva su otra gran pasión, la escritura, “cuando puede y lo mejor que puede” por utilizar sus propias palabras. “Viaje a Sanabria” es el título de esta primera publicación, que remite inevitablemente al mítico “Viaje a la Alcarria” del escritor carpetovetónico por excelencia, Camilo José Cela.

El municipio de la Alfalfa

Ismael Yebra, llamadlo Ismael, defendía que su familia y él mismo eran habitantes de la Alfalfa, “municipio” en el que nacieron y tenían fijada su residencia. ¿Es una ficción la Alfalfa? ¿Existe realmente? De forma oficial no consta, pero eso no es obstáculo para que Ismael Yebra Sotillo haya creado su propio territorio mítico como la Comala de Juan Rulfo o el Ma-

condo de Gabo García Márquez. Claro que existen el caserío, las plazas, el mobiliario urbano. Claro que es una realidad física que no se registra en los papeles oficiales. ¿Dónde empieza y acaba la Alfalfa? Es difícil imaginar la figura de Ismael Yebra sin la Alfalfa, sin ese antiguo mercado de la Carnicería o sin la Pescadería, sin la Cuesta del Rosario que lleva a la cota más alta de Sevilla. Sin su calle Boteros donde dejó tanta vida junto a su hermano Pepe. Sin su consulta de la calle Cabeza del Rey don Pedro donde tantos pacientes fueron en busca de consuelo para la piel que se rebelaba y el alma que se inquietaba. Como cuesta mucho imaginarse a Ismael Yebra sin acudir religiosamente al quiosco de Ricardo en su cita matinal, tantos años, con su particular consejero áulico que lo ponía al día de las noticias que venían en el periódico que se llevaba bajo el brazo y de las que no estaban escritas en ningún sitio. La Alfalfa es un concepto, una forma de ser, un sentimiento. Imposible imaginar al amigo en otro ámbito, en otro decorado, en otras calles.

Y Sevilla

A Ismael Yebra le gustaba enseñar su ciudad a los monjes amigos que la visitaban. Ermitaños de San Pedro de Cardeña en Burgos, de Santo Domingo de Silos, también en Burgos, de Santa María de Huertas, en Soria o de San Isidro de Dueñas en Palencia. Monasterios que visitaba regularmente en estancias de unos días en los que hacía vida de interno en silencio, a solas, consigo mismo. No se puede entender la personalidad de Ismael Yebra Sotillo sin el temblor del alba en un claustro o la oscuridad perpleja de una celda anocheciendo. A esos monjes amigos, de los que, en complicidad silenciosa, aprendió tanto, le gustaba mostrar su particular Sevilla. Hay tantas Sevilla como sevillanos. Y quizás el primer desatino que atisbar sea distinguir al sevillano que se atribuye la gracia con letra ese, el detestable sevillano ruidoso de charanga y pandereta. Antonio Machado, dixit. Ismael Yebra los definía como los Sevillamaravilla, aquellos que se creen con la obligación de cantar, bailar y contar chistes como nadie. Poco, muy poco que ver con el monje cisterciense trapero que, por temporadas, se refugiaba en los rígidos inviernos castellanos, mesetarios, quizás, ahora lo pienso, para ensayar la muerte de forma serena. Ismael Yebra Sotillo quería morir como el Cachorro del inolvidable verso de Aquilino Duque: “Así mueren los hombres”. Pocas personas menos banales, menos fútiles, menos frívolas he conocido que el hombre que cuidaba a las monjas de clausura como si fueran la madre que apenas tuvo.

Umbrete, paz y vida

Para entender la vinculación de Ismael Yebra con Umbrete hay que remontarse a la trayectoria de su abuelo Ismael en Sevilla. Desde el año 1929 al 1939 regenta la conocida Bodega San Rafael de La Pañoleta, emplazada justo detrás de la entonces existente plaza de toros El abuelo Ismael, como toda su generación, tuvo que hacer el trágico paréntesis de

la guerra. Fue reclutado en el cuartel de Artillería de Medina del Campo y estuvo en el frente de Teruel. En la posguerra el abuelo Miguel adquiere una bodega en Umbrete. Años después el niño que va en el autobús vive con ellos en verano. Luego el adolescente y el joven perpetúa la costumbre. Ahí comienza la historia de la famosa “torre de Montaigne” atiborrada de libros que Ismael Yebra construyó en su casa de Umbrete, en el solar donde antaño estaba la bodega del abuelo Ismael. “Pueblo cercano. Umbrete en el Paraíso” es el título del bello y emocionante libro de Ismael Yebra. Pero Umbrete es también el escenario de la victoria más importante en la vida del añorado amigo. Victoria Mateo se llama. Victoria Yebra Mateo y Daniel Yebra Mateo, se llaman.” Si no llego a conocer a Victoria, hubiera sido monje cartujo”, me dijo en más de una ocasión el hombre más místico que he conocido.

El médico de conventos

Uno de los libros más hermosos de Ismael Yebra Sotillo, lleva por título “Sevilla en clausura”. Es el resultado de una sugerente conjunción de la fina palabra del dermatólogo sevillano y las magistrales fotografías de Antonio del Junco. Un libro primorosamente editado por la Fundación Cajasol y Juan Antonio Romero de “Páginas del Sur”, el entrañable “Juano” compadre y amigo íntimo de Ismael Yebra. Como bien sugiere su título es una obra dedicada a los monasterios de clausura sevillanos. Un espacio que bien conocía Ismael Yebra como “médico de cabecera” de las monjas en retiro de los conventos de Sevilla. Monseñor Juan José Asenjo Pelegrina, arzobispo de Sevilla en 2012, año de salida del libro, asegura en su prólogo que Ismael Yebra logró descubrir el misterio y el alma de los cenobios sevillanos. Percibir lo invisible en lo visible como hombre profundamente religioso que era y es.

Hacia un ocaso luminoso

La historia más triste comienza en el verano de 2016 en su querida Sanabria. La familia Yebra Mateo, como tantos años, pasa sus vacaciones en su preciosa casa de Rábano. Ismael Yebra notaba que sudaba más de la cuenta y que se le hinchaban las manos cuando intentaba tocar la guitarra. También notaba que tenía hinchados los dedos de los pies cuando intentaba calzarse un zapato cerrado. Una garrapata, me ha picado una garrapata, mantenía el médico. Había sentido un picotazo en el cuero cabelludo durante uno de los tranquilos paseos de las tardes, por el campo sanabrés, que solían dar Ismael y Victoria. Nada extraño que haya abundantes garrapatas en una zona boscosa cubierta de pastizales. Notaba también sarpullido en las extremidades, una cierta dificultad para respirar y un ligero cansancio al caminar, inhabitual en una persona de una constitución fuerte como Ismael.

El verano de 2016 transcurrió con la certeza de la picadura de garrapata. Una vez en Sevilla, se corrobora el diagnóstico de borreliosis. Es decir, una infección causada por ciertas especies de borrelias, bacterias en forma de espiral llamadas espiroquetas. Las personas se infectan cuando son mordidas por una garrapata infectada o entran en contacto con un piojo infectado. Transcurren varios meses con este diagnóstico erróneo, en los que el paciente es refractario a los distintos tratamientos que se le prescriben. El doctor Jorge Cayraso, buen amigo de Ismael Yebra, decide ingresarlo en la clínica Santa Isabel hasta que se tenga la certeza de un nuevo diagnóstico. Permanece ingresado una semana en la que, tras innumerables pruebas y consultas a especialistas, se conoce la mala noticia. Nuestro dermatólogo padece un linfoma no Hodgkin de células T periférico, tipo angioinmunoblástico.

Pone, el que esto escribe, punto final al capítulo que nunca debería haber escrito. Hemos pretendido contar aquello que era inevitable saber para completar la biografía de este gran hombre. Ismael Yebra caminó al ocaso luminoso que le aguardaba con la suprema elegancia con la que vivió, amó a los suyos, a tantos pacientes, a tantos amigos y tantas amigas que tuvimos la suerte de cruzarnos en su camino. Dicen que los que se van se convierten en estrellas luminosas allá arriba, en el firmamento. El compañero, el amigo, el hombre, se fue dejándonos mucha luz. No se apagará nunca. Como reza una canción popular, que quizás alguna vez cantó acompañado de su guitarra, Ismael Yebra Sotillo nunca persiguió la gloria “para que la Historia hable de mí por los siglos”. Pero la Historia habló y hablará de él por los siglos de los siglos. Amén.

**PREMIO ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y
TERAPÉUTICA DEL DOLOR, DOTADO POR A.P.S.A.R.
AL AUTOR DEL MEJOR TRABAJO PRESENTADO
SOBRE TEMA LIBRE DE ANESTESIOLOGÍA,
REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR**

**“PROTOCOLO DE PSICOPROFILAXIS
QUIRÚRGICA INFANTIL”**

Autora: Soledad Heras Cruz

Introducción

El estado psicológico de un paciente antes de la cirugía puede tener un impacto significativo en su recuperación. Esto es especialmente relevante en el caso de los niños, ya que niveles elevados de ansiedad se relacionan con el delirio posquirúrgico, un postoperatorio más doloroso y problemas de sueño. Además de desencadenar una respuesta neuroendocrina cuyos efectos deletéreos interfirieren no sólo en el postoperatorio inmediato, sino que son capaces de durar hasta 6 meses después. El punto culmen de ansiedad en la población pediátrica suele coincidir durante la inducción anestésica inhalatoria, cuando se les pone la mascarilla facial por parte del anestesiólogo.

También son objeto de interés sus padres, porque a veces pueden ser de gran ayuda calmando al paciente y otras parecen estar más nerviosos que el propio niño.

Tras años de estudios, encontramos bibliografía que justifica que un buen control de la ansiedad y bajos niveles de estrés en la cirugía infantil previenen el dolor y el grado de complicaciones quirúrgicas, mejoran la recuperación postoperatoria y crean una predisposición psicológica favorable ante futuras intervenciones a lo largo de la vida. En lo que respecta al tema económico, se reducen las horas de estancia hospitalaria, las molestias físicas y problemas de conducta. Todo ello derivando en un alta más precoz.

