



INSTITUTO DE ESPAÑA

MEMORIAS ACADÉMICAS

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA



AÑO 2024



INSTITUTO DE ESPAÑA

MEMORIAS ACADÉMICAS

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA



AÑO 2024

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

AÑO 2024

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 2024

EDITORIAL	11
MEMORIA DE LAS ACTIVIDADES DEL AÑO 2024 (leída por el secretario, Ilmo. Sr. Dr. Federico Argüelles Martín, en la sesión de apertura del año 2025)	13
OBITUARIO	24
SESIONES PÚBLICAS EXTRAORDINARIAS:	27
<i>SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2024</i>	29
Discurso protocolario de apertura del curso académico 2024: “La Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias: Más allá de las fronteras”, por el Excmo. Sr. Dr. Jesús Castiñeiras Fernández.....	30
<i>DÍA DE LA ACADEMIA</i>	42
Conferencia: “La ciencia como base para la construcción patriótica: El ejemplo de Cajal”, por el Excmo. Sr. D. Francisco López Muñoz	48
Entrega de placa conmemorativa de 25 años de académico de número a los Ilmos. Sres. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello y D. Carlos Martínez Manzanares y lectura de su Enquiridión Académico	71
<i>ACTOS SOLEMNES DE RECEPCIÓN DE ACADÉMICOS</i>	73
Académicos de número:	
Ilmo. Sr. Dr. Francisco Camacho Martínez. Discurso de recepción: “Historia de la Dermatología Quirúrgica en España y en Sevilla”...	75
Ilmo. Sr. Dr. José María Cruz Fernández. Discurso de recepción: “Del corazón desde el corazón. Reflexiones sobre la cardiología desde mis vivencias”	75
Académico de honor:	
Excmo. Sr. Dr. Valentín Fuster Carulla. Discurso de recepción: “Reflexiones sobre progreso tecnológico y humano”	76
<i>SESIÓN DE CLAUSURA DEL 324º AÑO ACADÉMICO</i>	77
Conferencia: “ <i>Vida y obra del arquitecto D. Aníbal González Álvarez-Ossorio (1876-1929)</i> ”, por el Dr. Aníbal González Serrano...	78

Resolución del concurso científico de premios de la RAMSE del año 2024.	88
SESIONES PÚBLICAS ORDINARIAS:	91
<i>RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES</i>	
25-4-24: Dr. Domingo Acosta Delgado y Dr. D. Rafael Periañez Moreno. Presentación del libro “La ciencia física en Sevilla durante el siglo XVIII. La Regia Sociedad Hispalense”.	93
9-5-24: Dr. Javier Valdés Hernández y Dra. María del Carmen Machuca Portillo.....	115
26-9-24: Dr. Antonio Cortés Moreno, Dr. José María Domínguez Roldán y Dr. Miguel Ángel Colmenero Camacho	123
3-10-24: Dra. Isabel Relimpio López y Dr. Antonio Millán Jiménez..	136
17-10-24: Dr. Manuel Eugenio Dorado Ocaña y Dr. Pedro Manuel Garamendi González.....	165
22-10-24: Dra. Emma Camarero Calandria.....	182
Presentación de la restauración de la escultura “Virgen con el Niño” de La Roldana	202
<i>CONFERENCIAS, CURSOS Y MESAS REDONDAS</i>	209
Mesa Redonda Jurídico/Moral/Sanitaria: “Responsabilidad, negligencia y culpabilidad: riesgos de la medicina defensiva”.	211
Entrega del Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina 2023: “Desde la piel al alma. Ismael Yebra Sotillo, una biografía”, autor: Dr. Francisco Gallardo Rodríguez.	213
Curso de cirugía laparoscópica: “La era digital de la Cirugía”	215
Presentación de libro: “Letras de médicos”, autores: Dr. Ismael Yebra y Dr. Francisco Gallardo	236
Conferencia: “Nuevas oportunidades en Medicina del Trabajo: del <i>big data</i> a la inteligencia artificial ”, por el Dr. Manuel Vaquero Abellán.....	241
Mesa redonda: “El reto demográfico: un desafío de nuestro tiempo”	245
Conferencia: “Conviviendo con trillones de microbios dentro de nosotros: beneficios y riesgos de la relación”, por el Dr. Gabriel Núñez Ollero.	246
Conferencia ASEMECO: “Entre la Ciencia y la Fe: un relato médico de la Pasión”, por el Dr. Fernando de la Portilla de Juan..	269
Conferencia CEU: “El papel y la responsabilidad de las universidades católicas: la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida CEU (UF3)”, por D. José Alberto Parejo Gámir.	272
Conferencia: “Dioses y héroes de la medicina griega”, por D. ^a María Dolores Muñoz Fernández.	278
	283

VI Congreso Monástico Fray Manuel de Granada	287
Conferencia: “Despejando dudas sobre el consentimiento informado”, por D. Francisco Baena Bocanegra.	294
I Jornada Dolor y Ortopedia	319
Mesa redonda: “Actualizaciones en Cirugía Mayor Ambulatoria”	321
Mesa redonda: “Menopausia: calidad de vida y síntomas vasomotores. Nuevos tratamientos”	336
Mesa redonda: “Incongruencia de género en Pediatría: aspectos evolutivos, clínicos y éticos”	347
Mesa redonda: “Síndrome de fatiga en Medicina”	360
Presentación de libro: “Relato médico de la Pasión según Sevilla” ..	367
Jornada: “Talla baja por déficit de hormona de crecimiento. Situación actual y tratamiento con hormona de crecimiento de acción prolongada”	369
Conferencia: “La responsabilidad penal en la medicina en equipo. Un desafío jurídico”, por D. Francisco Baena Bocanegra.	378
MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN RAMSE .	403
CÁTEDRA DE DIVULGACIÓN ONCOLÓGICA.....	406
CICLO “ESTILO DE VIDA Y CÁNCER”:	407
Mesa redonda: “Papel de la Asociación Española contra el Cáncer en la atención del paciente oncológico”	407
Simpósio: “Nuevos retos en onco-hematología: horizonte 2030”	409
Conferencia: “Diagnóstico hipertemprano. Hacia una nueva oncología” por el Dr. Antonio Cubillo Gracián.	412
Jornada: “Tratamiento actual del cáncer de ovario”	414
CÁTEDRA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL	415
Conferencia: “Una experiencia de solidaridad en Malawi” por el Dr. José Luis Verdugo Fernández	416
Conferencia: “Periodismo para la solidaridad” por D. José Bejarano López.....	418
CÁTEDRA MAS ALIMENTACIÓN Y SALUD	420
Presentación.	
Conferencia inaugural: “Alimento, salud y cultura. El jamón ibérico en la salud”, por el Dr. Carlos Infantes Alcón	421
CONVENIO FUNDACIÓN RAMSE-FUNDACIÓN MORERA VALLEJO.....	422
MEDALLAS DE LA FUNDACIÓN RAMSE.....	423

TRABAJOS PREMIADOS EN EL CONCURSO CIENTÍFICO DE 2024.	429
Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla a Publicaciones Científicas:	
<i>“Orthohepevirus C infection as an emerging cause of acute hepatitis in Spain: First report in Europe”</i> . Autores: Antonio Rivero-Juárez, Mario Frías, Ana Belén Pérez, Juan Antonio Pineda, Gabriel Reina, Ana Fuentes-López, Carolina Freyre-Carrillo, Encarnación Ramírez-Arellano, Juan Carlos Alados, Antonio Rivero, HEPAVIR and GEHEP-014 Study Groups	431
Premio del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla:	
“Next-generation sequencing of uveal melanoma with clinical and histological correlations: Prognostic value of new mutations in the PI3K/AKT/mTOR pathway” Autores: D. Manuel Pérez Pérez, D. Alessandro Agostino, Dña. Carmen García de Sola-Llamas, D. Michael Ruvolo, D. Ángel Vilches-Arenas, Dña. M. Isabel Relimpio-López, D. Francisco Espejo-Arjona, Dña. Laura Macías-García, Dña. Manuel de Miguel-Rodríguez, D. Antonio García-Escudero, D. Miguel A. Idoate, D. Juan J. Ríos-Martín.	438
Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina, dotado por el Excmo. Ateneo de Sevilla:	
“Biografía del Dr. Antonio González-Meneses González-Meneses” . Autor: D. Antonio González-Meneses López.....	440
Premio Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, dotado por A.P.S.A.R. :	
“Impacto de los test viscoelásticos en cirugía cardíaca. Análisis comparativo entre los dispositivos quantra y rotem delta” . Autor: D. Cristian Palau Martí.	444
Premio Profesor Antonio Piñero Carrión, dotado por el Prof. Antonio Piñero Bustamante:	
“Posterior Staphyloma as determining Factor for Myopic Maculopathy” . Autores: Dña. María Luz Puerta Ruiz-Falcó, D. José M. Ruiz-Moreno, D. Ignacio Flores-Moreno, Dña. Elena Almazán-Alonso, Dña. María García-Zamora y D. Jorge Ruiz-Medrano	453
VIAJE INSTITUCIONAL A LA REGIÓN DEL VÉNETO.....	458
INFORME SOBRE LA CONSERVACIÓN Y MEJORAS REALIZADAS EN EL EDIFICIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SEVILLA	476
DONACIONES.....	479
RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES	479
COMPOSICIÓN ACTUAL DE LA ACADEMIA	481

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



AÑO 2024

EDITORIAL

Entre los acontecimientos principales ocurridos en 2024 destaca especialmente la aprobación de los nuevos Estatutos (Decreto 132/2024 de 23 de julio, BOJA de 26 de julio) y nuevo Reglamento de Régimen Interior de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (aprobado en Pleno Extraordinario de 7 de noviembre de 2024).

Estos vienen a sustituir a los anteriores Estatutos aprobados por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en el Decreto 21/2011 de 8 de febrero (BOJA de 22 de febrero de 2011), con las modificaciones puntuales aprobadas en el Decreto 39/2014 de 11 de febrero (BOJA de 13 de marzo de 2014), y al anterior Reglamento de Régimen Interior aprobado en el Pleno Extraordinario celebrado el 5 de marzo de 2015.

Este editorial quiere resaltar la importancia de las principales novedades que presentan ambos textos, que redundarán en beneficio de la vida y desarrollo de nuestra Real Academia:

Art. 23.1: Los académicos de número que dejen de cumplir con las obligaciones referidas en el Art. 21 pasarán a la condición de académico honorario si así lo dispone el Pleno académico.

Art. 23.2: Consideración y creación de la figura de académico de número emérito. Lo serán los que lo pidan voluntariamente o los numerarios de nuevo ingreso, a partir de la fecha de entrada en vigor de estos estatutos, que cumplan 80 años de edad. Quedarán dispensados de las obligaciones, pero mantendrán totalmente sus derechos salvo el de voto, pudiendo adaptar así su actividad académica a sus circunstancias personales.

Art. 33: Creación de la figura de académico correspondiente internacional. Se modifica la anterior acepción (académico correspondiente extranjero), pudiendo ser también profesionales de nacionalidad española que hayan realizado su actividad preferentemente en otros países.

Art. 43: Se considera un mínimo de 4 años de antigüedad para poder ser presidente y se establece un máximo de 8 años de desempeño del cargo en 2 periodos de 4, pudiendo ser consecutivos o no.

MEMORIA DE LAS ACTIVIDADES DEL AÑO 2024 DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

*Leída el 30 de enero de 2025
por el Ilmo. Sr. secretario
Dr. D. Federico Argüelles Martín
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 recordando especialmente a los compañeros académicos que fallecieron durante el año 2024:

- Excmo. Sr. Dr. Federico Mayor Zaragoza, académico de honor, el 19 de diciembre.
- Dr. D. Manuel Murga Sierra, académico correspondiente, el 12 de febrero.
- Dr. D. Ángel Perea López, académico correspondiente, el 2 de marzo.
- D. Ramón González de Echávarri y Sánchez de la Cuesta, académico correspondiente, el 5 de septiembre.
- Dr. D. Lucas Bermudo Añino, académico correspondiente, el 8 de octubre.

Durante el año 2024 tuvieron lugar las siguientes actividades académicas:

SESIONES PÚBLICAS EXTRAORDINARIAS

El día 25, jueves último del mes de enero de 2024 de acuerdo con nuestros Estatutos, tuvo lugar la **Sesión de Apertura del 324 Año Académico**. Fue celebrada en el salón Ramón y Cajal, bajo la presidencia del Dr. Infantes Alcón. El acto comenzó con la lectura de la Memoria del año 2023 por el

secretario Dr. Federico Argüelles Martín. A continuación, siguiendo el protocolo de antigüedad, el académico de número Dr. Jesús Castiñeiras Fernández leyó el discurso de apertura titulado “La Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias: Más allá de las fronteras”. Seguidamente se procedió a la apertura de plicas y entrega de los premios de la Academia del año 2023.

Han ingresado en este año 2024 dos **académicos de número**:

El 28 de enero fue la recepción del Dr. Francisco Camacho Martínez, en la plaza de Dermatología, que leyó su discurso “Historia de la Dermatología Quirúrgica en España y en Sevilla”, siendo contestado por el Dr. Jesús Loscertales Abril.

El 5 de mayo se celebró la del Dr. José María Cruz Fernández, en la plaza de Cardiología, que leyó su discurso “Del corazón desde el corazón. Reflexiones sobre la cardiología desde mis vivencias”, contestándole el presidente, Dr. Carlos Infantes Alcón.

Como **académico de honor** ingresó en 2024 el Dr. Valentín Fuster Carulla. Su recepción solemne tuvo lugar el día 16 de mayo, presentándole el Dr. D. José López Barneo. Su discurso se tituló “Reflexiones sobre progreso tecnológico y humano”.

El **Día de la Academia** se celebró el 23 de mayo, con una conferencia del Dr. D. Francisco López Muñoz, académico de número de la Real Academia Europea de Doctores, titulada “La ciencia como base para la construcción patriótica. El ejemplo de Cajal”. Fue presentado por el Dr. Milán Martín. Durante la sesión se hizo entrega de la Placa Conmemorativa de 25 años de Académico de Número a los Ilmos. Sres. D. Carlos Martínez Manzanares y D. Blas Rodríguez de Quesada Tello. El Dr. Domínguez-Rodiño procedió a la lectura del Enquiridión Académico de ambos, clausurando el acto el presidente Dr. Infantes La jornada finalizó con la tradicional cena de confraternidad en un restaurante cercano.

El jueves 19 de diciembre tuvo lugar la **Clausura del 324º Curso Académico**. El Dr. Felipe Martínez Alcalá presentó al conferenciante Dr. Aníbal González Serrano quien disertó sobre “Vida y obra del arquitecto Aníbal González Álvarez-Ossorio”. El acto finalizó con la apertura de plicas del concurso científico de premios del año 2024 y las palabras de clausura del presidente Dr. Infantes Alcón.

SESIONES PÚBLICAS ORDINARIAS

El 6 de febrero se celebró una **Mesa redonda jurídico, moral y sanitaria** sobre “Responsabilidad, negligencia y culpabilidad: riesgos de la medicina defensiva”. Moderada por el Dr. Infantes Alcón, fueron ponentes D. Alfonso Carmona, D. Jaime Boceta, D. Rogelio Garrido, D.

Francisco Bocanegra y D. Joaquín Moeckel. Actuaron de interlocutores D. José Antonio Quintana y D. José Antonio Milán.

En la sede del Ateneo de Sevilla, el día 7 de febrero, tuvo lugar la entrega del **Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina**, correspondiente al concurso científico del año 2023. El Dr. Domínguez-Rodiño fue el encargado de hacer la presentación del premiado, Dr. Francisco Gallardo Rodríguez, que expuso un resumen de su trabajo.

El 8 de febrero se celebró el tradicional **Curso de Cirugía Laparoscópica**, moderado por el Dr. Morales Conde y que este año tuvo por título “La gestión del dato y la imagen en cirugía”, en el que intervinieron los Dres. Balibrea y Horgan, con los comentarios de los Dres. Padillo y Cuesta. Al finalizar se entregó el II Premio de Innovación en Cirugía.

El 9 de febrero tuvo lugar en el salón Ramón y Cajal la sesión inaugural del **VIII Congreso Nacional de Ética y Deontología Médica**, que consistió en dos mesas redondas tituladas “Actualización en deontología para juntas directivas de colegios de médicos” y “Nuevos paradigmas en ética médica”.

La **Cátedra de Divulgación Oncológica** organizó el 13 de febrero en nuestra sede el acto que llevó por título “Papel de la Asociación Española contra el Cáncer en la atención del paciente oncológico”, en el que intervinieron varios miembros de la Asociación Española contra el Cáncer, actuando de moderador el Dr. Virizuela.

El 20 de febrero tuvo lugar en la sede de la Fundación Cajasol la **presentación del libro** “Letras de médicos”, obra póstuma del Dr. Ismael Yebra Sotillo, escrita en colaboración con el Dr. Francisco Gallardo Rodríguez.

Organizada por el Dr. Pedro de Castro Sánchez, tuvo lugar el día 22 de febrero una **conferencia** a cargo del profesor de la Universidad de Córdoba, Dr. Manuel Vaquero Abellán, titulada “Nuevas oportunidades en Medicina del Trabajo: del *Big data* a la inteligencia artificial”, siendo presentado por el Dr. Alfonso Prieto Cuesta.

Una **mesa redonda** con el título “El reto demográfico. Un desafío en nuestro tiempo” se desarrolló en nuestra sede el día 7 de marzo. Moderada por el Dr. Martín Navarro Merino contó con los ponentes D. Juan Antonio Hernández Rodríguez, D^a. Josefina Cruz Villalón y D^a. Berta Ruiz Benítez.

La Cátedra de Divulgación Oncológica y la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología organizaron en la Academia el día 12 de marzo el **simposio** “Nuevos retos en Onco-Hematología: Horizonte 2030”, y que fue coordinado por los Dres. Virizuela y Pérez Simón.

El Dr. Gabriel Núñez Ollero, investigador de prestigio mundial, dictó una interesante **conferencia** el día 14 de marzo en el salón Ramón y Cajal: “Conviviendo con trillones de microbios dentro de nosotros: beneficios y riesgos de la relación”, presentándole el Dr. Muniáin Ezcurra.

Organizada por la Asociación Sevillana de Médicos Cofrades, el jueves de Pasión, 21 de marzo, la Academia abrió sus puertas para acoger la **conferencia** “Entre la Ciencia y la Fe, un relato médico de la Pasión”, del Dr. Fernando de la Portilla, y que fue presentado por el Dr. Domínguez-Rodiño.

El 11 de abril tuvo lugar en nuestra sede una **conferencia** a cargo del rector de la Universidad CEU Fernando III, D. José Alberto Parejo Gámir, con el título “El papel y la responsabilidad de las universidades católicas: la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida CEU (UF3)”, siendo presentado por el Dr. Felipe Martínez Alcalá.

El 23 de abril, en el salón de actos, se celebró sesión de la **Cátedra de Cooperación Internacional** con la conferencia “Una experiencia de solidaridad en Malawi” a cargo del Dr. José Luis Verdugo Fernández, médico cooperante y director de la Fundación Solidaridad Candelaria.

La recepción de dos nuevos **académicos correspondientes** se celebró el día 25 de abril en el salón de actos. El Dr. Santiago Durán presentó al Dr. Domingo Acosta Delgado, que leyó el discurso “Atención a la mujer gestante con Diabetes Mellitus: situaciones especiales”, y el Dr. Fernando Sáenz al Dr. Rafael Periañez Moreno, cuyo tema fue “Avances en técnicas quirúrgicas para el tratamiento de patologías de la columna vertebral: cirugía endoscópica de columna”. En la misma sesión se presentó el libro de D. Leoncio García Barrón titulado “La ciencia física en Sevilla durante el siglo XVIII. La Regia Sociedad Hispalense”.

El día 9 de mayo se celebró en la Academia una nueva entrada de **académicos correspondientes**. El Dr. Javier Valdés Hernández leyó el discurso “Un gran salto adelante. El viaje del Tamis desde sus inicios hasta la prevención de complicaciones en cirugía colo-rectal”, siendo presentado por el Dr. José Cantillana Martínez. Y la Dra. María del Carmen Machuca Portillo lo hizo con el tema titulado “La salud buco-dental en la infancia. Impacto en poblaciones desfavorecidas y personas con discapacidad. Vías de cooperación”, a la cual presentó el Dr. Hugo Galera Ruiz.

La **Cátedra de Divulgación Oncológica** organizó la conferencia “Diagnóstico hipertemprano. Hacia una nueva oncología” el día 14 de mayo, expuesta por el Dr. Antonio Cubillo Gracián, director del Centro Integral Oncológico Clara Campal de Madrid.