Justificación

Actualmente en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) se realizan procedimientos de cirugía infantil para los que se necesita anestesia. Tanto cirugía reglada con ingreso hospitalario como de tipo Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Toda cirugía suele implicar momentos de tensión, ansiedad y preocupación importante por parte del afectado y su entorno. Estas emociones se acrecientan más si se trata de un menor. Para un niño, la situación se vuelve compleja puesto que se ve envuelto en una situación anómala que no comprende del todo. Se le separa de sus padres durante horas, rodeado de gente extraña, puede verse sometido a procedimientos dolorosos, aunque sea para su beneficio (pinchazos, coger una vía, dolor postoperatorio etc.)

Por supuesto, para cualquier persona es una situación desagradable que operen a un familiar suyo, pero se hace marcadamente dificultosa para los padres con hijos pequeños. Estos últimos pueden tener peores experiencias y pensamientos más negativos incluso que si ellos mismos fuesen quienes estuviesen dentro del quirófano operándose.

Pensando en estas reacciones del entorno quirúrgico surge el concepto de “psicoprofilaxis quirúrgica”. Es una intervención psicológica en el contexto quirúrgico que busca reducir el estrés y la ansiedad, proporcionando apoyo emocional antes, durante y después de la intervención. Su objetivo es ayudar a los pacientes y a sus familiares a enfrentar la cirugía de manera más tranquila y facilitar una mejor recuperación.

En diversos hospitales españoles como Bilbao, A Coruña y Madrid, se han implementado protocolos destinados a reducir la ansiedad perioperatoria que afecta a las familias. En otros hospitales del mundo, llevan décadas haciéndolo, como en *Mount Sinai* Hospital. El objetivo es garantizar que la experiencia sea lo menos traumática posible y promover una visión más positiva tanto para los niños como para sus padres.

En línea con esta iniciativa, nuestra propuesta consiste en la implementación de un protocolo similar en HUVM. Para lograrlo, hemos diseñado un estudio piloto titulado "Preparación Psicológica para la Cirugía Infantil", con el fin de evaluar su validez y los beneficios. Por lo general, el anestesiista asume un papel destacado en estos momentos, ya que es quien recibe a los pacientes al ingresar al quirófano.

Objetivos

La psicoprofilaxis quirúrgica busca reducir el estrés proporcionando apoyo emocional. Encontramos bibliografía que justifica que un buen control de la ansiedad y bajos niveles de estrés en la cirugía infantil previenen el dolor y el grado de complicaciones quirúrgicas y crean una predisposición psicológica favorable ante futuras intervenciones.

Previo a iniciar se plantearon las siguientes hipótesis, para las cuales se definieron posteriormente los objetivos:

Averiguar si la aplicación del “*Protocolo de Psicoprofilaxis quirúrgica infantil*” reduce la ansiedad preoperatoria tanto en niños que van a ser sometidos a una operación como en sus padres. Saber si la ansiedad de los padres está correlacionada con la ansiedad de sus hijos en el momento de la induc-

ción anestésica. Evaluar si la escala M-YPAS pediátrica se correlacionan con la escala EVA de adultos en el momento de entrada a quirófano, siendo capaces de predecir la ansiedad preoperatoria en el momento de la inducción anestésica a través de la escala ICC.

Como hipótesis operativa se realizó un estudio experimental longitudinal de una cohorte clínica de pacientes que se sometieron a cirugía pediátrica, donde se utilizaron los datos clínicos de la ansiedad preoperatoria por escalas para establecer posteriormente la concordancia y asociación de las mismas.

El objetivo principal es implantar el protocolo con el fin de evaluar su validez y beneficios. Comparar la ansiedad perioperatoria en padres y niños que van a ser intervenidos quirúrgicamente atendiendo a los puntos de corte de escalas validadas (ICC, M-YPAS y EVA). Se comparará el grupo a quienes se les aplicó el protocolo con el grupo a quienes no se les incluyó en la intervención.

Como objetivos secundarios se pretende evaluar si existe relación entre la reducción de la ansiedad de los padres con la ansiedad en sus hijos. Demostrar si existe correlación positiva entre las escalas específicas de medición de la ansiedad infantil con la escala de ansiedad en adultos. Y por último valorar si la escala MYPAS presenta correlación positiva con la escala *gold standard* ICC.

El protocolo consta de dos partes, una dedicada a los padres y otra a los niños.

La parte de los padres se compone de un tríptico, con información sobre los procesos por los que va a pasar el niño a su llegada al hospital y consejos sobre cómo y qué responder ante las preguntas más frecuentes que les pueden hacer sus hijos. La información está adaptada según la edad del pequeño. No es lo mismo el nivel madurativo entre los 3 y 6 años que los pacientes preadolescentes.

Por otro lado, para los niños se ha creado un cuento infantil ilustrado titulado: *“Macarena va al quirófano para ponerse buena”*. Cuenta la historia de una niña que va al hospital a operarse y les puede servir de ejemplo. Aparecen personajes como *“la médico de sus sueños”* refiriéndose a la anestesista. Al final del cuento se les hace una pregunta, *“y tú, ¿vas a seguir igual de valiente que Macarena?”*

La ansiedad de por sí es un rasgo subjetivo y variable. Para cuantificarlo se han desarrollado diversas escalas (aplicables según edad, género, situación entre otras variables). Todas las escalas empleadas en el presente estudio tienen fiabilidad y validez adecuadas para su aplicación en el entorno quirúrgico infantil:

Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS): Aplicable a niños de 2-6 años. Se divide en 5 categorías (actividad, expresividad emocional, estado de excitación, vocalización y relación con los padres).

Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (M-YPAS): Dos años más tarde la escala anterior se modificó para edades de entre 2-12 años. Es aplicable durante todo el preoperatorio. Tanto en la sala de espera, como en el transcurso hasta la sala quirúrgica o en el momento de aplicar la inducción anestésica con mascarilla facial.

Modified Yale Preoperative Anxiety Scale-Short Form: Esta escala se desarrolló para seguir simplificando la recogida de los datos en los niños. Los mismos autores en 2014 publicaron la versión corta de la escala anterior. La diferencia es la eliminación del ítem «relación con los padres» y la aplicación de la escala en la sala de espera y al aplicar en la cara la mascarilla facial para empezar la inducción anestésica. La diferencia con la escala anterior es que al tener menos ítems su puntuación oscila entre 22,7-100 puntos.

Induction Compliance Checklist (ICC): La escala fue diseñada para ser utilizada exclusivamente en la inducción anestésica inhalatoria. Se valoran 11 ítems cuando se aplica la mascarilla facial. El rango de puntuaciones oscila entre 0-10. Siendo 0 “colaboración” y 10 “total resistencia”. A partir de 6 puntos se considera “traumática”.

Visual Analog Scale (VAS): Publicado en 2017, ofrece información preliminar que respalda la validez de una Escala Analógica Visual para medir la ansiedad de los niños durante el proceso de inducción.

Pacientes, materiales y métodos

Estudio analítico, experimental, longitudinal, prospectivo, con grupo control y unicéntrico. Fue realizado a una muestra de 43 niños de entre 3 y 12 años intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla y a sus progenitores acompañantes. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes. Se recopilaron datos demográficos y clínicos, así como medidas de ansiedad utilizando las escalas M-YPAS, ICC y EVA.

Se seleccionaron los siguientes criterios de inclusión, en el que los seleccionados deben de cumplir todos ellos:

Pacientes:

- Pacientes pediátricos con edades comprendidas entre 3 y 12 años, ambos inclusive.
- Pacientes intervenidos en el HUVM entre los meses de diciembre 2022 y enero 2023.
- Pacientes que van a ser intervenidos en horario de mañana 8:00h -15:00h.

Familiares:

- Padres, madres o tutores legales que los acompañan en el momento previo a la entrada al quirófano. Se seleccionará exclusivamente una

persona, puesto que en la entrada al quirófano sólo se permite el acceso a un acompañante. Será este el seleccionado para objetivar el análisis de los datos.

- Pacientes y familiares que firmaron el consentimiento informado. Los menores a través de sus padres/madres/tutores legales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no fueron candidatos a la intervención el día asignado para ello.
- Pacientes o familiares que revocaron el consentimiento informado.
- Padres incapaces de comprender la información transmitida por sus cualidades idiomáticas, demográficas o culturales.
- Pacientes que no cumplieron los criterios de inclusión previamente propuestos.

Para el tamaño muestral se seleccionaron los pacientes a través de la plataforma online Unidad de Gestión. En esta plataforma se encuentran los partes quirúrgicos. Se seleccionaron los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión durante los meses de duración del estudio. En el mes de diciembre se recogieron los datos del grupo control y en enero se aplicó el protocolo.

Las variables a estudio:

- Datos demográficos del paciente: edad, sexo y peso.
- Datos clínicos del paciente:
 - o ASA
 - o Tipo de cirugía realizada
 - o Ansiedad medida a través de escala M-YPAS
 - o Ansiedad medida a través de escala ICC
- Datos demográficos del progenitor acompañante: sexo.
- Datos clínicos del acompañante:
 - o Escala de valoración numérica de ansiedad

La población a estudio se eligió según la programación quirúrgica del hospital. Dicha programación es realizada por los cirujanos. Cada semana deciden qué pacientes van a operar y qué día, según tiempo quirúrgico, complejidad de la intervención, experiencia del médico que esté ese día en quirófano etc. El servicio de Anestesiología tiene acceso a modo de consulta a esta programación a través de la herramienta online Estación de Gestión.

Para realizar la compleja tarea del reclutamiento de los datos, cada semana se examinaba toda la programación quirúrgica del hospital y se seleccionaban los pacientes que cumplían criterios de inclusión al estudio. Se estableció que en diciembre se tomarían los datos sin aplicación del protocolo, es decir, tal y cómo se venía haciendo en el HUVVM hasta ahora, y enero, aplicándolo.