El día 20 de mayo, en el Centro de Actividades de Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Fundación MAS, fue presentada la **Cátedra**

MAS Alimentación y Salud. El acto contó con la presencia de la consejera de Salud y Consumo, D^a. Catalina García Carrasco. El presidente Dr. Infantes dio la conferencia inaugural titulada “Alimento, salud y cultura. El jamón ibérico en la salud”.

El día 26 de mayo se celebró en la Plaza de España una ceremonia de **Jura de Bandera** para personal civil, organizado por el Cuartel General de la Fuerza Terrestre, en la que participaron junto a sus esposas los académicos Dr. Infantes Alcón, Dr. Domínguez-Adame, Dr. Domínguez-Rodiño, Dr. Milán Martín y Dr. Rodríguez Morales, y que estuvieron acompañados por D. Joaquín Moeckel, oficial de protocolo en este evento.

En el salón Ramón y Cajal dio una **conferencia** el día 28 de mayo la prestigiosa helenista y divulgadora del mundo clásico D^a. María Dolores Muñoz Fernández, que se tituló “Dioses y héroes de la medicina griega”.

El día 8 de junio se celebró en nuestra sede académica el **VI Congreso Monástico Fray Manuel de Granada**, organizado por la Asociación Monástica Fray Manuel de Granada y la Orden de San Clemente y San Fernando.

La **conferencia** titulada “Despejando dudas sobre el consentimiento informado” fue dictada el día 13 de junio por D. Francisco Baena Bocanegra, miembro numerario de la Real Academia Sevillana de Legislación y Jurisprudencia, siendo presentado por el Dr. Loscertales Abril.

Hecho destacado en este año ha sido el **viaje institucional** de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla a la región italiana del Véneto. Ha tenido lugar del 14 al 20 de septiembre y han participado junto a sus respectivas esposas los académicos de número Dr. Infantes, Dr. Domínguez-Rodiño, Dr. Durán García, Dr. Galera Ruiz, Dr. Lucena, Dr. Martínez Alcalá, Dr. Milán, Dr. Sabaté y Dr. Ortega. La delegación fue recibida solemnemente en la Universidad de Padua, en su sede del Palazzo del Bo, siendo entregadas la medalla y diploma de académico correspondiente internacional a la vicerrectora Prof.^a Cristina Basso y al Prof. Gaetano Thiene. Otro acto institucional tuvo lugar en la Academia Galileiana, en la que se celebró sesión extraordinaria con la conferencia a cargo del Dr. Domínguez-Rodiño titulada “Sevilla y la primera vuelta al mundo”. Durante el viaje también se visitó la Academia Olímpica en Vicenza, la ciudad de Venecia y las localidades de Treviso, Valdobbiadene y Posagno.

El primer acto celebrado en la Academia tras el verano fue la I Jornada Anual de Dolor y Ortopedia con el tema “Dolor asociado a metástasis ósea en raquis”, el 24 de septiembre y dirigido por el Dr. López-Puerta.

El 26 de septiembre se desarrolló recepción de **académicos correspondientes**: el Dr. Antonio Cortés Moreno, que leyó su discurso “Fusión vertebral posterior en las escoliosis y espondilolistesis. Un aprendizaje”

fue presentado por el Dr. Martínez Alcalá; el Dr. José María Domínguez Roldán, con el discurso “Consideraciones bioéticas de la definición de persona a través del diagnóstico de muerte encefálica” lo fue por el Dr. Rubio y el Dr. Miguel Ángel Colmenero Camacho disertó sobre “Medicina interna y gestión sanitaria: innovación y eficiencia en la práctica clínica”, presentado por el Dr. Muniáin.

Del mismo modo tuvo lugar el 3 de octubre la siguiente recepción de **académicos correspondientes**. En este caso fueron la Dra. Isabel Relimpio López, con el discurso “El ojo. Una ventana al conocimiento y al futuro”, presentada por el Dr. Milán y el Dr. Antonio Millán Jiménez lo fue por el Dr. Gómez de Terreros, leyendo el discurso “Enfermedad inflamatoria intestinal en Pediatría”.

La Fundación de la RAMSE celebró el 6 de octubre, en el salón Ramón y Cajal, acto de concesión de la **Medalla de la Fundación** al Dr. Alfonso Carmona Martínez, presidente del Colegio de Médicos de Sevilla, y que fue presentado por el académico correspondiente Dr. Contreras Ayala.

Una **mesa redonda** sobre “Actualizaciones en Cirugía Mayor Ambulatoria” se desarrolló en nuestra sede académica el día 8 de octubre, siendo moderada por el Dr. Fernando Docobo Duránte.

Otra **mesa redonda** tuvo lugar el 10 de octubre, titulada “Menopausia: Calidad de vida y síntomas vasomotores. Nuevos tratamientos”, actuando de ponentes el Dr. Santiago Durán García y el Dr. Antonio Cano Sánchez.

La **Cátedra de Divulgación Oncológica** organizó el 15 de octubre una jornada, dentro del ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, titulada “Tratamiento actual del cáncer de ovario”, contando con varios especialistas, y que fue presentada por el Dr. Rogelio Garrido.

El 17 de octubre se desarrolló nueva recepción de **académicos correspondientes**. El Dr. Manuel Dorado Ocaña, a quien presentó el Dr. López Barneo, leyó su discurso “Innovación y futuro en la enseñanza de la Anatomía Humana durante la era de la transformación digital: modelos 3D, Realidad Virtual e Inteligencia Artificial como herramientas educativas” y el Dr. Pedro Garamendi González, que lo fue por el Dr. Lucena, habló sobre el tema “El papel de la Medicina y de la Antropología en la estimación forense de la edad de menores migrantes sin referente familiar”.

Con el patrocinio de la Universidad de Loyola se ha realizado este año la **restauración** de la escultura propiedad de la Academia que representa a la Virgen con el Niño, obra de Luisa Ignacia Roldán, apodada la Roldana. Con este motivo el día 22 de octubre fue presentado el espléndido grupo escultórico a cargo de su restaurador D. Pedro López Marcos.

En el mismo acto se desarrolló la recepción como **académica correspondiente** de D.^a Emma Camarero Calandria, siendo presentada por el Prof. D. Jesús Palomero.

La **Cátedra de Cooperación Internacional** organizó una sesión el día 24 de octubre con la conferencia a cargo de D. José Bejarano López, presidente de la ONG Periodistas Solidarios, titulada “Periodismo para la Solidaridad”. Fue presentado por el Dr. Garrido Teruel.

Una **mesa redonda** fue organizada el día 29 de octubre por el académico correspondiente D. Manuel Sobrino Toro con el título “Incongruencia de género en Pediatría: aspectos evolutivos, clínicos y éticos”, que contó con los ponentes Dra. España Ríos, Dra. Mora Palma y Dr. Boceta Osuna.

El 12 de noviembre se celebró la **mesa redonda** “Síndrome de fatiga en medicina”, organizado por los Dres. D. Miguel Ángel Muniáin y D. Julio Sánchez Román, en la que intervinieron de ponentes el Dr. Pedro Benjumea Pino y el Dr. Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera.

El día 19 de noviembre tuvo lugar la presentación en el Salón Ramón y Cajal del libro “Relato médico de la Pasión según Sevilla”, obra escrita y fotografiada por varios médicos sevillanos, cuatro de ellos académicos de nuestra Corporación. En el acto intervinieron el Dr. Domínguez-Rodiño, el periodista D. Juan Miguel Vega, el Dr. de la Portilla y el editor D. Miguel Gallardo.

El 22 de noviembre se desarrolló la **mesa redonda** “Talla baja por déficit de hormona del crecimiento. Situación actual y tratamiento con hormona de crecimiento de acción prolongada”, que fue dirigida por el Dr. Rafael Espino Aguilar.

La **conferencia** titulada “La responsabilidad penal en la medicina en equipo. Un desafío jurídico” fue impartida el 17 de diciembre por D. Francisco Baena Bocanegra, académico de número de la Real Academia Sevillana de Legislación y Jurisprudencia. Fu presentado por el Dr. Loscertales.

SESIONES PRIVADAS DE LA RAMSE

-Plenos Académicos

Se han celebrado durante el año 2024 tres plenos ordinarios y un pleno extraordinario. Entre las principales decisiones que se tomaron destacan la renovación de los nuevos Estatutos, aprobados por el Decreto 132/2024 de la Junta de Andalucía, con fecha 23 de julio, y el nuevo Reglamento de Régimen Interior aprobado por Pleno Extraordinario de la RAMSE, de fecha 7 de noviembre. En ellos se contempla la nueva figura del académico de número emérito. En el pleno extraordinario del mes de abril fue elegido académico de erudición en Teología nuestro arzobis-

po D. José Ángel Sáinz Meneses. También en este año el pleno aprobó la elección de dos académicos correspondientes internacionales: la Dra. Cristina Basso y el Dr. Gaetano Thiene; y de cinco nuevos académicos correspondientes: D. Pedro Bernáldez Gómez, D. Rafael Gómez García, D. José María López-Puerta González, D. Francisco Márquez Maraver y D. Antonio Puppo Moreno.

-Juntas de Gobierno

Se han celebrado durante el año 8 juntas de gobierno. Durante este año presentó su dimisión como tesorero el Dr. Enrique Poblador Torres. Fue designado nuevo tesorero de la RAMSE el Dr. Miguel Ángel Muñáin Ezcurra

-Reuniones de Secciones y Comisiones

Durante el año 2024 han celebrado diversas juntas las distintas secciones y comisiones de la Academia.

OBRAS DE CONSERVACIÓN Y MEJORAS

Se ha pintado la fachada, colocando una cerámica y nuestro emblema en la puerta del edificio. Se ha renovado la logia de entrada, colocando cinco directorios. La primera estancia ha sido denominada Vestíbulo Real, mejorando su pintura e iluminación, así como colocación de carteles informativos de los cuadros. En la siguiente estancia, la antesala del salón de actos, se ha colocado la vidriera con el escudo de la RAMSE, que estaba en el patio de la casa de Argote de Molina. La obra más importante ha sido la instalación de un nuevo ascensor que llega a la terraza del edificio, con lo que se facilita el acceso a la biblioteca. Se ha mejorado y adecentado la azotea. En la primera planta se han situado los despachos de las secretarías. Se han cambiado algunas puertas de los balcones y ventanas. Se está empezando también la reforma de los aseos. Se han revisado y reubicado los extintores. También se ha mejorado el botiquín para emergencias, disponiendo de dos desfibriladores. Se sigue intentando la mejora del sistema de megafonía, no resuelto aún de forma satisfactoria. Se han colocado monitores en la sala de juntas para facilitar la asistencia telemática a los plenos.

DONACIONES

Se ha recibido una donación de libros antiguos por parte de la académica correspondiente, Dra. María Carmen Echevarría.

RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES

El día 13 de marzo, en la capilla de los Marineros, se otorgó la Medalla de la Fundación RAMSE, en oro de ley, a la Virgen de la Es-

peranza de Triana, la cual portó en su saya en la procesión Magna del 8 de diciembre.

Con motivo del centenario de la Hermandad de los Estudiantes se hizo entrega, el 17 de noviembre en la iglesia de la Anunciación, de la Medalla de la Fundación RAMSE en oro de ley a dicha hermandad, a la que pertenecen muchos académicos de nuestra Corporación.

El día 12 de marzo, en la Galería ABC, la RAMSE fue premiada con el Galardón de Divulgación y Conocimiento por parte de la Asociación Española contra el Cáncer

La Fundación Morera Vallejo concedió a la RAMSE y su Fundación, el “Premio Amanecer del Arte y Cultura”, en su categoría de Premio a la Excelencia en la Formación Académica y Divulgación Cultural, en una gala celebrada el 3 de octubre en el Cortijo Gota de Leche.

El 17 de enero fue nombrado el Dr. Felipe Martínez Alcalá decano promotor de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad CEU Fernando III.

El 14 de marzo fue la recepción del Dr. Carlos Pera Madrazo como Académico Correspondiente de Mérito de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

El Dr. José López Barneo ha recibido los siguientes premios en 2024: Premio Nacional de Investigación “Santiago Ramón y Cajal” el 14 de marzo, Premio Nacional de Investigación “Antonio Gallego” el 7 de septiembre y el Premio Nacional de Investigación en Biomedicina “Francisco Cobos” el 30 de octubre.

El Dr. Fernando de la Portilla de Juan fue galardonado el día 30 de mayo con la Medalla de la Ciudad de Sevilla. Fue también designado como Rey Melchor para la Cabalgata de 2025 del Ateneo de Sevilla.

El Dr. Federico Argüelles Arias ha sido acreditado por la Aneca como profesor titular de Universidad (Medicina) y también fue elegido presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva para el período 2025-2028, en el último congreso nacional celebrado en junio.

Ha sido nombrado Miembro de Mérito de la Fundación Carlos III el Dr. Benito Valdés Castrillón, en un acto celebrado en la Facultad de Ciencias de Granada el 7 de octubre.

El 12 de noviembre le fue entregado al Dr. Salvador Morales Conde el Premio Liderazgo Reputacional Sanitario, otorgado por Merco y el Observatorio de Salud, Sanidad y Farmacia, por segundo año consecutivo.

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.

OBITUARIO



**Excmo. Sr. Dr. D.
Federico Mayor Zaragoza**
Académico de honor
en 1976
Falleció el 19 de diciembre



Dr. D. Manuel Murga Sierra
Académico correspondiente,
por elección en 1968
Falleció el 12 de febrero



Dr. D. Ángel Perea López

Académico correspondiente,
por elección en 2000
Falleció el 2 de marzo



**D. Ramón González de
Echávarri y Sánchez de la Cuesta**

Académico correspondiente,
por premio en 2007
Falleció el 5 de septiembre

Dr. D. Lucas Bermudo Añino

Académico correspondiente,
por premio en 1985
Falleció el 8 de octubre



SESIONES PÚBLICAS
EXTRAORDINARIAS

SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2024

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla celebró el día 25 de enero del año 2024, en el salón de actos “Ramón y Cajal” de su sede en calle Abades 10-12, la sesión inaugural del “324 Año Académico”. **El acto se desarrolló** con arreglo a la siguiente programación:

I. Lectura de la memoria anual de esta Real Corporación del año 2023, por el Ilmo. Sr. secretario general de la RAMSE.

II. Discurso protocolario de apertura del curso académico, por el Excmo. Sr. Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández, titulado “La Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias: más allá de las fronteras”.

III. Entrega de premios del concurso científico del año 2023 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 2024

“LA REGIA SOCIEDAD DE MEDICINA Y DEMÁS CIENCIAS: MÁS ALLÁ DE LAS FRONTERAS”

(RESUMEN)

Por el Dr. Jesús Castiñeiras Fernández

“Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla: Evolución Histórica”.

Introducción

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla es la Sociedad Sanitaria más antigua de Europa y por tanto del Mundo. En 1693 se constituye primicialmente la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla con el título de “Venerada Tertulia Médica Hispalense”, que puede considerarse como la primera “Academia de Naturaleza Sanitaria en España”.

La Real Academia de Medicina se relacionó con otras Academias Europeas de gran peso: **La Academia Nazionale dei Lincei**, la **“Académie des Sciences”** y **La Royal Society**. Este periodo, según Francisco González Posada, pertenecería al período de la Prehistoria, ocupando la etapa anterior a 1693. Además habla de la protohistoria (1693-1861), periodo que se inicia con la puesta en funcionamiento de la citada Venerada Tertulia Médica Hispalense fundada como Academia privada por el catedrático de la Facultad de Medicina de Sevilla Juan Muñoz y Peralta con la renuncia a su cátedra, disconforme con los métodos universitarios que considera anticuados y con el propósito más o menos claro de renovación de la Medicina y de crítica al escolasticismo vigente. Estos gestos constituyen un hito de excepcional valor para el nacimiento y la impulsión del Movimiento Académico (en el marco de la naciente Ilustración) en España, aún en tiempos de Carlos II, y, por tanto, anterior a la implantación de la monarquía borbónica. Esta Tertulia alcanzaría en 1700 reconocimiento formal y oficial como Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla con las aprobaciones sucesivas de dos monarcas, Carlos II y Felipe V, en el plazo de un año. Y por último la historia (1861...), propiamente la Historia como «Nacional» nace con el Reglamento de 1861 con rango de Estatuto aprobado por Isabel II el 28 de abril, y ratificado por otro de 1878, que presenta varias características claves que no poseyó la Academia Médica Matritense en ningún momento anterior. Así, desde este momento responde a los hechos propios de la concepción institucional de las Academias Españolas «Nacionales», consideradas como Corporaciones de Derecho Público Na-

cional. La Real Academia Nacional de Medicina de España nace en 1861, tal como acepta, reconoce y registra el Instituto de España.

La **Accademia Nazionale dei Lincei**, es una de las instituciones científicas más antiguas de Europa. Fue fundada en Roma en 1603 por Federico Cesi (Roma, 1500-Ibidem, 1565), un Prelado Italiano, Obispo y Cardenal, con el objetivo de establecer un lugar de encuentro para el desarrollo de la Ciencia. La “*Accademia dei Lincei*” experimentó diversos cambios a lo largo del tiempo. La segunda, “**Académie des Sciences**”, es la Institución Francesa que: “Anima y protege el espíritu de la investigación, y contribuye al progreso de las ciencias y aplicaciones”. Fue creada en 1666, durante el Reinado de Luis XIV (Saint-Germain-en-Laye, 1638- Versailles, 1715), bajo el patrocinio de su Primer Ministro Jean-Baptiste Colbert (Reims, 1619-Paris, 1683). Se trata de una de las cinco Academias Francesas que constituyen el actual Instituto de Francia. Durante el Siglo XVIII contribuye al movimiento científico de su tiempo por medio de sus publicaciones, y juega un rol asesor para el Poder. La tercera Academia, es la **Royal Society**, que surgió alrededor de la Filosofía de Francis Bacon (1613-1617), principal filósofo inglés del Renacimiento, padre del empirismo moderno y gran promotor de la idea de que el saber es útil para la vida práctica. Cuestionó las “Ideas Aristotélicas” en sus obras utópicas y, especialmente, en la que describe un lugar donde desarrollar nuevas leyes, discutir libremente sobre las ideas científicas y transmitir el conocimiento a las generaciones más jóvenes. Bacon daba especial importancia a la existencia de un lugar físico, en el caso de su obra, el espacio era la “Casa de Salomón”, donde los científicos podrían reunirse para compartir ideas y así avanzar con mayor velocidad.

El gran mérito de Bacon es haber previsto la utilidad práctica del saber teórico y la posibilidad de transformar la sociedad mediante las aplicaciones de la ciencia y la técnica. Para ello, entrevió la necesidad de una reforma del saber de su época, consistente en una reorientación de la ciencia hacia la naturaleza y hacia los hechos, y el recurso a una metodología adecuada, no basada en la lógica aristotélica.

La parte constructiva de la lógica, es la exposición de la teoría de la inducción baconiana, o método baconiano. Éste no consiste en una simple recogida de datos, sino en una observación cuidadosa y completa de los hechos, que llama «historia natural y experimental». La inducción baconiana supone de hecho, la obtención de hipótesis o conjeturas por eliminación, las cuales somete de nuevo a otras pruebas. Algunos autores han visto en la inducción baconiana elementos del posterior método hipotético-deductivo, pero otros la consideran más acertadamente un método científicamente inerte. La gran fama de Bacon, se debe al hecho de haber mantenido la creencia en que el hombre, como sujeto colectivo, podía llegar a conocer y dominar la naturaleza mediante la ciencia y la técnica.

Según la interpretación de P. Rossi, en 1957, Bacon no hizo más que modificar de forma significativa la creencia renacentista, de tradición herméutica, en la magia natural como medio de dominar la naturaleza. Tampoco la Royal Society siguió en realidad los métodos baconianos de inducción, cuyo defecto fundamental era que se inspiraban en una física cualitativa (las formas), aristotélica, por tanto, y que ignoraba la utilidad de las matemáticas en la investigación física. La metodología de la ciencia moderna achaca a Bacon la escasa importancia otorgada a la hipótesis científica y la excesiva importancia dada a la recolección de datos.

El “Método Experimental de Bacon” jugó un papel esencial en la promoción de las ciencias y de su cuadro institucional. Otra aportación también significativa de Bacon fue entender que la labor científica es siempre comunitaria, colectiva a la vez que especializada. De ahí la necesidad de transmitir la información a los iguales, de discutirla en la comunidad de expertos mediante una división colectiva del trabajo. Tres obras de Francis Bacon, son de gran importancia en la constitución de la Royal Society; sus aportaciones en la “Nueva Ciencia” y en la elaboración de un “Método Científico” contrario o discordante a las “Ideas Aristotélicas”: “Instauratio Magna”, “Sylva Sylvarum”, “Novum Organum”.

“*Instauratio Magna*” es una obra concebida por Francis Bacon según un plan general de reforma de la Ciencia, pero que sólo parcialmente fue llevada a cabo. Obra que proponía un ambicioso proyecto de investigación con el fin de conseguir la recuperación del saber y poder sobre la Naturaleza que la humanidad había perdido como consecuencia del pecado original. De este modo, Bacon ponía fin a la tradicional concepción contemplativa del saber e inauguraba la moderna concepción operacional, tecnológica y colegiada del “Saber científico”, avalado además por la Sagrada Escritura. La obra comienza con una imagen que se ha convertido en un icono de la Revolución Científica. En el frontispicio de la obra, publicada en 1620, se observa una nave cruzando las Columnas de Hércules. Una combinación de la nave y las Columnas se encuentra en el frontispicio del Manual de Navegación del Cosmógrafo Español Andrés García de Céspedes, publicado en 1606, y probable modelo del motivo de las portadas de ambas obras de Bacon.

En su obra “Novum Organum”, Bacon presentó su “Método filosófico revolucionario”. Propuso un nuevo enfoque para obtener “Conocimiento” que llamó “Novum Organum”, que significa “Nuevo Instrumento” en latín. Defendió el “Método Inductivo” como un medio para obtener un método sistemático y organizado que permitiera descubrir las verdades ocultas de la Naturaleza a través de la observación minuciosa, la experimentación rigurosa y la inducción lógica.

Campanella en “La Ciudad del Sol” y Moro, en su “Utopía”, participaban del mismo principio que defendía Bacon: “No queda más que un solo camino, intentar todo de nuevo con un proyecto mejor, y emprender la total

reconstrucción de las Ciencias, las Artes y todo el conocimiento humano sobre cimientos adecuados”.

Bacon vio este “*Novum Organum*”, o “Nuevo Instrumento” como el medio para lograr una “gran revolución” (*Instauratio Magna*) en el pensamiento. Una vez que se les haya enseñado el nuevo Método Experimental, todos serán capaces de participar en la investigación científica, descubrir los secretos de la Naturaleza y aplicar los resultados para el mejoramiento de la humanidad. La visión de la Ciencia de Bacon inspiró la posterior fundación de las primeras Academias Científicas, y también amplió la relación de la Ciencia con el gobierno y la sociedad. Una de ellas fue la Regia Sociedad de Medicina y Demas Ciencias de Sevilla, a la que más adelante haremos referencia.

“*Sylva Sylvarum*”, es una colección de experimentos científicos y observaciones de Bacon en Historia Natural, destinados a incluirse en su “*Instauratio Magna*”. La obra fue editada y publicada póstumamente por su amigo Rawley. William Rawley (1588–1667) fue un importante Capellán del Siglo XVII, de varias figuras relevantes como Francis Bacon, el Rey Carlos I y, su hijo, el Rey Carlos II.

La “Nueva Atlántida” es la creación de Francis Bacon como una tierra ideal, donde sus ciudadanos defienden las cualidades comunes de “generosidad e iluminación, dignidad y esplendor, piedad y espíritu público”. Bensalem, una isla prodigiosa que recuerda, sin duda, a la “Utopía” descrita años antes por “Tomás Moro” o a la “Ciudad del sol de Campanella”. Los viajeros que llegan a Besalem, se encuentran con una civilización de hombres generosos que protegen a los infortunados viajeros y que, siempre observantes de sus leyes, les permiten conocer algunas de sus costumbres y secretos más valiosos, también les asombra la buena organización política y la construcción de la ciudad pero sobre todo, la gran diversidad y calidad de avances técnicos que están a disposición de los habitantes de la Isla y de los viajeros.

La Royal Society constituye las bases filosóficas y científicas en las que se ha apoyado la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias. Se llevaron a cabo numerosos avances científicos, como los que realizó Newton (Lincolnshire, Inglaterra, 1643-Kensington, Londres, 1727) y Darwin (Shrewsbury, Inglaterra, 1809-Ibidem, 1882). No solo tuvo una gran influencia en la sociedad del Siglo XVII, sino que ha estado siempre presente en la cultura inglesa, además de ser determinante para el desarrollo científico del país y del mundo. La Royal Society es la expresión de ese designio de debate colectivo. Por una parte la Guerra Civil en Inglaterra, coincidió con las reuniones de las primeras “Asociaciones Científicas”, por lo que muchos científicos, se vieron obligados a exiliarse, y en algunas zonas, como en Oxford, decidieron dejar la política a un lado para centrarse en la Ciencia, y como consecuencia, el “Grupo” se disolvió. El propósito de la Sociedad era divulgar el conocimiento, y con esta idea publicaron los nuevos descubrimientos. En 1665 sale

a la luz el primer número de “Philosophical Transactions of the Royal Society” (Transacciones Filosóficas de la Royal Society), una revista periódica que actualmente sigue vigente, convirtiéndose en la primera revista del mundo dedicada exclusivamente a la Ciencia, y se ha mantenido en continua publicación desde entonces, pudiendo considerarse el Boletín Científico que lleva más tiempo en activo a nivel mundial. Por otra parte, tampoco es casualidad que el origen de la Royal Society se sitúe en el Siglo XVII. Los descubrimientos y avances tecnológicos desarrollados en Europa durante esta centuria dieron lugar a una Revolución Científica, que dotó de relevancia a la búsqueda de conocimiento como forma de dominio. La denominada “Nueva Ciencia”, que tenía como principios distintivos la experimentación activa y la adopción sistemática del Método Científico, transfiguró a paso acelerado la Filosofía Natural Europea. Con frecuencia, sin embargo, el entusiasmo por lo novedoso y por las posibilidades que ofrecían las tecnologías recientes como el microscopio y el telescopio carecía de un claro sentido de dirección. Tampoco existía una demarcación estricta de lo científico. Múltiples prácticas y discursos convivían simultáneamente: La Astronomía con la Astrología, la Física y la Biología con la Alquimia y la Óptica con diversas formas de adivinación. El nuevo énfasis en la experimentación parecía tener más conexiones con la “magia” que con la Filosofía tradicional. Pese a esto, lejos de situarse en los márgenes de la sociedad, los practicantes de la Nueva Ciencia comenzaban a colocarse en el centro.

John Evelyn, un jardinero y escritor inglés nacido el 31 de octubre de 1620, se le debe las primeras aportaciones en lo que respecta a la Royal Society. En 1660, Evelyn se unió a un pequeño grupo de filósofos naturales para fundar la Royal Society of London, la sociedad científica más antigua del mundo que existe. Evelyn escribió el primer tratado sobre arboricultura, titulado: “*Sylva, or A Discourse of Forest-Trees and the Propagation of Timber in His Majesty’s Dominions*” (Sylva, o Discurso de los árboles forestales y la propagación maderera en los dominios de Su Majestad); una obra presentada primero en 1662 como artículo a la Royal Society; y, publicada como libro dos años más tarde en 1664.

Desde su fundación, la Royal Society se ha acomodado en seis edificios. Desde 1660 hasta 1666 estuvieron instalados en la “Gresham College”, tras el Gran Incendio, se mudaron a “Arundel House”, 1666-1710. A continuación, durante los años 1710-1780, la Sociedad se trasladó a “Crane Court”, más tarde, 1780-1857 estuvieron en “Somerset House”. En 1857 se asentaron en “Burlington House”. Finalmente, en el año 1967, la Royal Society ocupó su actual estancia, en “The Carlton House Terrace”. Me voy a detener a comentar algunos aspectos de las Sedes de la Royal Society que nos van ayudar a comprender mejor la “Filosofía” de la Regia Sociedad Inglesa.

Los primeros españoles “fellows” de la Royal Society fueron el Marqués de Monte Leone (1716), el Conde de Montijo (1732), ambos Embaja-

dores Españoles; y, Diego de Revilla (1734), un sacerdote de origen español que residía en Roma.

Ya fuera de Inglaterra y adentrándonos en Francia, es interesante conocer, la Escuela Anatómica de la Universidad de Montpellier, siendo, desde su fundación por los Guilhem en el Siglo X, una tierra de encuentros e intercambios entre comerciantes y comunidades, propicio para la transmisión de conocimientos entre culturas.

La Educación Médica existe en Montpellier desde principios de la Edad Media. La Medicina se desarrolla allí gracias a la libertad de enseñanza y a la apertura a los eruditos judíos, árabes y cristianos. Médicos de Salerno (Italia), se establecen allí y hacen que los residentes de Montpellier se beneficien de sus conocimientos, en el seno de las Escuelas y bajo las enseñanzas de un maestro. La “Escuela Médica Salernitana” está considerada por muchos historiadores el germen de las Universidades Europeas.

En Montpellier se está iniciando el “embrión” de lo que después sería la Universidad de Medicina (Escuela o Facultad de Medicina). En este periodo destacamos a dos grandes figuras claves: Arnaud de Villeneuve y Gui de Chauliac, que dieron su nombre a dos Hospitales Universitario de Montpellier. El primero, Médico de Reyes y Papas”, fue sin duda uno de los hombres más eruditos del Siglo XIII. El segundo, “Padre de la Cirugía moderna”, revolucionó la mentalidad médica del Siglo XIV.

La Universidad de Medicina de Montpellier es una de las primeras cuatro Universidades que obtienen su Estatus sobre la base de una Enseñanza Organizada y Estructurada; con París para Artes y Teología; y, Bolonia y Oxford para Leyes. La Medicina a lo largo del tiempo siempre ha permanecido ligada a este territorio. Para la Enseñanza de la Medicina la Ciudad cuenta con: Jardín de Plantas, Herbario, Conservatorio de Anatomía, Bibliotecas, Museos y Farmacias. Todo ello encarna y perpetua la tradición intelectual medica de Montpellier.

Hubo que esperar hasta el Siglo XVIII para ver la creación de una auténtica Facultad de Cirugía y el Siglo XIX para que la Medicina y la Cirugía se fusionen. De hecho, hasta entonces, los cirujanos eran considerados como manuales, comparados con barberos, no con intelectuales. En ello es angular la labor de François Lapeyronie.

El Hotel Saint-Côme de Montpellier, cuya construcción se iniciada en 1752 y se termina en 1757, daba a la Calle Grande Rue y albergaba la “Sala de Reuniones de los Maestros Cirujanos”. La construcción consta de dos edificios. El primero está diseñado por una planta baja con un pórtico cubierto con bóvedas planas aparejadas y sostenidas por columnas dóricas; y, la planta alta diseñada con un frontal que está iluminado por tres ventanas con arcos de medio punto entre pilastras gemelas. Al otro lado de un patio interior está el segundo edificio, de forma octogonal en su exterior, que

alberga el Anfiteatro propiamente dicho, destinado a las demostraciones de Anatomía, hoy Sala Lapeyronie. El Anfiteatro Anatómico o Sala de Disecación es reconocida como una de las mejores diseñada para la Enseñanza de la Cirugía Anatómo-Quirúrgica. Durante la Ilustración, bajo la influencia de Barthez, la enseñanza de la Medicina en Montpellier integró el “Vitalismo”, los inicios de la Biología. Durante la Revolución, con Chaptal, la Facultad pasa del control de la Iglesia al del Estado y se abre al Arte. Podemos afirmar que con Barthez y Chaptal, “Pasamos de la Ilustración a la Revolución”.

Chaptal diseña, potencia y favorece la organización de depósitos de objetos de Ciencia y Arte: Galerías de pinturas, esculturas y dibujos. Con ello crea importantes y ricas colecciones de objetos de Arte y de Anatomía. Introduce una nueva prueba para los médicos que estudian en la Facultad de Montpellier, la presentación de “una pieza anatómica naturales o artificiales para ser depositados en Conservatorio de Anatomía” que crea. Varias colecciones prestigiosas ven la luz, así como manuscritos y libros raros que deposita en Biblioteca que funda.

La calle en la que se encuentra el Anfiteatro de Saint Côme de París debe su nombre a la Escuela de Medicina que hoy ocupa gran parte de su extensión recibió su nombre actual por primera vez en 1792, tras la nacionalización del enorme complejo del Monasterio de “Los Cordeliers”, nombre con el que se conoce a los “Frailes Franciscanos Capuchinos”. Antes era la calle de “Los Cordeliers”

El Hôtel Saint-Côme estuvo abandonado hasta 1801, cuando se trasladó allí el CCI de Montpellier “Chambre de Commerce et d’Industrie”, (CCI). Trescientos años después de su fundación, la restauración del edificio es un verdadero desafío.

Desde 980, Montpellier es un lugar de encuentro e intercambio entre las culturas cristiana, judía y musulmana. La vocación universitaria de la Ciudad se manifiesta primero en el ámbito médico. En 1180, el Señor de Montpellier, Guilhem VIII, concedió el derecho a ejercer y enseñar la medicina. En 1220, el Cardenal Conrado de Urach (1180-1227), legado del Papa Honorio III (Roma, 1148-Ibidem,1227), organizó y garantizó la enseñanza, lo que convirtió a Montpellier en la escuela de medicina en funcionamiento más antigua. Los estatutos permanecieron esencialmente vigentes hasta la Revolución. En el siglo XIV, Montpellier pasó a formar parte de la corona. En 1492-1498 se crearon en la Universidad de Medicina cuatro cátedras reales. Los simples médicos vieron progresivamente reducido y desaparecido su papel de profesores a principios del siglo XVIII. El Renacimiento se caracteriza por una renovación de la Educación. Después de las Guerras de Religión, la Actividad Universitaria en Montpellier se volvió cada vez más médica. Durante la Revolución, las universidades fueron abolidas hasta que la Convención fundó tres Escuelas de Salud en 1794, en París, Estrasburgo y Montpellier. Ubicada hasta entonces en la Rue du Bout du Monde, la Escuela

de Medicina ocupó los locales del antiguo obispado. Se convirtió en Facultad de Medicina cuando se creó la Universidad Imperial en 1808. El edificio es el único vestigio de la arquitectura religiosa medieval en Montpellier, un importante testimonio de la arquitectura y la decoración de los siglos XVII y XVIII, última manifestación del neoclasicismo de Montpellier.

Todos los avances médico-quirúrgicos en la Europa de la época, nos lleva a la ciudad de Sevilla, en concreto, a la Regia Sociedad Médica Sevillana, que sintió la necesidad de contactar con el mundo exterior, estableciendo correspondencia con sociedades científicas extranjeras. Así, la Institución Sevillana mantuvo en los años treinta contactos con la Académie Royale des Sciences de París y con la Royal Society de Londres, aunque no llegó a fructificar plenamente, no deja de tener interés conocer los primeros pasos dados en nuestro país para salir de su secular aislamiento científico.

El S. XVIII estuvo marcado en España por considerables avances científicos, médicos y quirúrgicos, en comparación con el Siglo anterior. Con la llegada del Rey Felipe V, nieto de Luis XIV, llegaron a España cirujanos extranjeros, especialmente franceses de la Facultad de Medicina de Montpellier. En los albores de este siglo, los médicos sevillanos ante la mediocridad de la Cirugía heredada del Siglo XVII se preocupan por conocer los avances de la Ciencia en Europa. Para ello se funda en Sevilla, en 1701 “La Real Sociedad de Medicina y otras Ciencias de Sevilla”. La actividad científica realizada por la Regia Sociedad desde su fundación fue básicamente divulgativa y docente, sin que, en términos generales, se produjera una investigación original y creativa. La labor que despertó mayores expectativas fue la de los Cursos Prácticos de Anatomía, pues, aunque esta ciencia se impartía en la Universidad, su estudio se realizaba allí de forma exclusivamente teórica.

Tras un corto período inicial de brillante actividad, en el que se fueron incorporando distinguidos médicos de toda España, el desarrollo de la Sociedad sufrió cierta paralización por distintas circunstancias: - La Guerra de Sucesión;- la escasez permanente de recursos; y su -continua pugna con la Universidad de Sevilla; además de la propia - pobreza del panorama científico español en los primeros decenios del Setecientos

Los enfrentamientos entre la Universidad de Sevilla y la Regia Sociedad comenzaron desde el instante mismo de la creación de la Sociedad.

Fue significativa, si cabe, la venida a España, en los primeros años del Siglo XVIII, de dos médicos extranjeros, el italiano José de Cervi el que años más tarde sería el “Primer Medico de Cámara del Rey” (Felipe V) y el francés Juan Bautista Legendre. La venida de estos extranjeros obedecía a la falta de cirujanos que había en España. Pedro Virgili, bien entrado en el setecientos, insistía en la deplorable situación de la Cirugía en el Barroco Español. La Regia Sociedad de Medicina de Sevilla pudo afianzarse definitivamente merced a la protección que le dispensaron José de Cervi, con quien colaboraron en el auge anatómico quirúrgico de esta Sociedad, los franceses,

también Cirujanos de Cámara, Blas de Beaumont y Guillermo Jacobe. Los estudios anatómicos cobraron un renovado impulso y poco después fueron contratados reputados anatomistas extranjeros para ejercer su magisterio en la Sociedad.

El primer Profesor de Anatomía fue el Cirujano y Dentista francés Blas Beaumont Verdier, entró en la Corte y se codeó con eminentes miembros de la “familia francesa”; en primer lugar con Jean-Baptiste Legendre. Se dedicó especialmente a la investigación, la docencia y las publicaciones.

A través de su docencia, los cirujanos y anatomistas franceses residentes en España difunden nuevos conocimientos que contribuyen a transformar la mentalidad de los españoles en un campo de investigación médica moderna. El irlandés formado en Francia Florent Kelli, Cirujano del Rey, enseña en la Academia de Medicina de Sevilla, luego Blaise Beaumont, durante tres años a partir del 17 de Noviembre de 1729. En 1732, Guillaume Jacob, de Montpellier, lo reemplaza. Los tres, en su calidad de disectores anatómicos, trabajaron en el Anfiteatro para formar a los españoles. Las conferencias fueron seguidas de trabajos prácticos con cadáveres hospitalarios. En 1701 también se creó una Cátedra de Anatomía en el Hospital Real de Madrid que pasó sucesivamente a Florent Kelli, Vincent Gilabert y luego a Beaumont en 1733, con el título de Demostrador Mayor de Anatomía en los Reales Hospitales de Madrid. En su obra “Anatomía completa del hombre” (1728), el célebre anatomista y médico Martín Martínez, cita los experimentos de los que fue testigo, demostrándonos, una vez más, los intercambios científicos franco-españoles. Según Juan Riera, es a Martínez y Beaumont a quienes debemos la renovación de la investigación anatómica. J. Riera, refiere que Beaumont es “sin duda el mejor autor de un tratado quirúrgico en castellano; y, tuvo un auténtico papel pionero en el importante renacimiento experimentado por la Anatomía y la Cirugía en España, en la primera mitad del Siglo XVIII”. “Sin disputa el mejor tratadista de temas quirúrgicos en castellano”, “Su papel renovador es ciertamente significativo, siendo uno de los pioneros de la recuperación anatomo-quirúrgica en la España de la primera mitad del Siglo XVIII”. Nuestro francés es autor de cuatro obras que difunden su enseñanza. Escribió en lengua castellana, prueba de su total integración en su nuevo país pero también de su deseo de compartir sus conocimientos con sus homólogos españoles.

“Exercitationes” (“Ejercicios anatómicos y esenciales para las operaciones quirúrgicas”) están dedicados a Jean-Baptiste Legendre. Beaumont estudia todo el cuerpo humano, discutiendo también los instrumentos necesarios para las operaciones, vendajes y medicamentos. Describe las operaciones que pudo realizar, las modalidades, las posibles complicaciones y las técnicas de sutura. Esta obra es un buen manual educativo de casi quinientas páginas, sin contar las ilustraciones (Trece láminas de Anatomía), que tuvo una amplia distribución en España.

Blas Beaumont Verdier es una de las figuras principales de la Cirugía Española del Siglo de las Luces. Al retirarse Beaumont, de acuerdo seguramente con Cervi, fue sustituido por el también francés Guillaume Jacobe, formado en la prestigiosa Facultad de Medicina de Montpellier. Al contrario de la Facultad de Medicina de París, que siguió aferrada al más puro tradicionalismo, la de Montpellier es defensora del Empirismo, desde finales del Siglo XVII y supo permanecer abierta a las novedades científicas que se iban produciendo, convirtiéndose así en una de las instituciones de mayor influencia.