El proceso de confirmar la inclusión de los pacientes, obtener el consentimiento y aplicar las escalas era recogido de forma desinteresada por el facultativo o residente de anestesia encargado de ese quirófano cada día. Previamente al inicio de la recogida de datos, se informó a los profesionales del servicio de Anestesiología implicados. Se les explicó en qué consistía el estudio, variables que debían recoger y se les hizo entrega de fotocopias en papel con las escalas impresas para que las aplicasen fácilmente a sus pacientes.

Se requería la colaboración de simultánea de varios miembros del servicio porque cada día había más de un quirófano con niños para operarse que cumplían criterios de inclusión. Es por ello que la recogida de datos del intraoperatorio (valoración de escalas ICC, M-YPAS y EVA) no podía hacerse exclusivamente por una persona.

El resto de la recogida de datos (demográficos y clínicos) se hizo exclusivamente por la investigadora principal del protocolo. El análisis estadístico fue realizado por una investigadora externa de FISEVI.

En el mes de enero, durante la aplicación del protocolo, se siguió la misma metodología explicada. La diferencia se estableció previa a la entrada a quirófano cuando la investigadora principal se acercaba a la habitación de pediatría, y entregaba a los niños el cuento "*Macarena va al quirófano para ponerse buena*" y a los padres las hojas informativas. Si los pacientes eran los primeros del parte y estaban ingresados se visitaban la tarde previa, si eran los segundos o posteriores del parte, se hacía esa misma mañana.

Ninguna de las medidas del nuevo protocolo interfirió con el resto de protocolos que se llevan a cabo en la cirugía de los pacientes pediátricos, respetándose el acompañamiento en caso de existir la posibilidad, y la administración de ansiolítico preoperatorio oral.

Una vez finalizada la intervención quirúrgica, el paciente era llevado a la sala de despertar anestésica o bien a unidad de cuidados intensivos pediátricos si correspondía. Un progenitor disponía de acceso a la unidad para acompañar al niño las horas que pasase allí hasta su total recuperación anestésica. Tras esto, niños y familiares eran trasladados a la habitación para posteriormente ser dados de alta a domicilio con las indicaciones de su cirujano.

Resumen del paso a paso de la aplicación del protocolo en el grupo control:

- 1.Recepción del paciente y familiares dentro del área quirúrgica por el anestesiólogo responsable. Minutos antes de la cirugía.

2. Saludo cordial, comprobación de ayuno, alergias, tipo de intervención y firma del consentimiento.
3. Separación del niño y de sus padres, entrada al quirófano.
4. Aplicación de la mascarilla facial, inducción anestésica inhalatoria y comienzo de la cirugía.

Resumen del paso a paso de la aplicación del protocolo en el grupo intervención:

1. Visita del anestesiólogo al paciente y familiares en su habitación en planta de pediatría la tarde de antes de la cirugía si ha ingresado el día de antes. O visita en la habitación del paciente a primera hora de la mañana del día del ingreso, horas antes de la cirugía si ingresa ese mismo día.
2. Entrega del cuento infantil al niño y de los documentos informativos a sus padres.
3. Los pasos siguientes son iguales a los del grupo control.

En los dos grupos, una vez inducida la anestesia se procede a la canalización de la vía periférica y al comienzo de la cirugía. Terminada la intervención se traslada al pequeño a la sala del despertar donde estará acompañado de un familiar hasta el traslado a su habitación.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se presenta como distribución de frecuencias, las variables cuantitativas lo hacen a través de la media y desviación estándar (DE), las variables cuantitativas que mostraron distribución asimétrica se muestran como mediana y rango intercuartílico (RIC) tras realizar los test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. La asociación entre variables cualitativas fue evaluada a través de las pruebas de chi-cuadrado. Para la comparación entre dos grupos independientes, cuando la variable cuantitativa se ajustaba a una distribución normal se usó la prueba t para igualdad de medias. Para las variables cuantitativas que no se ajustaron a una distribución normal se utilizó la prueba no paramétrica para el contraste de hipótesis de U de Mann-Whitney para muestras independientes. Para el estudio de correlación entre las escalas (M-YPAS, ICC y EVA) se calcularon los intervalos de confianza de correlación no paramétrica rho de Spearman. El análisis estadístico se realizó aceptando un nivel de significación del 5%. Para el procesamiento y el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

La información requerida para construir la base de datos fue recopilada a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. Se asignó un código único a cada paciente para preservar su identidad. Se obtuvo autorización para acceder a las historias clínicas por parte de la Dirección Médica y el Servicio de Documentación Clínica del Hospital, así como del PEIBA.

Resultados:

En términos de género, el 30% de la muestra correspondió a niñas y el 70% a varones. Respecto a la clasificación ASA, tratada como una variable cualitativa, el 69% de los pacientes fueron clasificados como ASA I, el 20% como ASA II y el 11% como ASA III (n=43).

En cuanto a las especialidades quirúrgicas, se observó una distribución del 53,5% en Cirugía, el 21% en Otorrinolaringología, el 11,6% en Oftalmología y una distribución similar en Radiodiagnóstico, Cirugía Plástica y Traumatología.

En relación a los progenitores que acompañaron a los pacientes, se encontró que en un 83% de los casos fue la madre quien estuvo presente, mientras que solo un 17% correspondió a los padres.

Resultados de comparación de EVA entre grupo A/B: EVA es la única variable que estudiada por grupos se comporta como normal por lo que la prueba estadística utilizada es t-student. Los padres del grupo control presentaron una media de 6,52 puntos sobre 10 ($6,52 \pm 2,2$ DE versus $4 \pm 1,96$, con $p=0,01$). Frente al grupo intervención que mostró 4 puntos. (Tabla 1).

La escala ICC presentó una media de 2,31 puntos en el grupo control y 2,29 en el grupo experimental ($2,31 \pm 2,55$ DE versus $2,29 \pm 2,05$), sin diferencias entre grupos.

La escala M-YPAS presentó una media de 44'27 puntos en el grupo A y de 30'79 en el grupo intervención ($44,27 \pm 2,0$ DE versus $30,79 \pm 1,67$, con $p=0,01$). Hay diferencias significativas entre grupos. (Tabla 2).

En el estudio de correlación entre las escalas de la ansiedad aplicada a los pacientes pediátricos y a sus padres se obtuvo en todos los casos una correlación estadísticamente significativa. El análisis estadístico empleado para esta correlación no paramétrica fue Rho de Spearman, a través de sus intervalos de confianza. Los resultados de dichos intervalos fueron los siguientes: Rho de Spearman para ICC-MYPAS valor de Rho: 0,414, para ICC-EVA valor de Rho: 0,352, MYPAS-EVA valor de Rho: 0,657. (Tabla 3).

Limitaciones y fortalezas:

La principal limitación del programa es la entrega tardía de documentos del protocolo a las familias, a veces el mismo día de la cirugía. Se propone entregarlos desde la consulta de preanestesia para permitir a las familias más tiempo para revisar y comprender la información.

La segunda limitación es la dificultad para organizar visitas a los quirófanos el día previo a la cirugía debido a la variabilidad en los horarios de ingreso de los pacientes y la programación ajustada de las cirugías. La carga asistencial elevada del hospital dificulta encontrar mo-

mentos disponibles respetando la privacidad y la operatividad del área quirúrgica. Aunque se realiza en otros lugares, no es viable ni factible en nuestro entorno.

La fortaleza radica en que, al tener cirugía infantil integrada en los partes quirúrgicos habituales, el volumen de pacientes elegibles es manejable. Esto minimiza las pérdidas y facilita la aplicación del protocolo a todos los pacientes y sus familiares.

Conclusiones:

Este estudio resalta la importancia de abordar la ansiedad preoperatoria tanto en niños como en padres en el contexto de la cirugía pediátrica. La implementación de un programa de preparación psicológica, como el utilizado, puede tener múltiples beneficios, incluyendo la reducción de la ansiedad, una recuperación favorable y la promoción de una experiencia más positiva para todos los involucrados.

La relación entre la ansiedad de los padres y la ansiedad de los pacientes resalta la influencia emocional de los padres en sus hijos, lo cual puede aumentar o disminuir la ansiedad que los niños experimentan antes de la cirugía. Por tanto, es esencial ofrecer respaldo emocional a los padres y enseñarles técnicas útiles para manejar su propia ansiedad, ya que esto puede tener un efecto beneficioso en los pequeños.

Sumado a la intervención basada en cuentos ilustrados. Esta herramienta visual y narrativa contribuye a una mayor comprensión por parte de los niños acerca del procedimiento quirúrgico, lo que les permite afrontar la cirugía con mayor serenidad.

Bibliografía:

1. Fiszson Herzberg V. Psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica: un beneficio en la calidad asistencial de nuestros pacientes más pequeños. Vol. 29, Revista de Calidad Asistencial. 2014
2. Álvarez García N, Gómez Palacio V, Siles Hinojosa A, Gracia Romero J. Psicoprofilaxis quirúrgica audiovisual en cirugía general pediátrica: ¿podemos disminuir la ansiedad del niño y de su familia? *Cir Pediatr.* 2017;30(4).
3. Manyande A, Cyna AM, Yip P, Chooi C, Middleton P. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.
4. Maroto García JJ, Sáez Álvarez EJ, Martínez Riera JR. Psicoprofilaxis quirúrgica en Pediatría. Evaluación de un programa fundamentado en la magia. *Revista ROL de Enfermería.* 2022;45(6).