El Dr. Guillaume Jacobe, se incorpora a la Regia Sociedad de Medicina, el 4 de Octubre de 1732, como anatomista y hace la primera demostración en Diciembre, sobre la Anatomía del Ojo, pero no comenzó sus clases hasta el año siguiente. Las Sesiones Anatomo-Quirúrgicas tienen lugar en el Anfiteatro del Hospital Amor de Dios. Presenta la Primera lección Don Diego Gaviria, Vicepresidente de la Regia Sociedad Sevillana, el 11 de Febrero de 1733. La presentación la centra en la división y subdivisión del cuerpo humano, tegumentos, hipodermis y músculos abdominales. Terminada la lectura, Guillaume Jacob la hizo sobre el cadáver y, observa y describe las mismas partes.

En Abril de 1735, Jacobe solicita permiso para viajar a París, con el objeto de instruirse en varias operaciones, tanto desde el punto de vista anatómico como quirúrgico, además de llevar a cabo dos misiones adicionales: Establecer relaciones formales con la Academia de Ciencias y conseguir algún nombramiento, más o menos honorífico, para Cervi por parte de la Academia. Sin embargo, pese a sus gestiones y a la buena acogida dispensada por la Academie Royale des Sciences y por su Director, el deseado nombramiento para Cervi resultaba muy difícil de obtener. En el nombramiento de Cervi, destacamos a Hans Sloane que en 1730 que había sustituido dos años antes en el cargo de Presidente de la Royal Society a Isaac Newton y promovió algunas reformas administrativas, entre ellas una relativa al procedimiento de admisión de nuevos miembros, en la que se formalizó reglamentariamente la idea que los candidatos a formar parte de la Royal Society, tanto nacionales como extranjeros, deberían mostrar cierta inclinación o interés por la Ciencia. Sloane, escribía también a Antoine de Jussieu, comunicándole que, de acuerdo con su petición, había propuesto a Cervi para su elección como Asociado de la Sociedad Londinense, no albergando ninguna duda que se conseguiría su nombramiento, pues Cervi era ampliamente conocido como persona de gran erudición y merecedor, aun sin su recomendación, de pertenecer a la Royal Society. En Diciembre de 1736, Cervi se incorpora a la Nómima de Asociados Extranjeros de la Royal Society.

Anteriormente he nombrado el Hospital Amor de Dios de Sevilla, donde se llevaron a cabo las Sesiones Anatomo-Quirúrgicas. Estaba situado entre la Alameda de Hércules, al Norte; la Plaza del Duque y la Iglesia de San

Miguel, ya desaparecida, al Sur; la Calle Amor de Dios (Calle Pellejería) al Oeste; y, la Calle Trajano (Calle del Puerco), al Este. Este Hospital existió hasta el año 1837, fecha en la que la Junta de Beneficencia, reunió a todos los hospitales en el de “Las Cinco Llagas” o de “La Sangre”. Desde entonces y hasta que fue derruido ha tenido diferentes usos.

Para finalizar, considero de gran interés la pintura francesa en la Regia Sociedad de Medicina, así como médicos influyentes que convivieron en el Alcázar de Madrid. Destacamos, tal y como hemos mencionado anteriormente, José de Cervi el que años más tarde sería el “Primer Médico de Cámara del Rey” (Felipe V) junto con Juan Bautista Legendre, que llegaría a ser “Primer Cirujano de Cámara del Rey”, vivieron durante su etapa con el Monarca en el Alcázar de Madrid. Esta proximidad a la hora de compartir un mismo techo era necesaria. Las estancias de ambos han sido difíciles de ubicar en el Alcázar, debido a un incendio que se declaró en la Nochebuena de 1734. Antes del incendio del Alcázar no se ha podido localizar otras referencias planimétricas amplias de la distribución interior de estos edificios. Hay que esperar a la mitad del Siglo XVIII para encontrar de nuevo dos fragmentos, en este caso atribuidos a Saqueti.

Es preciso destacar la relación de la Regia Sociedad Médica Sevillana y la pintura anatómica francesa, es a través del Sr. Matoni, Socio Numerario de la Regia Institución, quien adquirió dieciocho Láminas Anatómicas (Grabados) de la Familia Gautier, un grupo de artistas-pintores cuyo “Pater Familia” era Jacques Fabien Gautier, al que haré mención más adelante, por un precio de mil seiscientos sesenta y tres “Reales de vellón”. En la actualidad existen diez de ellas por lo que las ocho restantes las podemos considerar “desaparecidas” o “cambiadas de lugar”. La gestión de la compra tuvo lugar en París el 20 de Diciembre de 1788 por D. Juan Bautista Matoni. Consta en los Archivos de la Real Academia las Disertaciones de Escritos Científicos, de la División del mismo nombre, que han sido revisados por Antonio Hernández Morejón en su Historia Bibliográfica de la Medicina Española, y por Anastasio Chinchilla en sus “Anales históricos de la Medicina en General y Biográfico-Bibliográficos de la Española en particular”.

Una de las labores más importantes, al margen de las Disertaciones Científica-Académicas, que Juan Bautista Matoni lleva a cabo en la Ciudad de Sevilla, es su contribución en la “Defensa de la Matrona en la España Ilustrada”, un tema de vanguardia y, como no, de una defensa complicada a la hora de defender el papel histórico de estas profesionales de la Salud.

Tal y como he comentado anteriormente, uno de los pintores y grabadores que contribuyen a la elaboración de la Láminas Anatómicas, no es otro que el “Pater Familia” de la Familia Gautier de Pintores Franceses, Jacques Fabien Gautier, que años más tarde le añade a sus apellidos el de d’Agoty. Las Láminas Anatómicas, tratan diferentes aspectos de la Anatomía: Sistemas óseo, muscular, nervioso, venoso, arterial; y, visceral anterior y poste-

rior. Una lámina de Ginecología y dos más de Anatomía femenina frontal y lateral, con un total de diez láminas anatómicas. Podemos decir, que fueron d'Agoty y sus hijos quienes popularizaron el proceso de grabado en color en Francia. Durante muchos años publicaron una revista con ilustraciones anatómicas en color.

Jacques-Fabien Gautier fue alumno del pintor y grabador de origen alemán Jacob Christoph Le Blon, que este fue el inventor de un proceso de grabado e impresión que incorporaba por primera vez los colores (azul, amarillo y rojo); y, que Gautier d'Agoty se apropió de su enseñanza que la hace privilegio. Algunos piensan que Gautier está tratando de atribuirse el mérito alcanzado por su maestro. En este sentido Gautier opina que perfeccionó el proceso de grabado e impresión en tres colores añadiendo un cuarto, el negro, lo que puede ser discutible. El fondo del problema es que Le Blon era “newtoniano”; y, Gautier d'Agoty, “antinewtoniano” por eso Le Blon no usaba el negro. Gautier d'Agoty, al utilizar el negro, le permite, a diferencia de Le Blon, no retocar el grabado.

Gautier defendió diligentemente su derecho a ser considerado como el inventor de las imágenes impresas en color. La base del reclamo de Gautier del “Título de inventor de las imágenes impresas en color”, fue que la técnica de producción de Le Blon involucraba sólo tres placas de colores separados (rojo, amarillo y azul); en cambio, en la suya, se agregaba una cuarta placa negra. En la práctica diaria, las herramientas y técnicas básicas de Gautier probablemente no eran tan diferentes de las de Le Blon. Las diferencias más obvias entre ambas se basaban en los materiales disponibles, las habilidades de los artesanos (diseñadores, grabadores, coloristas, impresores y acabadores), la calidad de las planchas de metal y la formulación de los colores.

Se puede afirmar, que era necesario en la Europa del Siglo XVIII, una técnica para la impresión directa del color en los grabados calcográficos que ilustraban los libros, que no fuera excesivamente cara y que permitiese realizar múltiples copias de una ilustración, principalmente en materia médica y para su uso por estudiantes.

Otra técnica fue aplicada a mediados del Siglo XVIII en obras médicas, “La Cuatricromía”. A comienzos del Siglo XVIII, Jacob Christoph Le Blon (1667-1741) crea una nueva técnica conocida como “Tricromía”. Método de impresión a color en “mezzotinta” utilizando para ello tres planchas en colores rojo, amarillo y azul, obteniendo la patente para su empleo en Inglaterra en 1719. La extravagancia de Jacques-Fabien Gautier fue también una forma de desplegar su conocimiento técnico y sus dotes para la mercadotecnia de un producto tan atrayente como difícil de mostrar. El cóctel resultante supone la comunión entre un desnudo científico y una sexualidad ambigua que seguía a duras penas los patrones sociales, estéticos y científicos del momento. Todo un espectáculo artístico y biográfico a gran escala

DÍA DE LA ACADEMIA

El 23 de mayo se celebró el Día de la Academia con una conferencia del **Excmo. Sr. D. Francisco López Muñoz**, académico de número de la Real Academia Europea de Doctores. Fue presentado por el académico de número **Ilmo. Sr. D. José Antonio Milán Martín**.

Acompañando al presidente, Excmo. Sr. D. Carlos Infantes Alcón, estuvieron el Excmo. Sr. D. Benito Valdés Castrillón, presidente del Instituto de Academias de Andalucía; Excmo. Sr. D. Ramiro Rivera López, académico de honor de la RAMSE; y el Dr. Juan Manuel Contreras Ayala, secretario del Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla.



Dr. Contreras, Dr. Valdés, Dr. Infantes, Dr. Rivera y Dr. López Muñoz

En el mismo acto el presidente, **Excmo. Sr. D. Carlos Infantes Alcón**, hizo entrega de sendas placas conmemorativas, con motivo cumplirse los 25 años de académico de número, a los Ilmos. Sres. **D. Blas Rodríguez de Quesada Tello** y **D. Carlos Martínez Manzanares**, al cual representó su sobrina. El académico bibliotecario, Dr. Domínguez-Rodiño, dio lectura al Enquiritión Académico de ambos.



El Dr. Infantes entrega la placa conmemorativa al Dr. Rodríguez de Quesada

PRESENTACIÓN DEL EXCMO. SR. D. FRANCISCO LÓPEZ MUÑOZ

Dr. José Antonio Milán Martín
Académico de número

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla,
Dr. D. Carlos Infantes Alcón
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos de número y correspondientes
Dignísimas autoridades
Amigos, Sras. y Sres.

En este señalado día en el que celebramos el 324 aniversario de la fundación de la Regia Sociedad, quiero agradecer a nuestro presidente que me haya designado para presentar al Excmo. Sr. Dr. D. Francisco López Muñoz, destacado académico y escritor español que ha dedicado su carrera a la Medicina y a la Literatura.

No ha sido tarea fácil resumir el excelente *curriculum* del Dr. López Muñoz, pero el esfuerzo ha merecido la pena ya que me ha permitido conocer mejor a nuestro conferenciante. Intentaré no extenderme demasiado.

D. Francisco nació en Venta de los Santos, una aldea al norte de Jaén, perteneciente al municipio de Montizón, aunque pasó su infancia y adolescencia en la localidad manchega de Villahermosa, en pleno Campo de Montiel, cuna de Don Quijote. No extraña pues que, además de doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, también sea doctor en Lengua Española y Literatura por la Universidad de Alcalá, con una amplísima producción científica relacionada con la obra de Cervantes desde la vertiente de la terapéutica, como ya tuvimos ocasión de comprobar con su discurso de toma de posesión como académico correspondiente de nuestra Academia el 19 de octubre de 2023, titulado “Antídotos y panaceas en la producción literaria cervantina”.

Se trasladó a Madrid para realizar los estudios universitarios de Medicina en la Universidad Complutense y posterior labor profesional, primero en la Industria Farmacéutica, como director médico de Laboratorios Juste, y luego en la Universidad, primero en la de Alcalá y finalmente en la Camilo José Cela.

Desde la perspectiva académica, comenzó su trayectoria docente, investigadora y de gestión en el Departamento de Biología Celular de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, en el ámbito de la neuro-histología y, posteriormente, desde 1997, en el Departamento de Farmacología de la Universidad de Alcalá, trabajando fundamentalmente en el campo de la neuro-psicofarmacología y las drogodependencias.

En 2011 se incorporó a la Universidad Camilo José Cela como profesor titular, siendo en la actualidad Catedrático de Farmacología y Vicerrector de Investigación y Ciencia de dicha universidad, director de la Escuela Internacional de Doctorado, presidente del Comité de Ética de la Investigación, y forma parte del Consejo de Gobierno de la Universidad.

Es miembro del Instituto de Investigación Hospital 12 de octubre de Madrid y experto evaluador de la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) en varios de sus programas de acreditación, entre ellos vocal de la Comisión Nacional de Renovación de la Acreditación de los Programas de Doctorado, y es vocal del Consejo de Ciencia y Tecnología de la Comunidad de Madrid. También es miembro de la Comisión Sectorial de la CRUE (Conferencia de Rectores de Universidades Españolas) de Investigación, Desarrollo e Innovación, y vocal del Consejo de Ciencia y Tecnología de la Comunidad de Madrid. Ha participado como evaluador de numerosos proyectos y grupos de investigación para diversas Agencias Europeas, y entidades financiadoras privadas.

Entre sus principales líneas de investigación se encuentra todo lo vinculado con la psicofarmacología, especialmente su historia, ámbito en el que está reconocido como un referente internacional, y la literatura

cervantina analizada desde el ámbito médico y farmacológico. También ha dedicado mucho tiempo al estudio de la vida y obra de Cajal, y a los abusos psicofarmacológicos cometidos durante el III Reich, tras crear el Centro Sefarad Israel, un grupo de investigación en Medicina y Holocausto y diplomarse en Estudios sobre el Holocausto por la International School for Holocaust Studies de Yad Vashem (Jerusalén) en 2016.

Ha participado en 46 proyectos de investigación financiados y es titular-inventor de 7 patentes de invención sobre nuevas moléculas para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, en colaboración con el Centro Superior de Investigaciones Científicas.

Cuenta con distintos premios y reconocimientos a la labor investigadora, como el Premio Extraordinario de Doctorado de la Universidad Complutense, el Premio ATLAS de Neurociencias y Envejecimiento Saludable, y el Premio de Humanidades de la Real Academia de Doctores de España, entre otros. En diciembre pasado recibió el premio de Reconocimiento Especial a la Iniciativa Social de Castilla-La Mancha.

Entre otros honores y distinciones, está en posesión de la Cruz del Mérito (distintivo blanco) y de la Cruz de Plata de la Guardia Civil. Ha sido distinguido como Profesor Honorario y como Doctor Honoris Causa por varias universidades americanas y recientemente nombrado Profesor Honorífico de la Guardia Civil, el primero de la historia del Benemérito Instituto.

Ha sido miembro de 71 comités editoriales, destacando el *European Journal of Pharmacology*, *Frontiers in Psychopharmacology*, *Current Psychopharmacology* y *Cancers*. Es miembro de número de diferentes sociedades científicas, como la Asociación Europea de Neurociencia, la Organización Internacional de Investigación Cerebral, la Cervantes Society of America, y de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas. Es miembro fundador del Observatorio de Derechos Humanos de España y miembro de Honor de la Ghandi – Mandela Foundation, así como de varias redes nacionales e internacionales, como la Red de Trastornos Adictivos de RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud) (Instituto de Salud Carlos III), o la Red Iberoamericana de Universidades Comprometidas con la Educación en Derechos Humanos y Ciudadanía Inclusiva.

En 2022 fue comisario de la exposición “Ramón y Cajal, Ciencia y Arte”, celebrada en Madrid.

Es académico de diferentes Reales Academias y Academias Nacionales extranjeras, en el ámbito de la Medicina, de la Farmacia y de la Historia, como la Academia Europea de Doctores, las Reales Academias de Cádiz, Andalucía Oriental, País Vasco, Sevilla, la Academia Europea de Ciencias y Artes de Salzburgo, la Academia Nacional de Historia y

Geografía de México, las Academias Nacionales de Medicina de Colombia, Venezuela, entre otras.

Pero, como el mismo dice, su verdadera pasión es escribir, no sólo ciencia dura, sino también divulgación científica, siendo numerosos los artículos publicados en los principales medios de comunicación nacionales y latinoamericanos, así como artículos y libros en áreas relacionadas con la psiquiatría, la farmacología y la literatura. Algunas cifras nos pueden dar idea de su importante producción científica:

Es autor/editor de 30 libros/tratados y de más de 700 publicaciones científicas. Entre los tratados editados cabe mencionar: “Historia de la Psicofarmacología”; “Neurobiología de la Depresión” de la prestigiosa serie Fronteras en Neurociencia, “Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): epidemiología, tratamiento y prevención”, “Melatonina, Agentes Neuro-protectores y Terapia Antidepresiva”, y “Melatonina: Producción, Funciones y Beneficios”.

Es autor de 235 capítulos de libros relacionados con la psicofarmacología y otros campos de la farmacología y la neurociencia, 53 de ellos en ediciones internacionales, y 475 publicaciones científicas, 175 de ellas en revistas con alto factor de impacto, con un Índice H = 42.

Es director del Consejo Editorial Internacional de la Colección “Humanidades Médicas: Cultura, Arte, Ciencia y Salud” de Delta Publicaciones, donde ha publicado cuatro libros, destinados a todos los públicos, y cuyos sugerentes títulos son:

“Cuando la Medicina no cura. La participación del personal sanitario en torturas, genocidios y experimentos al margen de los códigos éticos”,

“El vuelo de Clavileño. Brujas, locos, pocimas, fármacos, médicos e inquisidores a través de la literatura cervantina”,

“La barca de Caronte. El largo viaje histórico del alma humana a través del pensamiento, la ciencia y la medicina”, y

“La sangre de la Gorgona. Una historia del vampirismo desde la psicología y la medicina”.

Como ejemplo de su incesante labor de divulgación y para ir finalizando este breve recorrido curricular, les voy a comentar algunas de sus más recientes aportaciones:

- “Jornadas sobre Armas de Guerra Químicas como Amenazas para la Seguridad. Estado de la Cuestión”. Coorganizadas en octubre de 2023 por la Academia de las Ciencias y las Artes Militares (ACAMI) y el Vicerrectorado de Investigación, Ciencia y Doctorado de la Universidad Camilo José Cela (UCJC), que dirige.

- Día Mundial sin alcohol. Artículo en el Diario Vasco, el 15 de noviembre de 2023. “¿Por qué los hijos de alcohólicos desarrollan adicciones? El papel de los traumas infantiles”.

- Artículo en El Español, el 17 de diciembre de 2023. “Semana conmemorativa de la declaración de los derechos humanos. Un legado atípico de los crímenes nazis: el código de Núremberg, espejo biomédico de la Declaración de Derechos Humanos”.

- Artículo en The Conversation, el 21 de diciembre de 2023. “El Origen de Batman: la antítesis de Superman y sus vidas paralelas”.

- Artículo en ABC, el 20 de febrero de 2024. “Así actúa Novichok, el agente tóxico que estaría detrás de la muerte de Navalni”.

- Artículo en The Conversation, el 22 de febrero de 2024. “¿Cómo aborda la legislación española la eutanasia y la cooperación al suicidio?”.

- Artículo en el periódico El Norte de Castilla, 16 de abril de 2024. “Cómo se descubrió al asesino gracias al análisis de la tinta de un manuscrito”.

- Artículo en The Conversation, el 24 de abril de 2024. “En su origen, los cómics no eran cosa de niños, sino una industria cultural”.

He leído todos estos artículos, y les puedo asegurar que he disfrutado con su lectura y ampliado mis conocimientos.

Junto a sus méritos profesionales el Dr. López Muñoz destaca por sus cualidades humanas. Es un excelente profesional admirado y respetado por todos los que le conocen, entre los que me incluyo.

En la conferencia que nos va a dictar a continuación sobre D. Santiago Felipe Ramón y Cajal, cuyos apellidos dan título a este salón que nos acoge, el Dr. López Muñoz nos dará a conocer una faceta de la vida de D. Santiago mucho menos conocida que sus aportaciones científicas, como son sus planteamientos filosóficos, humanísticos, culturales o incluso políticos, incluyendo su visión del sentimiento patriótico, vinculado a la defensa y promoción de la ciencia.

Muchas gracias por su atención y su asistencia a este acto.

“LA CIENCIA COMO BASE PARA LA CONSTRUCCIÓN PATRIÓTICA: EL EJEMPLO DE CAJAL”

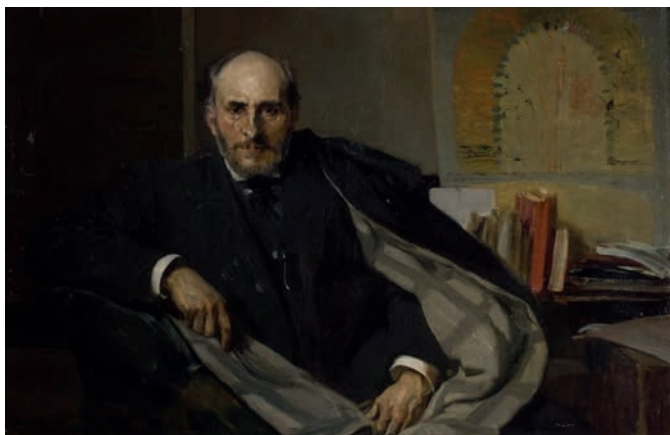
Dr. Francisco López-Muñoz

*Catedrático de Farmacología y vicerrector de Investigación y Ciencia
de la Universidad Camilo José Cela, Madrid*

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Excmos. e Ilmos. Sras. y Sres. académicos y demás autoridades, compañeros y amigos, señoras y señores:

Quisiera agradecer, en primer lugar, la amabilidad de la Junta de Gobierno de esta Institución, especialmente al Dr. José Antonio Milán Martín, por su invitación a impartir esta conferencia del Día de la Academia con todos ustedes, y el honor que ello supone para este académico correspondiente. Agradezco también las amables palabras de presentación que acaba de realizar el Dr. Milán.

En esta conferencia abordaré una de las facetas menos conocidas de nuestro gran Premio Nobel, Santiago Ramón y Cajal, como es su sentimiento patriótico forjado entorno a la defensa de la ciencia. Desde los primeros años de mi carrera en el ámbito de la investigación científica hace más de 30 años, precisamente en el Departamento de Histología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, la figura de Cajal supuso para mí una atracción casi hipnótica, no sólo por la vasta y magna obra científica



Retrato al óleo sobre lienzo de Santiago Ramón y Cajal realizado por Joaquín Sorolla en 1906 (Museo Provincial de Zaragoza).

que generó, sino también por la riqueza de su biografía y sus planteamientos vitales. Si a esto se le suma mi interés por la historia, en general, y la historia de la neurociencia, en particular, no es de extrañar que, al cabo de los años, la vida y obra del Premio Nobel constituyeran una de mis más relevantes líneas de investigación.

Reivindicar la figura de Cajal, sobre todo en un país como España, que rápidamente olvida a sus hijos más señeros, es una labor simplemente de justicia. Afortunadamente, lo estamos celebrando con la declaración del “Año Cajal” por parte del Gobierno de España. De la trascendencia e importancia de este científico da fe, por ejemplo, los datos recogidos en un artículo publicado el 25 de julio de 2009 en *El Periódico de Extremadura*, donde se confirmaba que Cajal es el segundo personaje histórico más reiterado en el callejero español, tan sólo detrás de Miguel de Cervantes, con 1.173 calles en su honor. Además, Cajal posiblemente sea, por el volumen, significado y trascendencia de su obra, el más relevante neurocientífico universal de toda la historia. En un análisis de citaciones de autores clásicos realizado hace algunos años por el historiador de la ciencia José María López Piñero, se constató que la obra de Cajal mantenía una extraordinaria vigencia, pues era el científico clásico más citado, por encima de otros de autores clásicos, como Einstein, Darwin, Bernard, Virchow o Sherrington.

Sin embargo, a pesar de que su biografía y sus aportaciones científicas son harto celebradas, y han sido objeto de un abrumador número de estudios, sus planteamientos filosóficos, humanísticos, culturales o incluso políticos, son muy poco conocidos, incluyendo sus habituales y frecuentes alusiones al sentimiento patriótico, tema que abordaremos en esta conferencia.

Antes de comentar este compromiso patriótico de Cajal, conviene revisar **algunos datos biográficos** que ayudarán a entender su posicionamiento, muchos de ellos obtenidos de su propia autobiografía, publicada inicialmente en 1901 con el título *Recuerdos de mi vida*, que sería posteriormente completada con una segunda parte titulada *Historia de mi labor científica*, publicada en 1923, y a la que recurriremos con asiduidad.

Tras licenciarse en Medicina en 1873 en la Universidad Literaria de Zaragoza, y dado el carácter proclive a la aventura que marcó su adolescencia y primera juventud, Cajal ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar. Su primer destino, como teniente médico, fue el frente carlista en los Llanos de Urgel, y al año siguiente, tras ser ascendido a capitán médico, fue destinado a Cuba, donde se libraba la primera de sus guerras de independencia, conocida como la Guerra de los Diez Años, sin llegar a usar nunca las cartas de recomendación que le entregara su padre para el Capitán General de Cuba. Este destino le causó gran entusiasmo, pues había sido un voraz lector de novelas románticas y libros de viajes sobre países lejanos y exóticos.

En la isla caribeña, Cajal cumplió servicio en algunos de los peores destinos posibles, las enfermerías de Vistahermosa y de San Isidro, situadas en plena e insalubre manigua, atendiendo a los soldados heridos en el conflicto bélico y a los enfermos de paludismo, disentería y tuberculosis, procedentes de las columnas volantes de operaciones en el Camagüey. En este último destino, Cajal comprobó el estado de absoluta corrupción de la administración colonial, pues, además de los retrasos injustificados del cobro de haberes y la indiferencia del mando, dismanteló una habitual práctica fraudulenta de merma en las raciones de alimentación de sus enfermos por parte de cocineros y practicantes. Al poco tiempo contrajo fiebres palúdicas y disentería, y finalmente fue declarado “inutilizado en campaña” por una caquexia palúdica grave, pudiendo regresar a España en junio de 1875.



Fotografía de Cajal realizada en Cuba, en 1873, con uniforme de paño de capitán de Sanidad Militar.

Una anécdota de esta experiencia militar de Cajal da cuenta de su futura orientación científica. Parte de su tiempo libre en las enfermerías lo dedicaba a observar las aguas sucias encharcadas en busca de microorganismos, mediante un microscopio que había conseguido. Y el comandante del fortín, al advertir este comportamiento, escribió a sus superiores pidiendo la sustitución del “físico” de Vistahermosa, que se pasaba las horas mirando por un “tubo”. Precisamente con los atrasos de su salario militar de la Guerra de Cuba, Cajal adquirió el microscopio Verick con el que se inició en sus investigaciones científicas.

Otro aspecto interesante de la biografía de Cajal es su **dedicación a la política**, ámbito en el que ocupó una serie de cargos, como consejero de Instrucción Pública (1902) o senador vitalicio, desde 1910, a instancias del Presidente del Consejo de Ministros José Canalejas, a quien el histólogo admiraba profundamente. Pero sólo aceptó el nombramiento por ser un cargo no remunerado y tras garantizársele su independencia de criterio y su deseo expreso de no vincularse a ningún partido. Otra prueba más de su integridad política puede verse en su rechazo, en dos ocasiones, a la oferta del Presidente del Gobierno, Segismundo Moret, para hacerse cargo del Ministerio de Instrucción

Pública. En la segunda de ellas, tras haber recibido el Premio Nobel en 1906, y haciendo gala de su manifiesto patriotismo y honestidad, vio la oportunidad de plantear una renovación completa de las estructuras académicas del país, potenciando la educación y la investigación y reforzando la calidad de las universidades, como columnas del progreso de la Patria. A pesar de las ingentes inversiones que suponía el proyecto de Cajal, Moret respondió “usted será mi ministro de Instrucción Pública”. Pero, según relata la secretaria de Cajal, Enriqueta Lewy, cuando el histólogo preguntó por la cantidad de dinero disponible para abordar el proyecto, el Presidente del Gobierno no supo darle respuesta. Esto hizo que Cajal declinara la oferta, junto a otros factores, como la inestabilidad política o la imagen de logrero ambicioso que podría dar. Con respecto a este asunto escribió Miguel de Unamuno en la revista *España* de Buenos Aires: “[Cajal] tiene otro modo de servir... políticamente a su patria. Una de las cosas más perniciosas de nuestro ambiente público es la tendencia a impulsar hacia la política a cualquier espíritu que se señale y se distinga en un campo cualquiera de la cultura humana”.



Un grupo de estudiantes despide a Ramón y Cajal en la estación del Norte de Madrid, de donde salía para recoger el Premio Nobel en Estocolmo en 1906 (Legado Cajal / Instituto Cajal – CSIC).

Cajal siempre se sitúa por encima de la política, pues sus aspiraciones son diferentes a las de todos los partidos al uso; para él, lo realmente importante, como luego se comentará, es España.

Desde la perspectiva laboral, aunque también con un evidente componente político, el Gobierno nombró a Cajal Director del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII en 1901 y fundó en 1902 el Laboratorio de Investigaciones Biológicas, centro que Cajal dirigió hasta 1922. Cuando el Presidente del Consejo de Ministros Francisco Silvela le encargó la dirección del mismo, con

un sueldo anual de 10.000 pesetas, Cajal aceptó, pero solicitó que el sueldo se rebajase hasta las 6.000, y lo justificó por escrito de la siguiente manera: “Primero, porque no ansío nadar en la opulencia. Segundo, porque en una edad en la que desfallecen o flaquean mis fuerzas, paréceme abusivo y hasta inmoral, aumentar mis emolumentos. Y tercero porque, aún sin querer, columbro siempre a través de cada moneda recibida, la faz curtida y dolorosa del campesino, quien, en definitiva, sufraga nuestros lujos académicos y científicos”. Finalmente, en 1920, mediante Decreto de 27 de febrero, se creó el Instituto Cajal, que llegaría a ser uno de los centros de investigación neurobiológica más importante de la Europa de la época.



Fotografía del Instituto Cajal, en el cerro de San Blas, a principios de la década de 1930.

Pero el papel de Cajal en este entorno no solamente hay que circunscribirlo al ámbito puro de la investigación, sino que va mucho más allá, al promover las medidas políticas necesarias para implementar un sistema de formación internacional para profesionales aventajados. Estas acabaron de fraguar en 1907, con la creación, por Real Decreto de 11 de enero, de la Junta para Ampliación de Estudios, de la que fue Presidente, y que se trocó en una institución fundamental para el desarrollo científico y cultural de España en el primer tercio del siglo XX. Y prueba de ello es la propia Escuela Neurohistológica de Cajal, un auténtico imán que atrajo a una pléyade de alumnos (nacionales e internacionales) que deseaban formarse como investigadores junto al maestro, aunque, lamentablemente, el desastre de la Guerra Civil española impidió la definitiva consolidación de la misma. Prueba de la trascendencia de esta Escuela es que tres discípulos directos de Cajal fueron candidatos en varias ocasiones al Premio Nobel de Medicina: Pío del Río Hortega, Rafael Lorente de No y Fernando de Castro.

Precisamente, y como adelantado también en el ámbito de los derechos sociales, Cajal incorporó a la mujer entre los científicos que se formaron en estos centros de investigación pioneros en España, en un momento en que la presencia de la mujer en la Universidad era prácticamente anecdótica. Algu-

nas de ellas trabajaron directamente con él en el Laboratorio de Investigaciones Biológicas, y otras como colaboradoras de sus discípulos más directos. Y en este ámbito, acusa a la “educación divergente” como principal causa de la exclusión laboral de la mujer en el ámbito de la ciencia: “esperad que la sociedad conceda a todas las jóvenes de la clase media el mismo tiempo de educación e instrucción que al hombre, dispensando además a las más inteligentes de la preocupación y cuidado de la prole..., y entonces hablaremos”.



El denominado “grupo de mujeres científicas del Laboratorio de Cajal”: Manuela Serra, Laura Forster, María Soledad Ruiz-Capillas y María Luisa Herreros.

Como he comentado, la figura de Cajal supera con creces el ámbito estrictamente científico y sus incursiones y aportaciones alcanzan **otras áreas del conocimiento y de la cultura**, como la literatura, la pedagogía, la filosofía, la fotografía e, incluso, la política, algunas veces de forma brillante y magistral. Y una experiencia vital de juventud tendría mucho que ver en esa consolidación del pensamiento humanista cajalano: Cuba. A pesar de la brevedad de su estancia en la isla, de apenas 14 meses, esta experiencia vital no le abandonaría jamás y marcaría, de forma sustancial, su pensamiento político y social y la forma de entender España durante el primer tercio del siglo XX.



Ilustración del final de la Guerra de Cuba contra Estados Unidos, mostrando a las tropas españolas en formación de defensa.

El **conflicto bélico en Cuba**, incluyendo las dos Guerras de Independencia, la guerra con Estados Unidos y la derrota militar puso de manifiesto una auténtica quiebra del sistema político decimonónico en España: la situación de partidos políticos de turno, el dominio social del caciquismo, la herencia orgullosa de creer ser aún un gran imperio colonial y el estado de guerra casi permanente durante todo el siglo XIX. De esta forma, el sentimiento popular engendrado por esta situación culminó en una verdadera crisis ideológica y de valores que, en el ámbito cultural, terminaría dando lugar a la renombrada Generación del 98 y, en el ámbito sociopolítico, al **Movimiento Regeneracionista**, en el que se integrarían, alineados en una postura crítica común, un amplio conjunto de ideólogos, políticos, científicos y otros profesionales.

Los regeneracionistas, cuyo líder indiscutible fue el jurista y economista Joaquín Costa, pretendían exhortar a la opinión pública sobre “los males de la patria” e imponer remedios pragmáticos en pro de su reestructuración. Además de Costa, cabe mencionar al ingeniero de minas Lucas Mallada, el escritor y geógrafo Ricardo Macías Picavea, el abogado y periodista Santiago Alba, el historiador y pedagogo Rafael Altamira y, cómo no, al insigne histólogo Santiago Ramón y Cajal. Además de compartir los mismos postulados sociopolíticos y de ser casi paisanos, Costa y Cajal mantenían una fraternal amistad. Cajal calificaba al sociólogo de Graus como “el apóstol de la europeización española”, mientras que éste llamaba al científico “el primer filósofo de su tiempo”.



*Detalle del retrato de Joaquín Costa, obra de Victoriano Balasanz y realizado en 1913
(Biblioteca Nacional de España).*

Cajal recibió la noticia del Desastre Colonial mientras veraneaba en 1898 en el madrileño pueblo de Miraflores de la Sierra, junto a la familia de su gran amigo, el anatomista Federico Olóriz. En su obra autobiográfica *Recuerdos de mi vida* Cajal rememora: “... cayó como una bomba la nueva horrenda y angustiosa de la destrucción de la escuadra de Cervera y de la inminente rendición de Santiago de Cuba”. Este hecho sumió a Cajal en “un profundo desaliento”, que le hizo abandonar la redacción de un trabajo sobre las vías ópticas y los entrecruzamientos nerviosos. “¿Cómo filosofar cuando la patria está en trance de morir?” se preguntaba el maestro. De hecho, la guerra con Estados Unidos y la resolución del conflicto marcó profundamente el ánimo de Cajal, influyendo de forma notoria en su actividad científica, que durante esos años “fue bastante parca y pobre en hechos nuevos”.



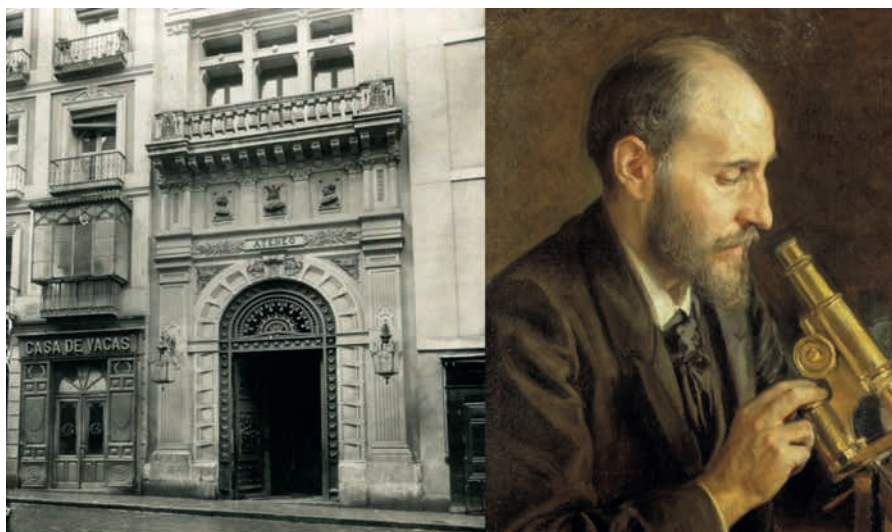
Santiago Ramón y Cajal jugando al ajedrez con Federico Olóriz y Aguilera durante el verano de 1898, en el pueblo madrileño de Miraflores de la Sierra, justo cuando el histólogo tuvo noticias de la pérdida de las colonias de ultramar.

La desazón ocasionada por la pérdida de Cuba, donde estuvo próximo a perder la vida, llevó a Cajal, tras un periodo de reflexión personal, al mundo de la política, integrándose en la “vibrante y fogosa literatura de la Regeneración”. Clara manifestación de este periodo fueron las apasionadas “charlas” de su tertulia del Café Suizo y otros cafés, donde políticos, periodistas, escritores, médicos y distintos profesionales liberales no daban tregua en sus críticas al gobierno. Cuenta la secretaria y colaboradora de Cajal, Enriqueta Lewy, que durante la dictadura del General Primo de Rivera, Cajal solía ir al Café del Prado, situado frente al Ateneo, cuyos socios fueron insistentemente perseguidos, y una tarde entró la Policía en el café deteniendo a algunos tertulianos con afinidad ateneísta. Y en una mesa, solitario e inclinado sobre unas cuartillas, estaba Cajal, ya anciano. Un policía le preguntó si era ateneísta y ante la respuesta afirmativa le requirió el nombre. Cuando respondió ¡Santiago Ramón y Cajal!, el guardia se contuvo y no supo si debía detenerlo o no, porque el nombre “parecía que le sonaba de algo”.



Cajal en el Café Suizo, sito en la calle Ancha de Peligros, confluencia de la calle de Alcalá con la de Sevilla, a pocos metros de la Puerta del Sol, a finales de la década de 1920.

Como socio número 6.074 del Ateneo de Madrid, Cajal interactuó estrechamente con otros ateneístas señeros de la cultura española, como Unamuno, Galdós, Ortega y Gasset, Azorín, Machado, Costa o Pardo Bazán, y desarrolló en esta institución una amplísima actividad científico-cultural. Incluso llegó a ser elegido presidente del Ateneo, en 1913, en dura competencia con Álvaro Figueroa y Torres, conde de Romanones, aunque no llegó a tomar posesión del cargo, pues esto supondría una gran merma de sus muchas ocupaciones científicas.



Fachada del Ateneo de Madrid tras su inauguración en 1884 en la Calle del Prado nº 21 (obsérvese el negocio vecino, una humilde lechería) y retrato de Cajal, óleo sobre lienzo, de Ricardo Madrazo y Garreta (1910) (Colección del Ateneo de Madrid).

Aunque existían tímidos precedentes, como el libro del ingeniero Lucas Mallada *Los males de la patria* (1890), el artículo titulado “*España sin pulso*” publicado por Francisco Silvela en el diario *El Tiempo*, el 16 de agosto de 1898, o el *Manifiesto* del 1 de septiembre de 1898 del general Camilo García de Polavieja, el verdadero Movimiento Regeneracionista se inició el 18 de octubre de 1898, cuando el periódico madrileño *El Liberal* comenzó a publicar una serie de artículos y entrevistas a distintas personalidades del Estado bajo el título general de “*Habla el País*”. Sería Joaquín Costa el primero en asumir el reto. Ocho días después, tras los grandes prohombres de la política, le tocó el turno a Cajal, quien insistió en los errores castrenses y gubernamentales de la última guerra colonial, y haciendo referencia a la desigual proporción de la maquinaria bélica de ambos bandos, comentaría: “Llegado el duro trance de la guerra, nuestros quijotes políticos parecen tomar como valor actual la energía bélica del pasado, sin considerar que el mundo ha cambiado en torno nuestro, que los débiles de ayer se han hecho todopoderosos y que los héroes de la raza no abandonarán sus sepulcros para combatir por nosotros”. Además, propuso una profunda regeneración educativa, cultural y científica, concluyendo: “Hemos caído ante los Estados Unidos por ignorantes y por débiles. Éramos tan ignorantes, que hasta negábamos su ciencia y su fuerza. Es preciso, pues, regenerarse por el trabajo y por el estudio... Hoy sólo son toleradas las naciones débiles a condición de que en ellas se rinda culto a la ciencia... Trabajemos... Porque si no, se nos sacrificará. Y no se nos sacrificará en nombre de ningún principio moral, sino en el de una regla egoísta... la de considerar como ilegítimo el derecho a la vida de toda raza que no haya colaborado al progreso científico y que no haya sabido, en virtud de esta colaboración, fuente, como hemos dicho, de riqueza y bienestar, hacerse estimar y respetar de las demás naciones”.