5. Hamza Taha SM, Hassan El-Sayed RES. Effect of an Educational Comic Story about Preoperative Orientation on Information and Anxiety Level of Children Undergoing Surgery. *Clin Nurs Res.* 2021;30(6).
6. Ghabeli F, Moheb N, Hosseini Nasab SD. Effect of Toys and Preoperative Visit on Reducing Children's Anxiety and their Parents before Surgery and Satisfaction with the Treatment Process. *J Caring Sci.* 2014;3(1).
7. Velayos M, Estefanía K, Álvarez M, Sarmiento MC, Moratilla L, Hernández F, et al. Healthcare staff as promoters of parental presence at anesthetic induction: Net Promoter Score survey. *World J Clin Pediatr.* 2021;10(6).
8. Rangel Ávila F, Haro Haro JM, García Méndez N. La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012;59(2).
9. Shih MC, Elvis PR, Nguyen SA, Brennan E, Clemmens CS. Parental Presence at Induction of Anesthesia to Reduce Anxiety: A Systematic Research and Meta-Analysis. *Journal of Perianesthesia Nursing.* 2023;38(1).

**PREMIO FUNDACIÓN REPETTO, AL AUTOR DEL
MEJOR TRABAJO PRESENTADO SOBRE TEMA
LIBRE DE “GESTIÓN SANITARIA”**

**“GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA Y TIEMPO
DE RESPUESTA QUIRÚRGICOS EN
ANDALUCÍA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y
ESTRATEGIAS DE MEJORA”**

Autor: Ángel Chimenea Toscano

La demora en la atención quirúrgica es una de las principales inquietudes tanto de la población como de la administración en el contexto de los sistemas de salud públicos. En Andalucía, se valora la importancia de proporcionar atención quirúrgica universal, adaptándose constantemente a unas necesidades cambiantes y a las aspiraciones de una sociedad en evolución.

El presente documento ofrece un análisis detallado de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) en el contexto de la atención médica en Andalucía, destacando su relevancia como un factor regulador de la demanda quirúrgica. Se enfoca en varios aspectos clave que presentan impacto en la LEQ, incluyendo el efecto de la pandemia por COVID-19, los retos que enfrentan los hospitales y la situación específica en esta región de España.

Uno de los aspectos más destacados es la percepción generalizada de los ciudadanos sobre la existencia de retrasos en la atención sanitaria, lo cual se refleja en las encuestas de satisfacción. Los retrasos en las cirugías electivas no solo afectan la a calidad de vida de los pacientes, sino que también pueden postergar la aplicación de mejoras en la salud, lo que a su vez puede tener consecuencias más graves.

La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto sustancial en la realización de procedimientos quirúrgicos, con una disminución del 23% a nivel mundial, contribuyendo al aumento sostenido de la LEQ. Andalucía experimentó un incremento considerable en su LEQ, siendo la Comunidad Autónoma con el mayor crecimiento absoluto y la cuarta en términos proporcionales a nivel nacional.

Este incremento en la LEQ plantea desafíos significativos para la gestión de la atención quirúrgica en la región, y nos da idea de la magnitud del problema y la necesidad de recursos para su solución. Actualmente, las especialidades de Oftalmología, Traumatología y Cirugía General engloban a la mayoría de los pacientes en la LEQ en Andalucía. Otras especialidades con tasas de demora superiores a seis meses, como Neurocirugía y Cirugía Plástica, requieren estrategias específicas para abordar las demoras.

Los hospitales a su vez se enfrentan a una serie de retos que incluyen la necesidad de mejorar la programación quirúrgica, optimizar la eficiencia operativa, adoptar herramientas digitales para la gestión de la información y minimizar los costos asociados.

La situación actual revela que se necesita una estrategia integral para abordar la LEQ de manera efectiva. En el presente documento proponemos un conjunto de principios básicos de actuación que buscan involucrar activamente a los profesionales de la salud, fomentar la transparencia en la información proporcionada a los pacientes, permitir la atención en cualquier centro público, promover la colaboración entre hospitales públicos y privados, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y aplicar la priorización para garantizar una atención médica equitativa y de alta calidad.

Planteamos por último la implementación de un conjunto de medidas estratégicas destinadas a abordar de manera efectiva la LEQ en Andalucía. Estas medidas se agrupan en ocho paquetes de acción, cada uno dirigido a enfoques específicos para reducir las demoras y mejorar la gestión de la LEQ:

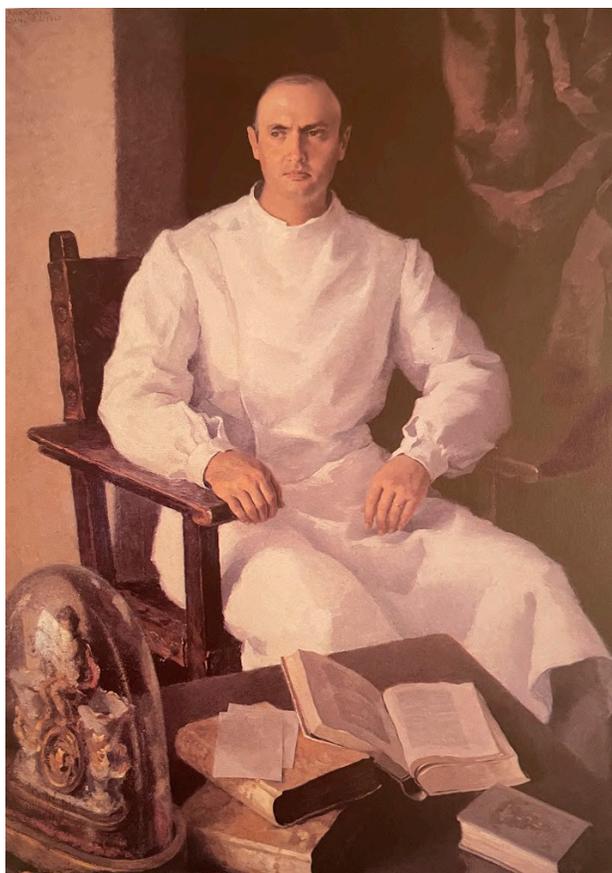
- Para el control de las entradas proponemos la implantación de evaluaciones rigurosas, el establecimiento de criterios claros de inclusión en LEQ, la necesidad de explorar opciones de tratamiento alternativo, y la promoción consultas multidisciplinarias.
- El incremento de las salidas debe basarse en la expansión de quirófanos, contratación de personal, colaboración con clínicas privadas, optimización de procesos, la telemedicina, implantación de nuevos incentivos, planificación a largo plazo y la realización de cirugías menores en los centros de salud.
- Destacamos la importancia de evaluar y mejorar la eficiencia en la gestión quirúrgica, centrándose en la complejidad en lugar del volumen.
- Proponemos además indicadores de rendimiento quirúrgico y estrategias para optimizar procesos, priorizar casos, asignar recursos con el máximo de eficiencia y reducir tiempos de espera preoperatorios.

- Subrayamos la necesaria colaboración entre hospitales de referencia y comarcales como clave para aliviar la sobrecarga en la LEQ, proponiendo programas de rotación, acuerdos formales, y la evaluación continua como formas de lograr una atención equitativa y oportuna.
- Además de los indicadores quirúrgicos tradicionales deben explorarse nuevos sistemas de medida y control, como los indicadores de valor, de continuidad de la atención y de utilización de recursos.
- La colaboración con la atención primaria resulta esencial y se logra mediante una comunicación fluida, derivaciones adecuadas, evaluación conjunta y seguimiento continuo de los pacientes.
- La humanización y la atención centrada en la persona deben vertebrar todas las medidas anteriores, basándose en la atención personalizada, el apoyo emocional, y la coordinación de cuidados.
- La gestión de la LEQ en Andalucía requiere un enfoque integral que aborde los desafíos actuales y futuros, involucrando a profesionales de la salud, mejorando la eficiencia y priorizando la atención equitativa y de calidad para los pacientes.

8) DONACIONES

El Dr. D. Juan Andréu-Urra Álvarez ha donado a la Academia un retrato de su abuelo, el Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Andréu Urra, que fuera académico de número de esta Corporación.

Se trata de un óleo sobre lienzo de 181 x 130 cms. titulado “Retrato del catedrático Dr. D. Juan Andréu Urra”, realizado por el reconocido pintor sevillano Juan Miguel Sánchez Fernández (1900-1973), y que obtuvo el 2º Premio en la Exposición Nacional de Pintura de 1947.



Fue recibido el cuadro en la sesión ordinaria celebrada el 1 de junio de 2023, en la que el Dr. Andréu-Urra Álvarez hizo la siguiente semblanza de su abuelo:

JUAN ANDRÉU URRA

Vitoria (Álava), 14.IV.1905 – Panticosa (Huesca), 5.VIII.1955.

Médico, catedrático, internista.

Decidido vocacionalmente por la Medicina tras sus estudios de bachillerato, cursó los estudios de licenciatura en la Facultad de Valladolid. Ya por entonces se manifestó en él el deseo no sólo de aprender, sino el de enseñar y soportar responsabilidades, siendo designado durante los primeros años de la carrera jefe de grupo de disección del Instituto Anatómico Sierra. Más tarde, ya en su período clínico, fue alumno interno por oposición en la cátedra de Patología y Clínica Médica. Demostró entonces sus cualidades y, siendo estudiante, publicó un trabajo titulado *Un caso de absceso pulmonar metaneumónico* y otro sobre el metabolismo hidrocarbonado de los centros nerviosos, colaborando con uno de los profesores adjunto de la cátedra, Vicente Calvo Criado.

Alumno excepcional, al terminar la carrera obtuvo el Premio Extraordinario de licenciatura.

Prestigiado por su currículo y su trabajo diario, en 1925, recién acabada la carrera, fue designado profesor auxiliar de la cátedra de Patología Médica que regentaba el que fue su maestro, Misael Bañuelos García, dedicando su vida a la cátedra tanto en la clínica como en el laboratorio. En 1928 obtuvo en Madrid el grado de doctor con su tesis *Grupos sanguíneos*.