El 13 de noviembre de ese mismo año, la Cámara Agrícola del Alto Aragón celebró en Barbastro una Asamblea Nacional de Productores con objeto de organizar una Liga Nacional que hiciera frente al Desastre Colonial. Reunidos con tal motivo en el Ateneo de Madrid numerosos intelectuales y clases económicas del país, nació el famoso *Manifiesto* redactado por Costa y firmado, además, por prestigiosas figuras de la cultura nacional, como Altamira, Unamuno, el escritor y periodista Vital Aza, el músico Tomás Bretón, o los doctores Federico Rubio y Ramón y Cajal.

Poco después, en 1899, con motivo de la impresión de la segunda edición de su discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Cajal aprovechó para incorporar un *postscriptum* donde volvió a manifestar todo su pensamiento regeneracionista, fundamentalmente combatiendo al pesimismo generalizado que imbuía a todos sus correligionarios, que acabaron enrocados en el círculo vicioso de la crítica política. En este texto, Cajal se propone, por primera vez, buscar soluciones a la situación de colapso generada en la vida española, básicamente en y desde el ámbito de la ciencia: “a la ruina nos han llevado, más que las ideas que nos

faltan, los sentimientos e ilusiones que nos sobran... no es hora ya de filosofar sobre las causas de nuestra caída, sino de levantarnos lo más rápidamente posible... Huyamos del pesimismo como de virus mortal... Solo de corazones ingratos y de espíritus innobles es abandonar la patria en días de luto y amargura... Y la patria es tanto el terruño como la historia, tanto lo presente como lo venidero”.

El año 1900 fue para Cajal un año de premios y agasajos. Se le concedió el Premio Internacional de Moscú, la Gran Cruz de Isabel la Católica y la de Alfonso XII y fue nombrado Consejero de Instrucción Pública. En este marco de reconocimiento general fue homenajeado en la Facultad de Medicina de Madrid. En el discurso pronunciado por Cajal con tal motivo no perdió ocasión para proclamar su praxis regeneracionista: “Hoy más que nunca urge este supremo llamamiento al heroísmo del pensar hondo y del esfuerzo viril. Me dirijo a vosotros, los jóvenes, los hombres del mañana. En estos últimos luctuosos tiempos la patria se ha achicado; pero vosotros debéis decir: ‘A patria chica, alma grande’. El territorio de España ha menguado; juremos todos dilatar su geografía moral e intelectual... Y cuando los hombres de las naciones más civilizadas no puedan discurrir ni hablar en materias filosóficas, científicas, literarias o industriales, sin tropezar a cada paso con expresiones o conceptos españoles, la defensa de la patria llegará a ser cosa superflua; su honor, su poderío y su prestigio estarán firmemente garantizados, porque nadie atropella a lo que ama, ni insulta o menosprecia lo que admira o respeta”.

Y tampoco evitó resaltar los más significativos errores castrenses y gubernamentales cometidos durante el conflicto cubano, que, en su opinión, fueron tres: por un lado, el gran coste humano de la campaña, donde un ejército mucho más reducido y veterano (propone 50.000 frente a los 200.000 jóvenes bisoños que fueron enviados a Cuba) podría haber obtenido mejores resultados dentro del sistema imperante de guerra de guerrillas. Por otro lado, la sustitución de Arsenio Martínez Campos, de espíritu noble y generoso, dado a la negociación y propenso a la paz, por Valeriano Weyler, fue, en su opinión, un desacierto notable. El nuevo Capitán General de Cuba arrastraba fama de sanguinario y cruel, con lo que se incitaba a Estados Unidos a participar en el conflicto, bajo el pretexto de un deber humanitario y solidario con la sangre cubana derramada. Por fin, propuso un replanteamiento del conflicto con Norteamérica. Comentaba como esta guerra no fue aceptada por la mayoría del país: “Fuimos arrastrados por los indoctos y los delirantes”. Posteriormente, en su última obra publicada en vida, *El mundo visto a los ochenta años. Impresiones de un arterioesclerótico*, refiere como “en la guerra con los Estados Unidos no fracasó el soldado o el pueblo (que dio cuanto se le pidió), sino un gobierno imprevisor, desatento a los profundos e incoercibles anhelos de las colonias, e ignorante de las codicias solapadamente incubadas, como del incontrastable poderío militar de Yanquilandia”.



Fotografía de autor desconocido de soldados españoles durante la Guerra de Cuba, en diciembre de 1895.

El Movimiento Regeneracionista llegó a su culmen en 1901, cuando el infatigable Costa organizó de nuevo en el Ateneo de Madrid un Coloquio-Información bajo el título de *“Oligarquía y Caciquismo, como forma actual de gobierno en España”*. Fueron invitadas 171 personas representantes de todos los ámbitos de la vida nacional (política, periodismo, Universidad, etc.). Además de Cajal, defendieron sus ponencias, entre otros, Unamuno, Francisco Pi y Margall, Gumersindo de Azcárate y Emilia Pardo Bazán. En su informe para el Coloquio, Cajal afirmó: “El desarrollo de la ciencia y de la industria, la política hidráulica... la mejoría de los procedimientos de la agricultura y de la ganadería, fomentarán la prosperidad nacional, la cual suscitará el bienestar y la instrucción de los humildes, traerá una conciencia más clara de los deberes sociales y desarrollará el sentido político, hoy casi enteramente adormecido”.

Cajal fue, a todas luces, un librepensador, tal vez atrapado por el positivismo, plenamente comprometido con el Movimiento Regeneracionista y copartícipe de casi todos sus postulados. Para Cajal, “España no es un pueblo degenerado, sino ineducado”. En el mencionado Coloquio del Ateneo, realizó una severa crítica social del sistema político imperante. Y tampoco escapó a su crítica, al igual que para el resto de regeneradores, la exaltación de un pasado histórico glorioso en hechos de armas y victorias militares. En un determinado momento, apuntó que “se debería volver a escribir la Historia de España para limpiarla de todas esas exageraciones con que se agiganta a los ojos del niño el valor y la virtud de la raza”.

En 1922, en una carta dirigida al periodista de la Generación del 14, Luis Araquistáin, publicada en *La Voz*, afirma: “... yo he sentido vehementemente la decadencia de mi país... Y puedo afirmar que, salvo algunos momentos

de entusiasta admiración, no he leído, sino llorado, la Historia de España. Jamás he comprendido como durante los siglos XVI y XVII derramamos localmente nuestra sangre y nuestro oro, regalo inesperado de América, no en el fomento de la ciencia, de la industria y de la agricultura hispana, sino luchando en tierras lejanas, que irrevocablemente habrían de perderse, y en donde hoy perdura el desdén, o el rencor hacia nuestro país”.

Sin embargo, es en el **ámbito cultural y científico** donde la figura de Cajal despuntó sobre el resto de ideólogos regeneracionistas. “Tan digno de loa es quien se bate con el fusil como el que esgrime la pluma del pensador, la retorta o el microscopio” apuntó el científico. Posteriormente, Gregorio Marañón puntualizó, en este sentido: “¡Cuánto más hizo Cajal por la renovación cultural y la regeneración social de España que los otros hombres del 98!”. Ya en su mencionado artículo de *El Liberal* proponía el histólogo una serie de remedios a los males culturales patrios: el abandono de la prepotencia guerrera española, la renuncia a la apropiación de ideas y técnicas extranjeras como insuperables o definitivas, traer sabios insignes a nuestro país, promover la concesión de becas y pensionar estudios fuera de nuestras fronteras, potenciar las bibliotecas y dotar suficientemente los laboratorios. Pero ante todo “crear ciencia original en todos los órdenes del pensamiento”.

El paso del tiempo y la evolución ideológica personal del científico le hicieron autorrecreminarse algunos postulados de carácter patriarcal y autoritario de su época regeneracionista. Pero en realidad, y el propio Nobel fue consciente de ello, toda la praxis de la Regeneración sólo era leída y debatida por personas que compartían los mismos puntos de vista y no precisaban, pues, ser convencidas. “¿Triste es reconocer que la verdad no llega a los ignorantes porque no leen ni sienten, y deja fríos, cuando no irritados, a los vividores y logreros!” afirmó el histólogo.



Santiago Ramón y Cajal en su despacho.

En el ánimo de Cajal siempre perduraría la pérdida de Cuba y la llaga de la guerra con Norteamérica, una “guerra funesta e imposible... todo por la terquedad de los gobernantes y militares de España y la codicia de nuestros industriales exportadores...”. Precisamente, la influencia de estos hechos condicionaría también la configuración posterior, a lo largo del resto de su vida, de **la idea de patriotismo** que debería asimilar la nueva juventud española. Incluso en los momentos previos a su llegada a Cuba, en sus primeros años de mocedad, se puede observar ya este sentimiento patriótico, cuando su padre le insta a abandonar el Ejército tras su peligroso destino: “Tenaz siempre en mis propósitos, atajé sus razones diciéndole que consideraba vergonzoso desertar de mi deber solicitando la separación del servicio. Cuando termine la campaña será ocasión de seguir sus consejos; por ahora, mi dignidad me ordena compartir la suerte de mis compañeros de guerra y satisfacer la deuda de sangre con mi patria”.

Curiosamente, el término “patriotismo” y sus análogos pueden constituir las palabras más usadas por el científico en toda su obra escrita, exceptuando sus textos histológicos. Y para configurar su concepto de sentimiento patriótico, se apoya en el personaje clave de la literatura universal; Don Quijote. Es bien sabido que Cajal sentía una profunda admiración por Miguel de Cervantes y su obra cumbre, *El Quijote*: “Sus páginas nos ofrecen la síntesis de la vida, es decir luces y sombras, cimas y abismos”, comentaría el histólogo en el periodo más álgido de su carrera. De hecho, Cajal analiza el texto cervantino como una forma de entender, no sólo la historia de España, sino también los entresijos de la idiosincrasia y la sociedad española, incidiendo en valores como la tenacidad y la honestidad, que darían forma a ese patriotismo cajaliano en materia de ciencia y cultura.

Esta vinculación se puso definitivamente de manifiesto en un discurso que le fue encargado a Cajal por el Colegio Médico de San Carlos, con motivo de la conmemoración del III Centenario de *El Quijote*, y que se pronunció en Madrid el día 9 de mayo de 1905. Cajal tituló su discurso *Psicología de Don Quijote y el quijotismo*, y fue editado, en forma de folleto, por la imprenta madrileña de Nicolás Moya, aunque con una tirada tan exigua que apenas se difundió. Afortunadamente, sería recuperado y publicado 40 años después en su libro póstumo *La psicología de los artistas*, un conjunto de ensayos y recopilación de discursos sobre distintas materias.

Tras analizar, en la primera parte del discurso, a los personajes cervantinos desde la perspectiva de la incipiente “ciencia psicológica”, la segunda parte del mismo se dedicó al fenómeno del quijotismo como emblema del ideal español (y de sus defectos) aplicado a diferentes ámbitos sociales, especialmente a la ciencia. Habitualmente se ha empleado el calificativo de “quijotes” para designar a aquellos sujetos que emprenden nobles proyectos que no son coronados por el éxito. Sin embargo, para Cajal, el “quijotismo” debería constituir una forma patriótica de afrontar la vida y el trabajo, donde el afán de justicia fuera una aspiración ineludible y el sentido del sacrificio personal una máxima indispensable, pues a “España, fuera de las épocas más gloriosas, si le sobraron los Sanchos, le

faltaron a menudo los Quijotes”. Y esta forma de afrontar la actividad laboral la podemos ver en la vida del propio Cajal, cuando afirma en su autobiografía que tuvo “periodos de intensa labor y gratísimas satisfacciones”, en los que se entregó al trabajo científico “con verdadero furor”. Según el mismo científico reconoce, iniciaba su tarea a las nueve de la mañana y terminaba cerca de la medianoche.



Don Quichotte et Sancho (1835), óleo sobre lienzo de Alexandre-Gabriel Decamps (Musée des Beaux-Arts, Pau, Francia).

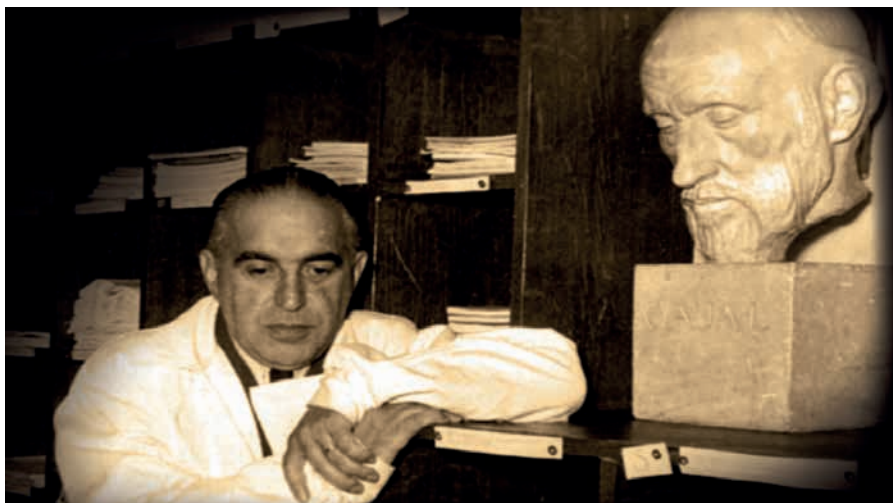
Este quijotismo patriótico de Cajal sobrevuela todo su discurso. El Caballero de la Triste Figura, en opinión del histólogo, retrata de algún modo a los españoles. Esta visión cajaliana del quijotismo y su sinergia con el patriotismo es de un carácter habitualmente crítico, eminentemente moral y siempre políticamente neutral: “No soy, en realidad, un sabio, sino un patriota; tengo más de obrero infatigable que de arquitecto calculador... La historia de mis méritos es sencilla: es la voluntad indomable resuelta a triunfar a toda costa”. Y en otro momento, apuntaba: “Las dos grandes pasiones del hombre de ciencia son el orgullo y el patriotismo... Soldado del espíritu, el investigador defiende a su patria con el microscopio, la balanza, la retorta o el telescopio”.

Con respecto al yermo barbecho de la ciencia y la filosofía española, consideraba el histólogo que la ausencia de idealismo y perseverancia quijotesco es una constante histórica en nuestro país: “¿Cómo habría de medrar el jardín de nuestra cultura, si nos hemos pasado tres mortales siglos desdiciendo o arrancando la flor de las ideas?”. Todo el ensayo del futuro Premio Nobel denota un latente pesimismo en esta materia, que perduraría durante años: “Más que escasez de medios, lo que hay es miseria de voluntad”. De hecho, en 1926, con motivo de la inauguración de su monumento en el Parque del Retiro de Madrid, Cajal pronunciaba su célebre frase: “por tener ave-

riada la rueda de la ciencia, la pomposa carroza de la civilización hispana ha caminado dando tumbos por el camino de la historia”. Gregorio Marañón, en su discurso de recepción en la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, titulado *Cajal, su mundo y el nuestro* y leído el 3 de diciembre de 1947, contradice las razones del habitual pesimismo científico de Cajal: “... el grado de grandeza de un pueblo ante la Historia no se puede medir con el único rasero de la ciencia... En España ha habido copiosa cantidad de sabios. Pero han sido, casi sin excepción, cultivadores de aquellas ciencias que, como alguien dijo, pueden crearse paseando y con las manos en los bolsillos: pensadores, teólogos, naturalistas y descubridores más que geógrafos”.



Monumento a Ramón y Cajal en El Parque del Retiro de Madrid, según una tarjeta postal de finales de la década de 1920.



Gregorio Marañón junto al busto de su maestro Ramón y Cajal (Fondo de la Biblioteca Nacional).

Aún más tarde, dos años antes de su fallecimiento, en un artículo publicado en la revista *Blanco y Negro*, en 1932, Cajal expone: “Nuestro patriotismo no debe ser platónico y de mero sentimiento, sino de acción y de previsión... y apelemos como medios de acción a la ciencia y al trabajo. No nos desangremos en guerras fratricidas, dando con ello fácil ocasión a nuestros enemigos para intervenirlos y robarnos antes de que lleguen los ansiados días de la madurez y de la fuerza”.

Sin embargo, finalmente troca Cajal en su discurso el desaliento por alborozo y confianza en las futuras generaciones, concluyendo con una exaltación de la creación cervantina, y afirmando que “el quijotismo de buena ley, es decir, depurado de las roñas de la ignorancia y de las sinrazones de la locura, tiene pues, en España, ancho campo en que ejercitarse...; he aquí las estupendas y gloriosas aventuras reservadas a nuestros Quijotes del porvenir”. Y en su aportación a la obra *España bajo el reinado de Alfonso XIII: 1902-1927*, publicada en 1927 y en la que participaron diferentes personalidades, concluye: “Tengo la convicción de que, si persistimos con inquebrantable perseverancia en el empeño de elevarnos culturalmente, España desempeñará un papel airoso en el concierto de los pueblos civilizados y logrará escribir páginas luminosas en el libro de oro del progreso universal”.

En esta defensa de su quijotismo patriótico pueden verse también unos planteamientos abiertamente regeneracionistas, pues en el momento en que tiene lugar la lectura de su discurso sólo habían pasado unos años del Desastre Colonial. Cajal incluso justifica, en parte, el desastre político de la pérdida de las colonias cuando afirmaba que tras los primeros quijotes que descubrieron América, “de Sanchos se fueron progresivamente poblando las colonias, y lo que fue peor, regidas por Panzas fueron”.

En sus *Recuerdos de mi vida*, Cajal reflexiona sobre los desaciertos de la política ultramarina. Apuntaba como los grandes prohombres de la política española no estuvieron nunca informados de los motivos íntimos de la guerra, y la famosa frase de Antonio Cánovas del Castillo, “hasta el último hombre y la última peseta”, es prueba tangible de ello. “Bastaba con imitar a Inglaterra”, comentaba el científico, que al dotar de una justa autonomía a sus colonias cortó de raíz el movimiento emancipador. Si el gobierno español hubiera cumplido los compromisos contraídos al firmar la Paz de Zanjón, probablemente se hubiera evitado la segunda gran guerra cubana y el choque armado con los Estados Unidos. Muy acertadamente se lamentaba Cajal al afirmar que la “independencia [de Cuba], deseada por América entera, era inevitable... caímos porque no supimos ser generosos ni justos”. Y en relación con la guerra con Estados Unidos, reflexiona: “¡Tan peligroso y arduo resultaba patentizar a los ojos del pueblo... que una nación de 90 millones de habitantes, con riquezas inmensas, recursos industriales y aprestos bélicos inagotables, había de aplastar irremediabilmente a un país pobrísimo, de 17 millones de almas, y anemiado, además, por cuatro asoladoras guerras civiles!”.



La pobre España, cuanto más la desnudan está más guapa..., caricatura de la Guerra de Cuba publicada el 22 de agosto de 1885 en la revista republicana La Flaca.

No obstante, y a pesar de los elogios dedicados al auge de la ciencia americana, nunca perdonaría el carácter imperialista de esta nación. Cuando en 1906 le es otorgado el Premio Nobel de Medicina, es designado Premio Nobel de la Paz Theodore Roosevelt. Al tener noticia de este hecho, comentaría el histólogo: “¿No es el colmo de la ironía y del buen humor convertir en campeón del pacifismo al temperamento más impetuosamente guerrero y más irreductiblemente imperialista que ha producido la raza yanqui?”.

La crítica constante, durante toda su vida, a la corrupción administrativa le lleva a dar, en 1923, una auténtica lección de patriotismo cuando dice, en sus *Recuerdos de mi vida*: “¡Cuán desconsolador para un corazón de patriota es, después de cuarenta y nueve años, reconocer que todavía buena parte de nuestros militares, empleados y hasta próceres políticos siguen entregados al saqueo del Estado!... ¡Singular paradoja, creer que no se roba a nadie cuando se roba a todos!... Perdido el sentimiento religioso, que antaño contuvo algo inveteradas codicias, no hemos sabido sustituirlo con el patriotismo, la religión fuerte y moralizadora de las naciones poderosas”. Haciendo referencia al desenlace del conflicto con Estados Unidos, y bajo cierta ironía latente, escribe Cajal: “Los débiles sucumben, no por ser débiles, sino por ignorar que lo son. Lo mismo les sucede a las naciones”. Y en su librito *Charlas de café. Pensamientos, anécdotas y confidencias* (1922), una compilación de máximas, aforismos, divagaciones y meditaciones, anota: “Nada más fácil que diferenciar en el orden político un inglés de un español. El primero cree que su primordial deber es mantener el Estado; mientras que el segundo cree que el Estado debe mantenerle a él”.