Su pasión por aprender e incorporar las nuevas corrientes europeas le llevó a solicitar en 1929, y le fue concedida, a la Junta de Ampliación de Estudios una pensión para asistir a la Clínica Universitaria de Würzburg (Alemania) que dirigía el afamado profesor Erich Grafe, en donde permaneció hasta 1931. Allí trabajó sobre problemas relacionados con el metabolismo en los pacientes tuberculosos y su influjo sobre la nutrición. Durante ese tiempo realizó concomitantemente estancias más cortas en París con el profesor Lubbe, en Berna con el profesor Leon Asher, en Frankfurt con el profesor Fr. Volhard y en Heidelberg con el profesor Ludolf Krehl.

De vuelta a España, le plantea a su maestro su deseo de opositar a cátedra para la que se consideraba preparado en esos momentos. En 1932, a la edad de veintisiete años, obtuvo, por oposición, tras brillantes ejercicios, la cátedra de Patología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Sevilla. Impregnado de la escuela de su maestro, rebosaba una gran honradez profesional y científica, a la vez que una enorme capacidad de trabajo, sencillez y armonía entre lo real y especulativo. Convencido absoluto de la importancia de la historia

clínica y la exploración, insistía que no se podía practicar correctamente la medicina si no se ponían los cinco sentidos en su realización. Desde su llegada a Sevilla creó un ambiente de trabajo excepcional irradiando un nuevo concepto de la enseñanza y la clínica, rodeándose rápidamente de un numeroso grupo de colaboradores. Creó una importante escuela de Medicina Interna en esta ciudad, saliendo de ella numerosos especialistas no sólo de esa disciplina, sino también en el campo de la Endocrinología. Entre sus discípulos cabe citar a José León Castro, José Villar Caso, Arturo Zoffmann, José María Cortés Muñoz, Ricardo Cubiles Martínez y Antonio Herrera Torres, algunos de los cuales alcanzaron la categoría de catedráticos de la universidad española.

Su aportación científica fundamental estuvo relacionada con los temas endocrinológicos y más concretamente con el sistema hipotálamo-hipofisario.

Sus estudios sobre el metabolismo de los hidratos de carbono en determinadas enfermedades como la acromegalia, la enfermedad de Cushing de origen hipofisario, el gigantismo, la enfermedad de Frohlich, la caquexia hipofisaria y la diabetes insípida, fueron reconocidos en el mundo científico español y sus aportaciones fueron presentadas no sólo a los congresos que se realizaban en España sino fuera de ella, principalmente en Alemania. Abordó el estudio de la relación de la hipófisis con la diabetes mellitus, llamando la atención sobre el posible efecto contrainsular de la hipófisis no sólo por la hiperproducción de hormonas diabetógenas sino también por exceso de hormona suprarrenalotropa. Trabajó en las alternativas terapéuticas de esta enfermedad en esos momentos, incluso publicó un trabajo sobre el posible papel de la radioterapia en ella.

Entre sus publicaciones sobresale su relevante colaboración en el libro *Manual de Patología Médica* (Barcelona, 1943) que, publicado bajo la dirección de Misael Bañuelos, se convirtió en una de las obras de referencia más importante de la Medicina española de su momento. En él escribió en solitario todos los capítulos correspondientes a las enfermedades de las glándulas de secreción interna, las enfermedades del metabolismo y las enfermedades del riñón. Su capacidad didáctica como escritor médico quedó expresada en ellos con la misma maestría con que atraía a sus alumnos a sus clases. Hombre de mente clara y profunda, expresó en ellos cuanto debía saber un médico de su tiempo, así como permitía el estudio a los estudiantes de Medicina, aunque no les exigía todo su contenido. Su producción científica ocupó todos los campos de la Medicina Interna además de la Endocrinología, publicando muchos trabajos en revistas alemanas, dada su formación en este país y las relaciones que mantenía con los que habían sido sus maestros.

Destacan sus artículos sobre enfermedades de la sangre, enfermedades infecciosas y enfermedades endocrinas y del metabolismo.

Fue decano de la Facultad de Medicina de Sevilla desde 1949, director del Hospital Central de Sevilla desde 1943, presidente del Colegio Oficial Provincial de Médicos de Sevilla (1945-1947), siendo vocal además del Consejo General de Colegios Médicos, vicepresidente de la Sociedad Espa-

ñola de Cardiología y vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Interna, realizando en todos ellos una meritoria labor con una capacidad de entrega y trabajo poco común en su época. En 1950, fue nombrado delegado de España en el comité director de la Sociedad Internacional de Medicina, de la Alemana de Hematología y del Consejo de Redacción de la *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*.

Recibió multitud de distinciones, y entre ellas la Medalla de Campaña en 1939; en 1944 recibió la Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad y en 1951 la Gran Cruz de la misma Orden.

El 3 de febrero de 1952 ingresó como académico de número en la Real Academia de Medicina de Sevilla con el discurso *Hipófisis y Diabetes*, en el que puso de manifiesto no sólo sus profundos conocimientos en la materia, sino su importante aportación en este campo de la Medicina no muy conocido hasta ese momento. Le contestó el Dr. D. Gabriel Sánchez de la Cuesta.

Obras de ~: con M. Bañuelos, *Manual de Terapéutica Clínica*, Madrid, Editorial Científico-Médica, 1941-1942; “Enfermedades de las glándulas de secreción interna, las Enfermedades del metabolismo y las Enfermedades del riñón”, en M. Bañuelos (ed.), *Manual de Patología Médica*, Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1943; *Hipófisis y diabetes*, Sevilla, Escuela de Estudios Iberoamericanos, 1952; *Hipófisis: fundamentos, patología y clínica*, Barcelona, Editorial Científico- Médica, 1954.

Bibl.: G. Sánchez de la Cuesta, *Contestación al Discurso de ingreso del Ilmo. Sr. D. Juan Andreu Urra*, Real Academia de Medicina de Sevilla, 3 de febrero de 1952; G. Marañón, “El Profesor Andreu Urra”, en *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*, 15 (1956), págs. 3-6; A. Hermosilla Molina, *Mi Facultad de Medicina*, Sevilla, Biblioteca Guadalquivir, 1991, págs. 78-85; M. Díaz-Rubio, *100 médicos españoles del siglo xx*, Madrid, You & Us, 2000.



Dres. Infantes, Castro, González, Andréu-Urra y Colmenero

RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES OTORGADOS A MIEMBROS DE NUESTRA CORPORACIÓN

El 24 de enero la Real Academia de Bellas Artes de Santa Isabel de Hungría nombró académico de honor numerario a monseñor Juan José Asenjo Pelegrina, académico de erudición en Teología de la RAMSE.

El 28 de febrero nuestro académico de honor, Dr. D. Ramiro Rivera López, recibió la Medalla de Andalucía a la Investigación, la Ciencia y la Salud, de manos del presidente de la Junta de Andalucía.

El 6 de marzo recibió la Medalla de Oro del Excmo. Ateneo de Sevilla, nuestro académico correspondiente, D. Alberto Máximo Pérez Calero.

El 7 de marzo, el Ayuntamiento de Sevilla, rotuló una plaza del barrio de Triana con el nombre de Profesor Hugo Galera.

El 30 de mayo se concedió la Medalla de la Ciudad por parte del Ayuntamiento de Sevilla, a título póstumo, a D. Emilio Gómez González, académico correspondiente de la RAMSE, fallecido el 21 enero de 2023.

El 3 de octubre, el Dr. D. José López Barneo, académico de número de las Reales Academias de Medicina y de Ciencias de Sevilla, fue galardonado por el Ministerio de Ciencia e Innovación con el Premio Nacional de Investigación “Santiago Ramón y Cajal” en el área de Biología, en reconocimiento a su extraordinaria carrera profesional.

El 2 de noviembre, el Dr. José Peña Martínez, académico de número de la RAMSE, fue designado académico de honor de la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba.

COMPOSICIÓN ACTUAL DE LA ACADEMIA

JUNTA DE GOBIERNO

Presidente: Excmo. Sr. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón

Vicepresidente: Ilmo. Sr. Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello

Secretario General: Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín

Vicesecretario: Ilmo. Sr. Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra

Tesorero: Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Poblador Torres

Bibliotecario: Ilmo. Sr. Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Conservador: Ilmo. Sr. Dr. D. Pedro de Castro Sánchez

Vocal: Ilmo. Sr. Dr. D. José Antonio Milán Martín, con la colaboración especial del Ilmo. Sr. Dr. D. José Peña Martínez

ACADÉMICOS DE HONOR

Sir Alexander Fleming (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Jiménez Díaz (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Teófilo Hernando Ortega (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Hermenegildo Arruga Liró (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Severo Ochoa de Albornoz (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Lora Tamayo (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Federico Mayor Zaragoza

Excmo. Sr. Dr. D. Demetrio Sodi Pallarés (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Ramón Castroviejo Briones (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Valentín Matilla Gómez (†)

Excma. Sra. Dra. D.^a Ann Martin Graybiel

Excmo. Sr. Dr. D. Diego Figueras Aymerich (†)

Excmo. Sr. Dr. D. José de Palacios Carvajal (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Joaquín Barraquer Moner (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Luis Rojas Marcos de la Viesca

Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Cruz Hernández (†)

Excmo. Sr. Dr. D. Pedro Brugada i Tarradellas

Excmo. Sr. Dr. D. Ramiro Rivera López

Excmo. Sr. Dr. D. Cristóbal Pera Blanco-Morales

Excma. Sra. Dra. D.^a María Isabel Polanco Allué

Excmo. Sr. Dr. D. Valentín Fuster Carulla (ELECTO)

ACADÉMICOS DE ERUDICIÓN

- Ilmo. y Rvdo. Fr. Serafín de Ausejo (†), Teología
- Ilmo. Sr. D. Jesús de las Cuevas Velázquez–Gaztelu (†), Literatura
- Excmo. Sr. D. José Hernández Díaz (†), Historia del Arte
- Excmo. y Rvdo. Fr. Carlos Amigo Vallejo, cardenal arzobispo de Sevilla (†), Teología
- Excmo. Sr. D. Manuel Olivencia Ruiz (†), Jurisprudencia
- Ilma. Srta. Dña. Rosario Parra Cala, Ciencias Bibliográficas
- Excmo. y Rvdo. D. Juan José Asenjo Pelegrina, arzobispo de Sevilla, Teología
- Ilmo. Sr. D. Jesús Miguel Palomero Páramo, Historia del Arte
- Excmo. Sr. D. Pedro González-Trevijano Sánchez, Jurisprudencia

ACADÉMICOS DE NÚMERO

- Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Pera Madrazo. T.P. 20 de octubre de 1983
- Excmo. Sr. Dr. D. Jaime Rodríguez Sacristán. T.P. 13 de diciembre de 1987
- Ilmo. Sr. Dr. D. José Rojas Rodríguez. T.P. 13 de noviembre de 1988
- Ilmo. Sr. Dr. D. José Luis Serrera Contreras. T.P. 4 de marzo de 1990
- Excmo. Sr. Dr. D. Pedro Sánchez Guijo. T.P. 7 de octubre de 1990
- Excmo. Sr. Dr. D. Benito Valdés Castrillón. T.P. 20 de diciembre de 1992
- Ilmo. Sr. Dr. D. José Antonio Durán Quintana. T.P. 17 de diciembre de 1995
- Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Martínez Manzanares. T.P. 30 de mayo de 1999.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello. T.P. 21 de noviembre 1999
- Ilmo. Sr. Dr. D. Fernando Sáenz López de Rueda. T.P. 27 de abril de 2002
- Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Bautista Alcañiz Folch. T.P. 23 de noviembre de 2002
- Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón. T.P. 28 de noviembre de 2004
- Ilmo. Sr. Dr. D. Antonio Piñero Bustamante. T.P. 19 de octubre de 2008
- Ilmo. Sr. Dr. D. José María Rubio Rubio. T.P. 12 de diciembre de 2010
- Excmo. Sr. Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández. T.P. 10 de abril de 2011
- Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Sabaté Díaz. T.P. 4 de marzo de 2012
- Ilmo. Sr. Dr. D. Jesús Loscertales Abril. T.P. 7 de octubre de 2012
- Ilmo. Sr. Dr. D. José Cantillana Martínez. T.P. 21 de octubre de 2012
- Ilmo. Sr. Dr. D. José López Barneo. T.P. 25 de noviembre de 2012
- Ilmo. Sr. Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra. T.P. 3 de marzo de 2013
- Ilmo. Sr. Dr. D. Felipe Martínez Alcalá. T.P. 16 de junio de 2013
- Ilmo. Sr. Dr. D. Pedro de Castro Sánchez. T.P. 20 de junio de 2013
- Excmo. Sr. Dr. D. José Peña Martínez T.P. 9 de marzo de 2014
- Ilmo. Sr. Dr. D. Ricardo González Cámpora. T.P. 18 de mayo de 2014

- Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Javier Briceño Delgado. T.P. 15 de junio de 2014
- Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín. T.P. 26 de octubre de 2014
- Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Murillo Capitán. T.P. 17 de mayo de 2015
- Ilma. Sra. Dra. - Dña. Salud Borrego López. T.P. 15 de noviembre de 2015
- Ilmo. Sr. Dr. D. Santiago Durán García. T.P. 25 de febrero de 2018
- Ilmo. Sr. Dr. D. Rogelio Garrido Teruel. T.P. 8 de abril de 2018
- Ilmo. Sr. Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé T.P. 9 de mayo 2021
- Ilmo. Sr. Dr. D. Hugo Galera Ruiz. T.P. 23 de mayo de 2021
- Ilmo. Sr. Dr. D. Manuel Ortega Calvo. T.P. 13 de junio de 2021
- Ilmo. Sr. Dr. D. Guillermo Izquierdo Ayuso. T.P. 31 de octubre de 2021
- Ilmo. Sr. Dr. D. José Antonio Milán Martín. T.P. 21 de noviembre de 2021
- Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Poblador Torres. T.P. 12 de diciembre de 2021
- Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Trujillo Madroñal. T.P. 20 de febrero de 2022
- Ilmo. Sr. Dr. D. Alberto García-Perla García. T.P. 19 de febrero de 2023
- Ilmo. Sr. Dr. D. Jaime Boceta Osuna. T.P. 5 de marzo de 2023
- Ilmo. Sr. Dr. D. Joaquín Lucena Romero. T.P. 16 de abril de 2023
- Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Ortiz Leyba. T.P. 7 de mayo de 2023
- Ilma. Sra. Dra. Dña. Inmaculada Concepción Arroyo. T.P. 4 de junio de 2023
- Ilmo. Sr. Dr. D. Salvador Morales Conde. T.P. 12 de noviembre de 2023

ACADÉMICOS DE NÚMERO ELECTOS

- Dr. D. Francisco M. Camacho Martínez
- Dr. D. José María Cruz Fernández

ACADÉMICOS DE NÚMERO EMÉRITOS

- Ilmo. Sr. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez
- Ilmo. Sr. Dr. D. Joaquín Núñez Fuster

ACADÉMICOS HONORARIOS

- Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Losada Villasante
- Excmo. Sr. Dr. D. Javier Aracil Santonja
- Ilmo. Sr. Dr. D. Ángel Martínez Sahuquillo

SECCIONES DE LA REAL ACADEMIA

1º. SECCIÓN DE ESPECIALIDADES COMPLEMENTARIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS:

- Dr. D. José Luis Serrera Contreras (Análisis Clínicos)
- Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello (Medicina Nuclear)
- Dr. D. Juan Sabaté Díaz (Diagnóstico por la Imagen)
- Dr. D. José Peña Martínez (Inmunología Médica)
- Dr. D. Ricardo González Cámpora (Anatomía Patológica)
- Dra. D.^a Salud Borrego López (Genética Médica)

2º.- SECCIÓN DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MEDICAS:

- Dr. D. Jaime Rodríguez Sacristán (Psiquiatría).
- Dr. D. José Rojas Rodríguez (Cardiología).
- Dr. D. Pedro Sánchez Guijo (Medicina Interna).
- Dr. D. José Antonio Durán Quintana (Farmacología Clínica).
- Dr. D. Carlos Martínez Manzanares (Medicina Interna. Geriatria).
- Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra (Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas).
- Dr. D. Felipe Martínez Alcalá (Medicina Interna. Aparato Digestivo).
- Dr. D. Federico Argüelles Martín (Pediatria).
- Dr. D. Enrique Murillo Capitán (Oncología).
- Dr. D. Santiago Durán García (Endocrinología y Nutrición)
- Dr. D. Manuel Ortega Calvo (Medicina Familiar y Comunitaria)
- Dr. D. Guillermo Izquierdo Ayuso (Neurología)
- Dr. D. José Antonio Milán Martín (Nefrología)
- Dr. D. Carlos Ortiz Leyba (Medicina Intensiva)
- Dra. D.^a Inmaculada Concepción Arroyo (Hematología)

3º.- SECCIÓN DE CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS:

- Dr. D. Carlos Pera Madrazo (Cirugía General y Digestiva).
- Dr. D. Fernando Sáenz López de Rueda (Cirugía Ortopédica y Traumatología).
- Dr. D. Juan Bautista Alcañiz Folch (Anestesia y Reanimación).
- Dr. D. Carlos Infantes Alcón (Cirugía Cardiovascular).
- Dr. D. Antonio Piñero Bustamante (Oftalmología).

- Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández (Urología).
- Dr. D. Jesús Loscertales Abril (Cirugía Torácica).
- Dr. D. José Cantillana Martínez (Cirugía General y Digestiva).
- Dr. D. Javier Briceño Delgado (Cirugía de Trasplante de Órganos).
- Dr. D. Rogelio Garrido Teruel (Obstetricia y Ginecología).
- Dr. D. Hugo Galera Ruiz (Otorrinolaringología).
- Dr. D. Enrique Poblador Torres (Obstetricia y Ginecología).
- Dr. D. Francisco Trujillo Madroñal (Neurocirugía)
- Dr. D. Alberto García-Perla García (Cirugía Maxilofacial)
- Dr. D. Salvador Morales Conde (Cirugía Laparoscópica, Gastrointestinal y de la Pared Abdominal)

4º.- SECCIÓN DE MEDICINA SOCIAL:

- Dr. D. Pedro de Castro Sánchez (Medicina del Trabajo).
- Dr. D. José María Rubio Rubio (Bioética).
- Dr. D. Jaime Boceta Osuna (Medicina Paliativa).
- Dr. D. Joaquín Lucena Romero. (Medicina Legal y Forense).