Su sentimiento patriótico, ajeno de los derroteros de la política, no le permite comprender ni admitir el nacionalismo y el auge del separatismo que, en las primeras décadas del siglo XX, se fue adueñando de Cataluña y el País Vasco, y en su obra *El mundo visto a los ochenta años* realiza una profunda crítica de estas tensiones territoriales que fomentan el enfrentamiento entre los españoles. Recuerda sus años de juventud como soldado en tierras catalanas: “¡Entonces los laboriosos catalanes amaban a España y a sus soldados!... Después... no quiero saber por culpa de quiénes, las cosas parecen haber cambiado... ¿Tan mal les ha ido a las oligarquías barcelonesas explotando el atraso y dejadez industrial castellanos?”. Y relaciona este movimiento separatista con la pérdida de las colonias: “La causa del separatismo catalán es puramente económica. Tuvo su origen en 1900, con la pérdida del espléndido mercado colonial...”. En otro momento indica: “No me explico este desafecto a España de Cataluña y Vasconia. Si recordaran la Historia y juzgaran imparcialmente a los castellanos, caerían en la cuenta de que su despegue carece de fundamento moral”. Además, se siente indignado con las prebendas económicas otorgadas a estas Comunidades por Gobiernos centrales débiles y acomodaticios, para silenciar sus reivindicaciones nacionalistas, como los aranceles que privilegiaban la industria catalana y vasca y que suponían un gravamen para el resto de la sociedad española. Pero, como siempre, Cajal responde a esta amenaza esgrimiendo el valor que aportaría el auténtico patriotismo cultural y científico y la defensa de la unidad moral de la Patria, haciendo suyas las palabras de Séneca: “Nadie ama a su nación por ser grande, sino por ser suya”.



Viñeta filatélica de primer tercio del siglo XX, editada por los sectores catalanes unionistas, que utilizaba la imagen de Ramón y Cajal, bajo el lema “Viva Cataluña Española. Proteged la Industria Nacional”.

Y profundizando en este tema, merece la pena transcribir una aseveración del *postscriptum* de la segunda edición de su discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias, al año siguiente de la pérdida colonial: “Políticos que nos habéis traído a esta triste desventura: dad tregua, por Dios, ante las angustias de la patria, a vuestro egoísmo estrecho de partido o de pandilla; preocupaos seriamente de la pureza y de la moralidad en la administración pública, del culto al honor y al heroísmo en el ejército, de la protección seria y eficaz a la instrucción popular y universitaria; de mantener, en fin, en todos los organismos del Estado el sentimiento del deber y la más estrecha responsabilidad”. Un pensamiento del maestro publicado en su librito *Charlas de Café*, incide más en este asunto, cuando afirmaba: “Los males inveterados de España... obedecen, a mi ver, a tres condiciones principales: 1º, a que cada institución o clase social se estima como un fin y no como un medio, creciendo viciosa... a espensas [sic] del Estado; 2º, a que, salvo contadas excepciones, nadie ocupa su puesto: los altos cargos políticos, militares y administrativos se adjudican a gentes sin adecuada preparación, con tal de pertenecer al partido imperante, por donde adviene su rápido desprestigio; 3º, a que cualesquiera que sean los fracasos e inmoralidades de los poderosos, jamás se les inflige ninguna sanción, ni aún la del ostracismo. Sólo en la desventurada España, según se ha repetido hasta la saciedad, se da la monstruosa paradoja de galardonar con ascensos las derrotas, imprevisiones e insensateces de los próceres de la política o de la milicia”. En este mismo libro comentaba irónicamente: “Ciertos estadistas son como los ‘chauffeurs’: cuantos más desperfectos causan en el vehículo del Estado, más tanto por ciento cobran”.

Cajal, al contrario, ante la insistencia de Alfonso XIII de otorgarle el Ducado de Cajal, con Grandeza de España, se negó en rotundo a que se tramitara la propuesta, y de igual modo se negó a aceptar la hipotética presidencia de la futura República Federal que le ofreció la CNT en 1925. Otro ejemplo de humildad patriótica lo podemos encontrar en su oposición a que le levantarán estatuas y bustos. En el discurso de uno de estos actos, publicado en el *Heraldo de Aragón*, el 27 de febrero de 1925, decía: “No soy partidario de las estatuas y menos de las erigidas en vida de los originales. Para apreciar el valor de un hombre se necesita la perspectiva de los siglos. En todo caso la verdadera estatua está esculpida por nuestras acciones e ideas”.



Alfonso XIII y Cajal, en la entrega de la medalla Echegaray, en la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales (7 de mayo de 1922).

Pero, **¿cómo enseñar patriotismo?**, ¿qué puede hacer salir de su aletargamiento a un pueblo como el español, cuyo pecado capital por antonomasia es la pereza? “En España, la pereza, más que un vicio es una religión”, dice Cajal. En este punto, el histólogo vuelve a recurrir a Don Quijote y sus dos grandes virtudes: “la energía de la voluntad indomable y el ansia de nombradía”. Por este motivo cabe decir, con Ayala, que “Cajal no piensa en un patriotismo o racismo biológico, sino intelectual y moral”. En el homenaje a José Echegaray, con motivo de la concesión del Premio Nobel de Literatura en 1904, Cajal publicó un artículo en la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, en el que vuelve a insistir en este tema: “Una palabra aún a la Juventud, para concluir... La Historia nos enseña que sólo fenecen las naciones en cuyas almas se apagó enteramente, con el sol de la esperanza, la llama de la voluntad”.

Federico Olóriz, uno de los más íntimos amigos de Cajal, comentaba que en Cuba se curó el futuro histólogo de las glorias militares, pero también sirvió su experiencia cubana para gestar el acicate del más sano y clarividente patriotismo español del siglo XX. Es evidente que a Cajal le dolía su España. Para un temperamento tan comprometido con el engrandecimiento de la patria y el resurgir de unos valores morales y culturales que borrasen la imagen de decadencia que tenía la España que le tocó vivir, la humillante derrota con los Estados Unidos, y, aún más, la pérdida material de unas tierras por las que el propio Cajal luchó y a punto estuvo de morir, dejaron una huella que no desaparecería hasta el final de sus días. “A patria chica, alma grande” sería su lema, y sus armas, la voluntad, la perseverancia, la tenacidad y el trabajo diario.



Cajal en la biblioteca de la redacción de ABC durante su visita el 3 de mayo de 1922.

Muchas gracias por su atención.

Referencias bibliográficas

- AYALA JM. El regeneracionismo científico de Ramón y Cajal. *Revista de Hispanismo Filosófico* 1998; 3: 3-50.
- DE CASTRO F. *Cajal y la Escuela Neurológica Española*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense, 1981.
- DURÁN MUÑOZ G, ALONSO BURÓN F. *Cajal. Vida y Obra. Escritos inéditos*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1983.
- GONZÁLEZ QUIRÓS JL. España y el patriotismo en la obra de Santiago Ramón y Cajal. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2002; 2: 214-239.
- LEWY RODRÍGUEZ E. *Así era Cajal*. Madrid: Espasa-Calpe S.A., 1977.
- LEWY RODRÍGUEZ E. *Santiago Ramón y Cajal. El hombre, el sabio y el pensador*. Madrid: CSIC, 1987.
- LÓPEZ PIÑERO JM. *Cajal*. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1988.
- LÓPEZ-MUÑOZ F. La guerra de Cuba y el desastre colonial español en la figura de Santiago Ramón y Cajal. *Revista Guardia Civil* 1992; 577: 78-80.
- LÓPEZ-MUÑOZ F. Cervantes en la mirada de Ramón y Cajal: Una interpretación de la ciencia (y de la sociedad) desde el universo literario. *Cuadernos de Estudios Manchegos* 2018; 43: 169-199.
- LÓPEZ-MUÑOZ F. La estela de Cuba en el pensamiento de Santiago Ramón y Cajal: una impronta indeleble. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* 2021; 11: e991.
- LÓPEZ-MUÑOZ F. La experiencia militar de Santiago Ramón y Cajal: oficial de Sanidad Militar. *Boletín Informativo de Sanidad Militar* 2021; 41: 20-26.
- LÓPEZ-MUÑOZ F. La vivencia militar de Santiago Ramón y Cajal en Cuba: capitán médico en Camagüey. *Humanidades Médicas* 2021; 21: 543-572.
- LÓPEZ-MUÑOZ F, CARBONELL AL. Cajal y el Movimiento Regeneracionista. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* 1996; 40: 41-44.
- LÓPEZ-MUÑOZ F, BOYA J, ÁLAMO C. Neuron theory, the cornerstone of neuroscience, on the centenary of the Nobel Prize award to Santiago Ramón y Cajal. *Brain Research Bulletin*, 2006; 70: 391-405.

- LÓPEZ-MUÑOZ F, CARBONELL AL, BOYA J. Aproximación a la producción científica de Cajal desde una perspectiva bibliométrica. *Archivos de Neurobiología* 1998; 61: 41-66.
- LÓPEZ-MUÑOZ F, RUBIO G, MOLINA JD, GARCÍA-GARCÍA P, ÁLAMO C, SANTO-DOMINGO J. Cajal y la Psiquiatría Biológica: El legado psiquiátrico de Cajal (una teoría y una escuela). *Archivos de Psiquiatría*, 2008; 71: 50-79.
- MARAÑÓN G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Madrid: Espasa-Calpe, 1951.
- MORENO-MARTÍNEZ JM, MARTÍN-ARAGUZ A. Santiago Ramón y Cajal: su actividad como médico militar (1873-1875). *Revista de Neurología* 2002; 35: 95-97.
- OLÓRIZ F. La figura científica de Cajal. En: *Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina en la recepción pública de S. Ramón y Cajal, el 30 de junio de 1907*. Madrid: A. Pérez y Cía. Impresores; 1907. Pp. 55-84.
- PÉREZ GARCÍA JM. Vida militar de Ramón y Cajal. *Revista Militar* 2003; 59 (2): 36-44.
- RAMÓN Y CAJAL S. Sobre la Guerra de Cuba. *El Liberal*, 26 de octubre de 1898. Hemeroteca Municipal de Madrid.
- RAMÓN Y CAJAL S. *Recuerdos de mi vida. Historia de mi labor científica*. 3ª edición. Madrid: Imprenta de Juan Pueyo, 1923.
- RAMÓN Y CAJAL S. *Charlas de Café. Pensamientos, anécdotas y confidencias*. 5ª edición. Madrid: Librería Beltrán, 1947.
- RAMÓN Y CAJAL S. *La psicología de los artistas*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A., 1954.
- RAMÓN Y CAJAL S. *El mundo visto a los ochenta años. Impresiones de un arteriosclerótico*, 8ª edición. Madrid: Austral-Espasa Calpe, 1970.
- TORRES MEDINA J. De Cajal al 98: veinticinco años de Sanidad Militar en Cuba. *Medicina Militar* 2003; 59 (2): 45-51.
- WILLIAMS JHH. *Don Quixote of the Microscope; an Interpretation of the Spanish Savant Santiago Ramon y Cajal (1852-1934)*. London: Jonathan Cape, 1954.

ENQUIRIDIÓN ACADÉMICO DE LOS ILMOS. SRES. DRES. D. CARLOS MARTÍNEZ MANZANARES Y D. BLAS RODRÍGUEZ DE QUESADA Y TELLO

Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé
Académico de número y bibliotecario de la RAMSE

La palabra enquiridión deriva del latín *enchiridion* y esta a su vez del griego *enkeiridion*, y se empleó por primera vez en el siglo I d. C. para dar título a una obra escrita que era resumen o extracto de las obras de Epicteto, personaje griego que nacido esclavo en la región de Frigia, llegó a ser uno de los filósofos más célebres de su tiempo y destacado representante de la escuela del Estoicismo, filosofía que tanto se echa de menos hoy día, en este mundo que potencia todo lo exteriorizante y superficial.

Por eso, en nuestra Academia, ya se utilizó desde antiguo este término, Enquiridión, para dar nombre al resumen del expediente de sus miembros, y ese es el motivo por el que empleo hoy esta bella palabra, para rescatarla de su olvido y utilizarla con estos dos compañeros a los que tanto aprecio.

A continuación, mencionaré los acontecimientos principales de la vida académica de nuestros homenajeados, que cumplen veinticinco años como numerarios en nuestra Corporación.

ENQUIRIDIÓN ACADÉMICO DEL ILMO. SR. DR. D. CARLOS MARTÍNEZ MANZANARES

En 1990 fue nombrado académico correspondiente al obtener el accésit en el Premio Universidad de Sevilla del Concurso Científico anual de la RAMSE, con el trabajo titulado “Aportación al estudio fisiopatológico del sistema kalikreina-bradikina”.

Ocho años después, y a propuesta de los académicos de número Dres. D. José Luis López Campos, D. Antonio González-Meneses y González-Meneses y D. Ismael Sotillo Gago, fue designado académico electo el 18 de junio de 1998 en la Sección II de Medicina y Especialidades Médicas, siendo denominada su plaza de Geriátrica, para ocupar la vacante por fallecimiento del Dr. D. Antonio Aznar Reig. Su recepción como académico de número tuvo lugar 30 de mayo de 1999, coincidiendo con la celebración ese año del Día de la Academia, en que leyó el discurso “Meditaciones en torno al envejecimiento”, al cual contestó el Dr. D. Juan Ramón Zaragoza Rubira. El acto terminó con las palabras finales del presidente Dr. Jiménez-Castellanos.

En tres ocasiones fue el encargado de contestar al discurso de recepción de un académico de número:

En 2010, al Dr. José María Rubio, en ausencia por enfermedad del Dr. Zamora Madarí.

En 2013, al Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra.

Y en 2021, por último, al Dr. Manuel Ortega Calvo.

En 2013 tuvo a su cargo el discurso protocolario de Apertura de Curso, que se tituló “Fragilidad y prevención en Geriátrica”.

Destacar, por último, que periódicamente ha dirigido cursos sobre Geriátrica en nuestra Academia y durante varios años, de 2008 a 2015, impartió una asignatura de libre configuración de la licenciatura de Medicina sobre la historia de la RAMSE, dando así un maravilloso ejemplo para acercar a los estudiantes a esta Casa.

ENQUIRIDIÓN ACADÉMICO DEL ILMO. SR. DR. D. BLAS RODRÍGUEZ DE QUESADA Y TELLO

El 22 de febrero de 1972 fue nombrado académico correspondiente por elección.

El 18 de junio de 1998 y a propuesta de los académicos de número Dres. D. Eloy Domínguez-Rodiño y Domínguez-Adame, D. Lucas Bermudo Fernández y D. Manuel Hernández Peña fue designado académico electo de la entonces Sección V de Farmacología y Terapéutica, siendo denominada su plaza de Medicina Nuclear, para ocupar la vacante por fallecimiento de su padre el Dr. D. Ángel Rodríguez de Quesada Cobián. Su recepción como académico de número se celebró el 21 de noviembre de 1999, siendo la última del siglo XX, y el discurso se tituló “La Medicina Nuclear, imagen viva de la enfermedad”. Fue contestado por el Dr. D. Rafael Martínez Domínguez y el presidente, Dr. Jiménez-Castellanos, leyó el discurso de clausura.

De 2002 a 2005 formó parte de la junta de gobierno como tesorero, bajo la presidencia del Dr. González-Meneses.

Es vicepresidente actual de la RAMSE desde 2022.

Ha contestado en tres ocasiones a los discursos de recepción de académicos numerarios:

En 2004, al Dr. Carlos Infantes Alcón

En 2012, al Dr. Juan Sabaté Díaz.

Y en 2013 al Dr. Pedro de Castro.

En 2014 tuvo a su cargo el discurso protocolario de Apertura de Curso, que se tituló “Radioactividad: origen y utilización por el hombre”.

Durante su vida académica ha dirigido igualmente cursos y mesas redondas relacionadas principalmente con su especialidad.

ACTOS SOLEMNES DE RECEPCIÓN
DE ACADÉMICOS ELECTOS

ACADÉMICOS DE NÚMERO



Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Francisco Miguel Camacho Martínez

El domingo 28 de enero tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Dermatología. Su discurso de ingreso se tituló “Historia de la Dermatología Quirúrgica en España y en Sevilla”. Le contestó, en nombre de la RAMSE, el Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Jesús Loscertales Abril.

Ilmo. Sr. Dr. D. José María Cruz Fernández

El domingo 5 de mayo tomó posesión de la plaza de académico de número de la especialidad de Cardiología. Leyó el discurso titulado “Del corazón desde el corazón. Reflexiones sobre la cardiología desde mis vivencias”. Fue contestado por el presidente, Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón.



ACADÉMICOS DE HONOR



**Excmo. Sr. Dr. D. Valentín Fuster
Carulla**

El jueves 16 de mayo fue recibido como académico de honor, leyendo el discurso “Reflexiones

sobre progreso tecnológico y humano”. Fue presentado por el académico de número

Ilmo. Sr. Dr. D. José López Barneo.

SESIÓN DE CLAUSURA DEL 324º AÑO ACADÉMICO

El jueves 19 de diciembre, en Sesión Pública y Extraordinaria, se celebró la clausura del 324º Curso Académico, con arreglo a la siguiente programación:

- I. Apertura de la sesión por el Excmo. Sr. presidente D. Carlos Infantes Alcón.
- II. Presentación del conferenciante por el Ilmo. Sr. D. Felipe Martínez Alcalá, académico de número.
- III. Conferencia: “Vida y obra del arquitecto Aníbal González Álvarez-Ossorio”, a cargo del Dr. D. Aníbal González Serrano.
- IV. Apertura de plicas del Concurso Científico de Premios del año 2024
- V. Clausura del acto por el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE



Dr. Aníbal González Serrano

más calidad, así tenemos revistas como la "Cómica Taurina" donde representaba momentos de las corridas de toros, que le gustaban mucho; también la Semana Santa, el mar, los jeroglíficos, la naturaleza, etc.

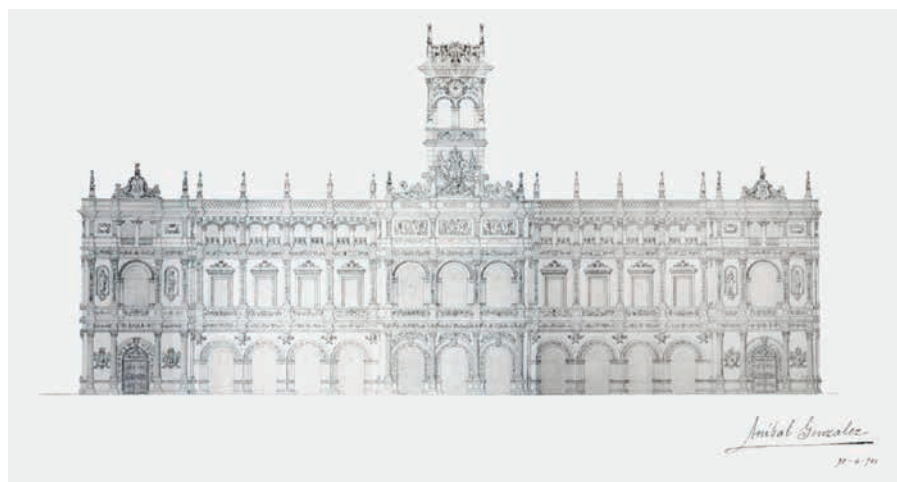
Era un gran dibujante, le gustaban mucho las matemáticas, geometría, trigonometría y era un excelente estudiante. Sus padres le animaban para que estudiara arquitectura, cosa que consiguió, entrando en la Escuela de Arquitectura de Madrid, tras unos exámenes muy duros, en el año 1896.

Su estrechez económica, no le impidió sacar buenas notas en la carrera de 6 años de duración. Se ganó el cariño y la admiración de sus profesores y compañeros.

Son numerosos los trabajos que nos han llegado hasta nuestros días, como alumno de arquitectura, así se conserva una única fotografía de un trabajo escolar que presentó, en la Feria de la Pequeña Industria, en el Palacio de Cristal, del parque del Retiro en Madrid, en el año 1901; esto es, un mostrador-expositor de semillas, de estilo *art deco* modernista, apareciendo en la prensa local, como un proyecto muy interesante.