5º.- SECCIÓN DE CIENCIAS BÁSICAS:

- Dr. D. Benito Valdés Castrillón (Botánica)
- Dr. D. José López Barneo (Biomedicina)
- Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé (Historia de la Medicina)

ACADÉMICO CORRESPONDIENTE EXTRANJERO

- D. Edgardo Carosella. (Electo 2015)

NÓMINA DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES

- D. Juan Pedro Abaurrea Losada Premios 1980
- D. Joaquín Alanís López Electo 2014
- D. Félix Jesús Alañón Fernández Premios 2007
- D. Pedro Aljama García Electo 1989
- Dña. Ana María Álvarez Silván Electa 1996
- D. Anselmo Andrés Martín Premios 1988
- D. Estanislao Arana Fernández de Moya Premios 1997
- D. Juan Arenas Alcalá Premios 1982
- D. Antonio Ares Camerino Premios 2000

- Dña. Ana María Argüelles Arias Premios 2005
- D. Federico Argüelles Arias Premios 2000
- D. Eduardo Arquer Zuazúa Premios 1986
- D. Francisco Arquillo Torres Premios 1996
- D. Francisco Javier Arriaga Sanz Premios 1994
- D. Daniel Astolfi Fernández-Mensaque Premios 1966
- D. José Aznar López Premios 1975
- D. Antonio Aznar Martín Premios 1987
- D. Carlos José Ballesta López Electo 1994
- D. Rafael Balongo García Electo 2017
- Dña. Ángeles Baquerizo Ariza Electa 1991
- Dña. Leonor Bardallo Cruzado Premios 2004
- D. Gonzalo Barón Esquivias Electo 2018
- D. Valentín Barrera Vidal Premios 1986
- D. Antonio Barrios Merino Electo 2013
- D. Joseba Barroeta Urquiza Premios 2005
- Dña. María del Pilar Bellido Domínguez Premios 1993
- D. Juan Bellido Luque 2022
- D. Antonio Francisco Bellido Navarro Electo 2018
- D. Juan Manuel Bellón Caneiro Premios 1993
- D. José María Benítez Moya Premios 1988
- D. Pedro Benjumea Pino Premios 1991
- D. José Antonio Bermúdez de la Vega Premios 1991
- D. Lucas Bermudo Añino Premios 1985
- D. Alfonso Blanco Picabia Premios 1988
- D. Pedro Blasco Hernández Electo 2009
- D. José Bolaños Custodio Premios 1980
- D. Pedro Bullón Fernández Electo 1992
- D. Juan Luis Cabanillas Moruno Premios 2005
- Dña. Inmaculada Calvo Ramírez Premios 1998
- D. Manuel Camacho Laraña Electo 1982
- D. Pedro Camacho Laraña Electo 1991
- D. Francisco Campa Valera Electo 2018
- Dña. Pilar Campos Rodríguez Premios 2008
- D. Pedro Campoy Martínez Premios 1993
- D. Pedro Cano Luis Electo 2016
- D. Luis C. Capitán Morales Premios 1997
- Dña. María José Carbonero Celis Electa 2017
- Dña. Amparo Carmona Bono Electa 2013

- D. José Carpio Elías Premios 2008
- D. Andrés Carranza Bencano Premios 1989
- D. José María Carrascal Muñoz Premios 2007
- D. Diego Carriazo Ramírez Premios 1955
- D. Juan Luis Carrillo Martos Premios 1971
- Dña. Ana María Casas Fernández-Tejerina Premios 2007
- D. José María Castilla Garrido Electo 1976
- D. Leandro Castro Gómez Premios 1992
- D. Julián Castro Velilla 1987
- D. Antonio Chaparro Heredia Electo 2018
- Dña. Cristina Chinchilla Tristán Premios 2004
- D. Manuel Codes Manuel de Villena Electo 1993
- D. Manuel Concha Ruiz Electo 1989
- Dña. Amparo Conde Alcañiz Electa 2012
- D. José Ignacio Conejo-Mir Sánchez Premios 2004
- D. Julián Conejo-Mir Sánchez Premios 1980
- D. Miguel Congregado Loscertales Premios 2003
- D. Manuel Constantino Bermejo Premios 1984
- D. Juan Manuel Contreras Ayala Premios 2008
- D. Salomón Corcia Benarroch Electo 2022
- D. Eugenio M.^a Cordero Acosta Electo 2015
- D. Cristóbal Coronel Rodríguez Premios 1993
- Dña. Alicia Coveñas Alcañiz Premios 2002
- D. Miguel Cruz Giráldez Premios 2002
- D. José Cubero García Electo 1982
- D. Julio Cuesta Domínguez Electo 2023
- D. Miguel Ángel Cuesta Valentín Electo 1994
- D. Luis Salvador Cueto Álvarez Electo 2014
- D. Juan Luis Delcán Domínguez Premios 1972
- Dña. María del Carmen Delgado Jiménez Electa 2021
- D. Daniel Díaz Gómez Electo 2022
- D. Luis Salvador Diaz de la Llera Electo 2019
- D. Manuel Díaz Soto Electo 1998
- D. Fernando Docobo Durántez Premios 2002
- D. Ángel Domínguez Castellano Electo 2023
- D. Eduardo Domínguez-Adame Lanuza Electo 1994
- D. Juan Antonio Domínguez Sanz Premios 1972
- D. Francisco Doña Nieves Premios 1994
- Dña. Ana Durán Ferreras Premios 2007

- D. Andrés Durán Ferreras Premios 2007
- D. Eduardo Durán Ferreras Premios 2000
- D. Ignacio Durán Ferreras Premios 1998
- Dña. Carmen Echevarría Ruiz de Vargas Electa 2023
- D. Miguel A. Elorriaga García Premios 2002
- D. Jerónimo Escudero Ordóñez Premios 1980
- Dña. Mercedes Espigares Jiménez Premios 2005
- D. Rafael Espino Aguilar Electo 2016
- D. José Manuel Espinosa Gallardo Premios 1997
- D. José Eduardo Espinosa Guzmán Electo 2008
- D. Andrés Esteban Arbués Premios 2008
- D. Francisco Esteban Ortega Electo 2017
- D. Fernando Fabiani Romero Premios 2002
- Dña. Ana Fernández-Teijeiro Álvarez Electa 2022
- D. Alfredo Fernández Blanco Premios 1994
- D. Francisco Fernández Henares Premios 1986
- D. Juan Antonio Fernández López Electo 2013
- D. Luis Fernández López Premios 2009
- D. Carlos María Fernández Peruchena Premios 2007
- D. Alejandro Fernández de la Mota Rodríguez Electo 1991
- D. Manuel Fernández Sánchez Premios 2006
- D. Bartolomé Fernández Torres Premios 2007
- Dña. Cristina Paula Fernández Zamora Premios 2000
- D. Cayetano Flores Vicedo Premios 1999
- D. Juan Antonio Fournier Andray Premios 1986
- Dña. María Dolores Franco Fernández Electa 2023
- D. Alberto Franco González Premios 1983
- D. José L. Fuentes Valdés Premios 2002
- D. Francisco de la Gala Sánchez Electo 2018
- D. Bernabé Galán Sánchez Electo 2023
- D. Antonio Jesús Galindo Galindo Premios 1984
- Dña. Pastora Gallego García de Vinuesa Electa 2017
- D. Carlos Gálvez Martínez Premios 2008
- Dña. María Dolores Gamboa Fernández Premios 1985
- Dña. Begoña García Bravo Premios 1998
- D. Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz Electo 2022
- D. Federico García de la Concha Delgado Premios 1987
- D. Lutgardo García Díaz Electo 2019
- D. Sebastián García Fernández Premios 1980

- Dña. María Ángeles García Frasset Premios 2009
- Dña. María José García Hernández Premios 1999
- Dña. Alicia García López Electa 2008
- Dña. Olga García López Premios 2008
- D. Gerardo García Matas Premios 2003
- D. Francisco García Merino Premios 1990
- D. Cesáreo García Ortega Premios 1999
- D. Marceliano García Pérez Premios 1999
- D. Germán Garrido Klinge Electo 1999
- D. Fidel Gayoso Gómez Premios 1982
- D. Miguel Gili Miner Electo 2004
- Dña. M.^a del Carmen Giménez Muñoz Premios 2005
- D. Miguel Gimeno Azcona Electo 1991
- D. Ángel Ginel Cañamaque Premios 1979
- D. Diego Antonio Gómez Ángel Electo 2011
- D. Soledad Gómez Benítez Premios 1994
- D. Miguel Ángel Gómez Bravo Electo 2016
- D. Carlos Gómez Canga-Argüelles Electo 2019
- D. Monserrat Gómez de Terreros Guardiola Premios 1991
- D. Diego Gómez Reyes Premios 1986
- D. José Manuel González Infante Electo 1973
- D. Pedro Luis González Castro, de Premios 2004
- D. Antonio González-Meneses López Premios 2003
- Dña. Cristina González Ravina Premios 2008
- D. Ramón González de Echávarri Sánchez de la Cuesta Premios 2007
- D. Carlos Javier González-Vilardell Urbano Premios 1984
- D. Pablo Gotor Díaz Premios 1991
- Dña. Mercedes Granero Asencio Premios 2004
- D. Enrique Grave Wiechers Electo 1998
- D. José Luis Griera Borrás Premios 1982
- D. Juan Miguel Guerrero Montávez Electo 2011
- D. Antonio Guillén Quesada Premios 1986
- Dña. Encarnación Gutiérrez Carretero Electa 2020
- D. Estanislao Gutiérrez Sánchez Premios 2009
- D. Carlos Dante Heredia García Premios 1977
- D. Emilio Herrera Justiniano Premios 1977
- D. Alberto Herrera Saval Premios 2002
- D. Concepción Hidalgo Figueroa Premios 2005
- D. Rafael Jesús Hidalgo Urbano Electo 2015

- D. Mario Iceta Gavicagogeascoa Electo 2018
- D. Miguel Ángel Idoate Gastearena Electo 2022
- Dña. María Alcázar Iribarren Marín Premios 1995
- D. Carlos Iturrate Vázquez Premios 1978
- D. Ignacio Jáuregui Lobera Premios 2006
- Dña. Carmen María Jiménez-Castellanos Ballesteros Electa 1992
- D. Emilio Jiménez-Castellanos Ballesteros Electo 1992
- D. Juan Jiménez-Castellanos Ballesteros Premios 1978
- Dña. María Rosa Jiménez-Castellanos Ballesteros Premios 1989
- Dña. Rita Jiménez-Castellanos Ballesteros Premios 1980
- Dña. Rocío Jiménez-Castellanos Ballesteros Premios 1996
- D. Antonio Jiménez Caraballo Electo 2011
- D. Gregorio Jiménez Córdoba Premios 1991
- D. Antonio Jiménez García Premios 1979
- D. Eusebio Jiménez García Premios 1982
- D. Rafael Jiménez Merchán Electo 2015
- D. Manuel F. Jiménez Navarro Premios 2004
- D. Francisco Jiménez Parrilla Premios 2000
- Dña. Amparo Jiménez Planas Electa 2013
- D. Enrique Justo Alpañés Electo 1973
- D. José María Kindelan Jaquotot Premios 1994
- D. José M.^a Lazo-Zbikowski Taracena Electo 2013
- D. Pedro Alfonso Lazo-Zbikowski Taracena Premios 2004
- D. Santiago Ramón Leal Noval Premios 2006
- D. Antonio Leal Plaza Premios 2003
- D. Juan María León Asuero Premios 1996
- D. Julio León Garrido Premios 1982
- D. Miguel Librero Cuevas Electo 1999
- D. José María Llamas Carreras Electo 1993
- D. José Miguel Lloris Carsí Premios 1987
- D. Manuel López Alonso Premios 1992
- D. Horacio López Carlone Premios 1988
- D. Pedro López Cillero Electo 2003
- D. Julián López Delgado Premios 1992
- Dña. María Teresa López Díaz Electa 2003
- Dña. María Isabel López Garrido Electa 1984
- D. José Manuel López-Millán Infantes Premios 2004
- D. Antonio López Jiménez Electo 2011
- D. José López Miranda Electo 2017