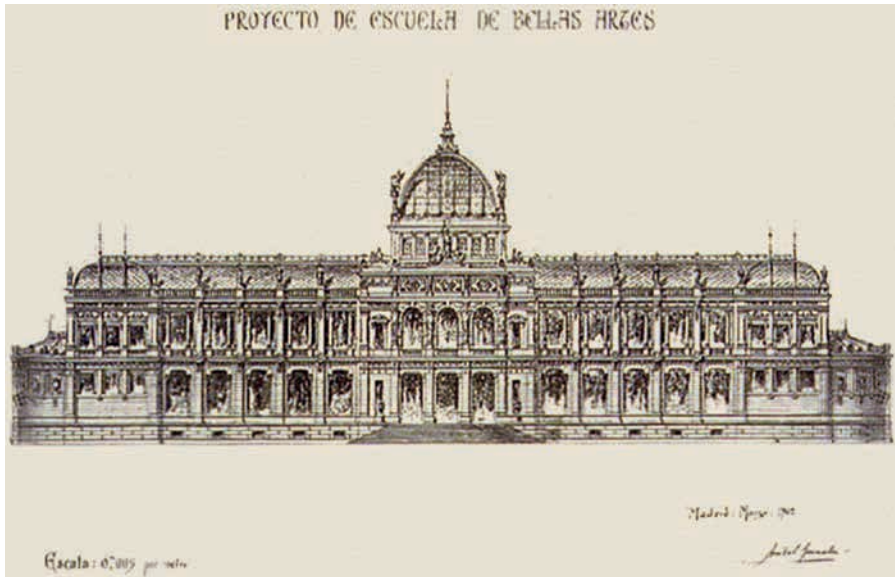


En los tres últimos años de carrera aparecen proyectos muy complejos, como un proyecto de Ayuntamiento para la ciudad de Cádiz, un proyecto muy completo y bello.



Proyecto de Ayuntamiento de Cádiz. Trabajo escolar 2º curso de Proyectos. 5º Carrera Aníbal González. Año 1901.

Otro proyecto que ha llegado hasta nuestros días es una Escuela de Bellas Artes, en 6º curso de carrera y 3º año de proyectos. Año 1902.



Terminados sus estudios en 1902, en septiembre de ese año le encargaban realizar, una plaza de toros para (Sevilla), con un coso cuyo diámetro, es de los mayores de Andalucía. (1902-1904).



A Aníbal González se le conoce por proyectos todos muy interesantes de grandes palacios, pabellones y otros proyectos suntuosos, sin embargo, su producción es amplia y muy variada. Así tenemos una arquitectura industrial, de la que han llegado algunos proyectos hasta hoy, como la llamada Torre del Agua que era parte de un complejo de la compañía de Gas y Electricidad, situada en el barrio de El Porvenir de la que quedan algunos edificios, año 1912.

El joven arquitecto ya es bastante conocido y también reconocido, por lo que se casa con la bellísima joven Ana Gómez Millán. Su padre era D. José Gómez Otero, primer arquitecto con titulación en Sevilla, en el año 1874.



Aníbal González ha recibido una gran influencia de la Escuela de Arquitectura de Madrid, donde había una fuerte influencia modernista, procedente de centro Europa. Aníbal realiza proyectos como el Café de París (1904-06) en la Plaza de la Campana, esquina a la calle O'Donnell, desafortunadamente desaparecido y con un gran valor arquitectónico.

Sí se conservan, tres edificios modernistas de Aníbal González, como las casas n.º 27 y 29 de la calle Alfonso XII y la casa n.º 4 de la calle Almirante Ulloa, todas ellas para la familia Montoto, hermanos.

Aníbal en 1906 recibe el encargo por el Marqués de Aracena que acababa de comprar el palacio de Monsalves, situado en la calle del mismo nombre, un palacio que en ese momento estaba bastante deteriorado. Le pide el Marqués de Aracena, que haga una reforma en profundidad. Es el momento justo para que Aníbal abandone el modernismo y pase al historicismo con tintes de comenzar el neoplateresco, siendo esta etapa, el inicio del regionalismo, de Aníbal González. No pudo ser más interesante y bello, el gran patio que el arquitecto diseñó, de estilo neoplateresco.



También en 1906, el entonces alcalde de Sevilla y primo hermano del arquitecto, Nicolás Luca de Tena y Álvarez-Ossorio, le pide que levante un gran grupo escolar en la calle Pagés del Corro n.º 115, con objeto de escolarizar un gran número de niños de Triana. Aníbal proyecta y ejecuta ese gran grupo escolar, entre 1906-1909 de estilo neorrenacentista, que se llamaría Reina Victoria, pero que después pasaría a llamarse José María del Campo.



En el año 1911, Aníbal se presenta al concurso para arquitecto-director de la Exposición Hispanoamericana, consiguiendo dicho importante puesto que fue determinante, para su vida profesional.



Proyectos finalizados para la Exposición Iberoamericana de 1929.



Lo primero que Aníbal González realiza para la Exposición, es la Plaza de América, en su conjunto. Son tres pabellones de tres estilos diferentes españoles, nos referimos, al Pabellón Mudéjar. Inmediatamente se terminó el Pabellón Real y finalmente el Pabellón de las Bellas Artes (hoy Museo Ar-

queológico). Decimos que Aníbal proyectó íntegramente la Plaza de América, pues también realiza el estanque central, las glorietas de Cervantes y la de Rodríguez Marín (abogado y cervantista), así como dos pequeños salones próximos a donde se sitúan las palomas, nos referimos al salón del reloj de sol y al de la palmera, hoy día hay un panel de cerámica con el plano de la Exposición.

Finalmente, y en la parte posterior del Pabellón de las Bellas Artes se encuentra la glorieta Virgen de los Reyes.



El llamado Pabellón Mudéjar, también conocido como el Palacio de Industrias y Artes Decorativas, comenzó sus obras en 1912 y finalizarían en 1916. Es un precioso pabellón donde se intercala el ladrillo visto, la cerámica vidriada, el mármol pulido y la madera tallada. Llama la atención la diversidad de arcos en sus vanos.

El Pabellón Real o Casa Real, como homenaje a la Corona de España, de estilo gótico flamígero, realizado entre 1914 y 1916. Esperemos que este sea el futuro museo de Aníbal González. Llama la atención, dos hermosos heraldos realizados por el escultor Antonio Bidón y pintado por el decorador, Manuel de la Cuesta y Ramos.



El tercer pabellón, el más grande de todos, es el Pabellón de las Bellas Artes (hoy museo arqueológico), de estilo renacentista español, realizado entre (1912-1917)

La plaza de América fue inaugurada por el rey Alfonso XIII, en 1916 sin terminar definitivamente, este último pabellón.

En el parque de María Luisa, Aníbal realizó, cuatro glorietas, tres de ellas nuevas y la cuarta, nos referimos a la reforma, de la Glorieta de Bécquer.

Las tres primeras son la de Más y Prats, que era periodista y escritor astigitano (1924). La glorieta de José María Izquierdo, escritor y gran ateneísta, creador de la Cabalgata de los Reyes Magos de Sevilla (1925) y la glorieta más grande de las que construyó Aníbal, fue, para los hermanos Joaquín y Serafín Álvarez Quintero y donde demuestra su maestría más regionalista, de todas ellas (1925-1927).

La última es la Glorieta de Gustavo Adolfo Bécquer. Realizada sus figuras por el escultor Coullaut Valera, de Marchena y dónde Aníbal González realizó una reforma en profundidad con el apoyo de los Hnos. Álvarez Quintero (1925).

Ya hablamos anteriormente de que el gran arquitecto no solo había que considerarlo como tal, sino también como urbanista y esto se demuestra, en el diseño de la Plaza de América y en los distintos planos que realiza para la Exposición, puesto que al adherirse nuevos países de América, había que extender la Exposición.



Además de la Plaza de América y de los distintos planos de emplazamiento, Aníbal González realiza su obra regionalista culmen, nos referimos a la Plaza de España, situada junto al Prado de San Sebastián.

Aníbal lo primero que realiza es la ría de la Plaza en 1914. Ya en 1924, Aníbal tenía construida una parte importante de la edificación, aún sin construir las dos torres.



Las obras de la Plaza, se retrasan como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, las huelgas obreras que había en nuestro país y la falta de financiación. Finalmente, se produce un golpe de estado en España y nombran al gobernador civil de Sevilla, como Comisario de la Exposición, y el decide aligerar las obras,

eliminando a una parte importante de la Comisaría Sevillana, de lo cual, Aníbal no estaba conforme, dimitiendo él y otros arquitectos en agosto de 1926. Ya en esos momentos las obras estaban muy adelantadas y Aníbal señala que hay que instalar una cantidad importante de remates. En 1928 la Plaza estaba finalizada, aunque no se inaugura, hasta 1929 por luto de la familia real.

El estilo de la plaza, Aníbal González lo define como ecléctico, esto es una mezcla de estilos, en este caso renacimiento español, barroco y mudéjar, que da una luz y color inigualable. Hoy la Plaza de España está considerada, como el segundo monumento más bello del mundo. El año pasado (2023) visitaron esta plaza-museo más de tres millones de personas, por lo que es obligación de las autoridades controlar, vigilar, restaurar y limpiar la plaza cada día. Por lo tanto, los sevillanos tenemos también la obligación de conservarla, para generaciones venideras, sevillanas y foráneas.

La Plaza de España, está llena de historia de España, los bancos de las provincias es un ejemplo claro con esa cerámica vidriada de gran valor pictórico. Sus 48 bancos lo demuestran, mas 8 paños de cerámica que se encuentran en los extremos de cada sector, siempre con motivos sevillanos.



El visitante español busca su provincia sintiendo la Plaza de España como suya y fotografiándose en la tierra que le vio nacer y crecer.

Aníbal no solo interviene en la Exposición Iberoamericana llamada así desde 1922, también en Sevilla capital y la provincia, con más de 468 intervenciones. También tiene proyectos en todas las provincias de Andalucía, excepto en la de Almería.

La Sierra de Aracena y Sanlúcar de Barrameda presentan unos proyectos verdaderamente interesantes.

Fuera de Andalucía tiene también proyectos en el sur de la provincia de Badajoz y en Madrid, con el edificio del ABC, para su primo hermano Torcuato Luca de Tena.

Para finalizar quiero comentarle someramente, que Aníbal, tiene otro tipo de arquitectura, como:

- la industrial.
- la doméstica (viviendas unifamiliares y viviendas sociales).

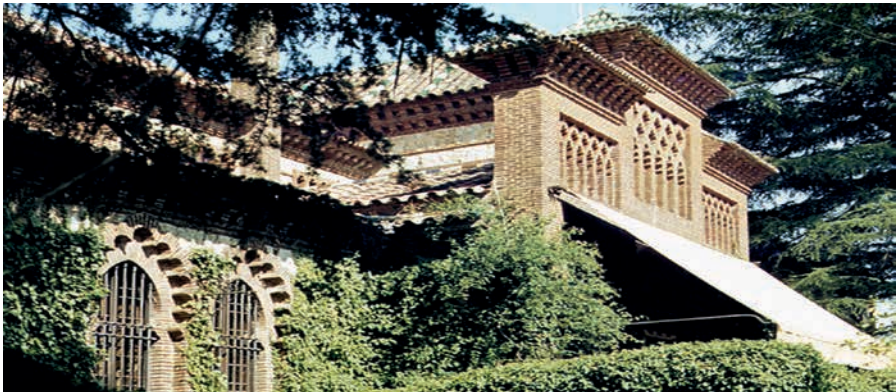
- la arquitectura religiosa (basílica Milagrosa, los Luises, Capillita del Carmen, etc.).



- Arquitectura necrológica con 17 proyectos de panteones en el cementerio San Fernando de Sevilla.- Arquitectura de edificios públicos (plaza de abastos, plaza de toros).



- Arquitectura agraria en diferentes cortijos y haciendas.



Definitivamente podemos decir que su arquitectura es diversa y que, con sus diseños, Aníbal es capaz de transmitir sus pensamientos, en los diseños de edificios.

Conferenciante: Dr. Aníbal González Serrano, nieto
Prof. Titular de la Universidad de Sevilla, jubilado.

RESOLUCIÓN DEL CONCURSO CIENTÍFICO DE LA RAMSE DEL AÑO 2024

Una vez oídas las propuestas de los jurados calificadores nombrados para cada premio, el Pleno Académico, reunido en sesión ordinaria el día 3 de diciembre del presente año, ha acordado conceder los siguientes premios:

- **Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla a Publicaciones Científicas**, al trabajo científico de investigación básica o aplicada, publicado en los años 2022-2023, al trabajo titulado: **Orthohepavirus C infection as an emerging cause of acute hepatitis in Spain: First report in Europe**.

Autores: Antonio Rivero-Juárez, Mario Frías, Ana Belén Pérez, Juan Antonio Pineda, Gabriel Reina, Ana Fuentes-López, Carolina Freyre-Carrillo, Encarnación Ramírez-Arellano, Juan Carlos Alados, Antonio Rivero, HEPAVIR and GEHEP-014 Study Groups.

Publicado en la revista Journal of Hepatology 2022 vol. 77 , Páginas 326–331.

- **Premio del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla**, al autor del mejor trabajo presentado sobre Medicina, Cirugía y especialidades, al trabajo titulado: **“Next-generation sequencing of uveal melanoma with clinical and histological correlations: Prognostic value of new mutations in the PI3K/AKT/mTOR pathway”**, publicado en la revista Clinical & Experimental Ophthalmology, y cuyos autores son D. Manuel Pérez Pérez, D. Alessandro Agostino, Dña. Carmen García de Sola-Llamas, D. Michael Ruvolo, D. Ángel Vilches-Arenas, Dña. M. Isabel Relimpio-López, D. Francisco Espejo-Arjona, Dña. Laura Macías-García, Dña. Manuel de Miguel-Rodríguez, D. Antonio García-Escudero, D. Miguel A. Idoate, D. Juan J. Ríos-Martín.
- **Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina**, dotado por el Excmo. Ateneo de Sevilla, al autor de la mejor: **“Biografía Dr. D. Antonio González-Meneses González-Meneses”**, destacado miembro del Ateneo y de esta Real Academia, al trabajo titulado: **“Biografía Dr. D. Antonio González-Meneses González-Meneses”**, cuyo autor es D. Antonio González-Meneses López.

- **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, al trabajo titulado: **Impacto de los test viscoelásticos en cirugía cardíaca. Análisis comparativo entre los dispositivos quantra y rotem delta**, cuyo autor es D. Cristian Palau Martí.
- **Premio Profesor Antonio Piñero Carrión**, dotado por el Prof. Dr. D. Antonio Piñero Bustamante, al autor del mejor trabajo presentado sobre “Investigación, Clínica o Tratamiento de la Patología de la Retina”, al trabajo titulado: **“Posterior Staphyloma as determining Factor for Myopic Maculopathy”**, cuyos autores son Dña. María Luz Puerta Ruiz-Falcó, D. José M. Ruiz-Moreno, D. Ignacio Flores-Moreno, Dña. Elena Almazán-Alonso, Dña. María García-Zamora y D. Jorge Ruiz-Medrano.

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

SESIONES PÚBLICAS
ORDINARIAS

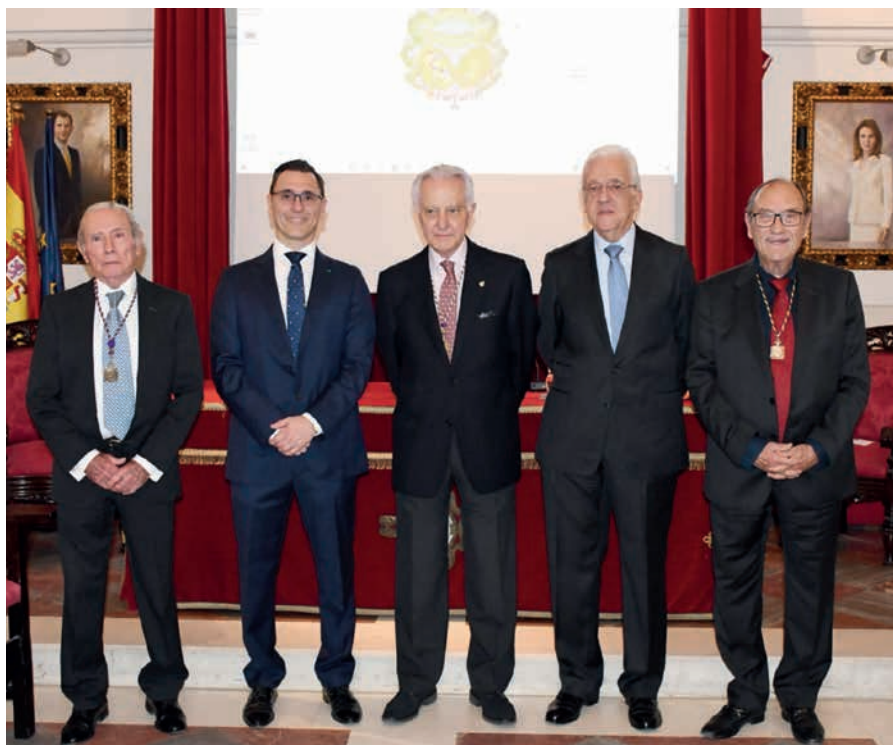
RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (I)

DÍA 25 DE ABRIL

Dr. Domingo Acosta Delgado, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Santiago Durán García.

Dr. Rafael Periañez Moreno, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Fernando Sáenz López de Rueda.

Presentación del libro “La ciencia física en Sevilla durante el siglo XVIII. La Regia Sociedad Hispalense”, por su autor **D. Leoncio García Barrón**, doctor en Física.



Dr. Sáenz, Dr. Periañez, Dr. Infantes, Dr. Acosta y Dr. Durán

PRESENTACIÓN DEL DR. DOMINGO ACOSTA DELGADO

Por el Ilmo. Sr. Dr. Santiago Durán García

Excmo. Sr. presidente,
Ilmos. Sres. académicos de número,
académicos correspondientes,
doctores,
señoras y señores:

Como académico de número de Endocrinología y Nutrición de esta Real Academia me cabe la satisfacción de presentar ante todos ustedes al académico correspondiente electo de nuestra especialidad que hoy toma posesión de su plaza: el Dr. D. Domingo Acosta Delgado.

El 6 de febrero de 2023, los miembros de la Sección II emitimos un informe que justifica la propuesta del Dr. Domingo Acosta Delgado como académico correspondiente:

Por sus méritos personales y humanos, por sus brillantísimas calificaciones pre y postgraduadas, por su trayectoria como profesional adscrito al Servicio Andaluz de Salud y como endocrinólogo privado, por su labor investigadora dentro del área endocrinológica, estimamos que el Dr. Domingo Acosta Delgado reúne todas las condiciones para ser elegido Académico Correspondiente de esta Docta Institución.

Firmado: Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Martínez Manzanares

Firmado: Ilmo. Sr. Dr. D. Santiago Durán García

Firmado: Ilmo. Sr. Dr. D. Guillermo Izquierdo Ayuso

Nuestra propuesta fue votada de forma favorable en el Pleno ordinario celebrado el 30 de noviembre de 2023.

Quiero agradecer a los académicos de número Dres. Martínez Manzanares e Izquierdo Ayuso que me hayan permitido glosar la figura del Dr. D. Domingo Acosta Delgado, teniendo en cuenta nuestra afinidad en lo relacionado con nuestra Especialidad.

El Dr. Domingo Acosta Delgado, licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla, de la promoción de 1980, es un eminente representante de nuestra especialidad en la ciudad de Sevilla, donde realizó su formación a

través del sistema MIR entre 1981 y 1985, continuando su actividad clínica como médico adjunto del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Virgen del Rocío, labor que ha desempeñado hasta 2023.

Tuve la oportunidad de conocerle como alumno destacado del Curso Monográfico del Doctorado “Avances en el tratamiento de la Diabetes Mellitus” realizado en el curso 1984-1985 y en el que obtuvo la máxima calificación. Presentó su Tesis de Licenciatura ese mismo curso y obtuvo también la calificación de Sobresaliente. Doctor en Medicina y Cirugía, con título expedido el 15 de febrero de 1990, obteniendo la calificación de “*apto cum laude*”, equivalente al “*sobresaliente cum laude*” que ha perdurado a lo largo del tiempo como calificación más relevante para el grado de Doctor.

Su actividad docente también comienza a desarrollarse en la década de los ochenta como profesor colaborador del Departamento de Medicina y a partir del 2005 como profesor asociado responsable del desarrollo del programa de Endocrinología y Nutrición a los alumnos de 5º curso, dentro de la asignatura de