- D. Francisco López Muñoz Electo 2023
- D. José María López Puerta Electo 1993
- D. José Francisco López Ruiz Electo 1990
- D. José María López Sánchez Electo 2023
- D. Ignacio López Villarino Premios 1996
- D. Fernando López Vizcaya Electo 1996
- D. Emilio López-Vidriero Tejedor Electo 2021
- D. Ángel Luque Martín Electo 1985
- D. Guillermo Machuca Portillo Premios 1987
- D. Jaime Marañón López Premios 1990
- D. Rafael Márquez de Aracena del Cid Premios 1991
- D. Emilio Márquez Contreras Electo 2013
- D. Francisco Martín Leal Premios 2004
- D. Ramón Martín Gómez Electo 2014
- D. José María Martínez-Sahuquillo Amuedo Premios 2004
- D. Ángel Martínez-Sahuquillo Márquez Premios 1982
- D. José Miguel Martínez-Sahuquillo Márquez Premios 1989
- Dña. María del Carmen Martínez Martínez Electa 1994
- D. Francisco Martínez Soriano Premios 1983
- D. Manuel de la Mata García Electo 1991
- D. José Mazuecos Blanca Premios 2000
- D. José Mena Robles Electo 2005
- D. Francisco Javier Mérida Torre, de la Premios 2002
- Dña. Josefina Montaña González Premios 1993
- Dña. María Teresa Montaña González Premios 1980
- D. José Manuel Montero Fernández Premios 2003
- D. Jesús Montero Iruzubieta Premios 1978
- Dña. María del Carmen Montero Iruzubieta Premios 1980
- D. Manuel Montero Pérez-Barquero Electo 2014
- Dña. Carmen de Montes Meana Premios 1986
- D. Francisco Javier Montes Pérez Premios 1984
- Dña. Ana María Moreno Fernández Premios 2008
- D. Francisco Javier Moreno Honorato Premios 1985
- D. José Carlos Moreno Jiménez Premios 1980
- Dña. María de los Ángeles Moreno Martín Premios 1999
- D. José Andrés Moreno Nogueira Electo 1995
- D. David Moreno Ramírez Electo 2002
- D. Esteban Moreno Toral Premios 1990
- D. Francisco José Morote Jiménez Electo 2011

- D. Francisco Moya García Electo 2008
- D. Miguel Ángel Muñoz Pérez Premios 2003
- D. Ángel Muñoz Ruiz Premios 1989
- D. Manuel Murga Sierra Electo 1968
- D. Francisco Murillo Cabezas Electo 2007
- D. Miguel Ángel Nalda Felipe Electo 2005
- D. Martín Navarro Merino Electo 2015
- D. Francisco J. Navarro Quesada Premios 1994
- D. Fernando Neira Reina Premios 1992
- D. Jaime Nicolau Castro Premios 1986
- D. Ángel Nogales Muñoz Electo 2016
- D. Francisco Javier Núñez Basurte Premios 1997
- D. José Antonio Nuñez Basurte Premios 1995
- D. Rafael Núñez Torres Electo 1992
- D. Manuel Ochoa Casteleiro Premios 1994
- D. José María Oliveras Moreno Premios 1996
- D. Emilio Olloqui Martín Electo 2009
- D. Antonio Ordóñez Fernández Electo 1995
- D. Francisco Javier Ordóñez Muñoz Premios 2006
- D. Fernando Orellana Ramos Premios 1983
- Dña. Josefa Luisa Ortega García Premios 1995
- D. Miguel Ortega Resina 1978
- D. Francisco Javier Padillo Ruiz Electo 2003
- D. José Palacios Calvo Electo 2011
- D. Manuel Alfonso de Palma Gastón Premios 1991
- D. Francisco Palmeiro Pereira-Marouço Premios 1998
- D. Antonio Pavón Delgado Electo 2015
- D. José Paz Jiménez Premios 1976
- D. José María Pena Outeriño Premios 1983
- Dña. Gracia Peña Ruiz Premios 1996
- Dña. Alejandra Pera Rojas Electa 2015
- D. Ángel Perea López Electo 2000
- Dña. Ana María Pérez Bernal Premios 1996
- D. José Benito Pérez Bernal Electo 1992
- D. Alberto Máximo Pérez Calero Electo 1992
- Dña. Lara Pérez Naranjo Premios 2006
- D. Juan Luis Pérez Navero Electo 2014
- D. Manuel Pérez Pérez Premios 1971
- D. Ignacio Pérez Torres Premios 1988

- D. Daniel Pineda Novo Premios 1986
- D. Andrés Pomares Alonso Premios 2009
- D. Juan Francisco Ponce González Premios 1992
- D. Fernando de la Portilla de Juan Electo 2023
- D. Juan Manuel Poyato Galán Premios 2003
- D. José Francisco Javier del Pozo Machuca Electo 1990
- Dña. Pilar Pradilla Gordillo Electa 2022
- D. Alfonso Prieto Cuesta Premios 2007
- D. Diego Puertas Bordallo Premios 2006
- D. Jesús Repetto Jiménez Electo
- Dña. María José Requena Tapia Electa 2017
- Dña. Victoria Rey Caballero Electa 2012
- D. Francisco Javier del Río Lafuente Premios 1998
- D. Juan José Ríos Martín Electo 2019
- Dña. Margarita Rivas Fernández Premios 1983
- D. Antonio Rivero Román Electo 2018
- Dña. Laura María Roa Romero Premios 1984
- D. Jesús Rodríguez Baño Premios 2005
- D. Alberto Manuel Rodríguez Benot Electo 2017
- D. Gregorio Rodríguez Boto Electo 2018
- D. Tomás Rodríguez Cañas Electo 1987
- D. Andrés Rodríguez-Sacristán Cascajo Electo 2017
- D. Pedro Javier Rodríguez Hernández Premios 2003
- D. Alfonso Rodríguez Herrera Premios 1998
- Dña. Raquel Rodríguez López Premios 2002
- D. José Antonio Rodríguez Montes Electo 2013
- D. Ramón Rodríguez Morales Electo 1987
- D. Manuel Rodríguez Navarro Electo 2021
- D. Víctor Manuel Rodríguez Pérez Premios 1997
- D. Antonio Rodríguez Pichardo Premios 1997
- D. Manuel Rodríguez Téllez Electo 2012
- D. José Luis Rojas Box Electo 2011
- D. José María Rojo García Premios 2008
- Dña. Josefa Roso Pascual Premios 2001
- D. Sebastián Rufián Peña Electo 1991
- D. Miguel Rufo Campos Premios 1999
- D. Juan Antonio Ruiz Domínguez Premios 2005
- Dña. Juana María Ruiz Montero Premios 2003
- D. Juan Ruiz Peña Premios 2002

- D. Rafael José Ruiz Salmerón Electo 2018
- D. Ángel Salvatierra Velázquez Electo 2007
- D. Juan Miguel Sánchez Bursón Electo 2014
- Dña. Inmaculada Sánchez-Matamoros Martín Electa 2023
- Dña. Pilar Sánchez-Cervera Oriol Electa 1992
- D. Julio Sánchez Román Electo 2020
- D. Alberto Sánchez Romero Premios 2009
- D. Ernesto Sánchez Sánchez Premios 2004
- Dña. Encarnación Santamaría Lozano Premios 1986
- D. Manuel Santamaría Ossorio Electo 2021
- D. Francisco Santiago, de Fernández Electo 1998
- D. Adolfo de los Santos Sánchez – Barbudo Electo 1992
- D. José Diego Santotoribio Camacho Premios 2009
- Dña. Pilar Serrano Moya Premios 2008
- D. José María Smith Agreda Electo 1979
- D. Manuel Sobrino Toro Premios 1991
- D. Miguel Tallada Buñuel Premios 1983
- Dña. María Jesús Tamayo López Premios 2004
- D. Luis M. Toledo Pereyra Electo 1989
- D. Diego Toro Ibáñez Electo 2003
- D. Miguel Torres Aspe Premios 1987
- D. Eusebio Torres Carranza Electo 2019
- D. Antonio Torres Gómez Electo 1989
- D. Daniel Torres Lagares Electo 2016
- Dña. María Agnola Torres Ortiz Premios 1990
- D. Esteban Torres Serrano Electo 1985
- D. Francisco Trujillo Berraquero Electo 2013
- D. Juan David Tutosaus Gómez Premios 1999
- D. Agustín del Valle López de Ayala Premios 2002
- Dña. Mercedes Vaquero Abellán Premios 2009
- D. Jesús Vaquero Crespo Premios 1992
- D. Fernando Vaquero Ruiz Premios 1980
- D. Evaristo Varo Pérez Electo 1989
- D. Enrique Vaz Hernández Electo 2012
- D. Juan Manuel Vázquez Lasa Premios 2003
- D. José Vázquez Tapioles Electo 2000
- D. Antonio Velázquez Martínez Premios 2007
- D. Juan Antonio Virizuela Echaburu Electo 2014
- Dña. Mercedes Zurita Castillo Premios 2003

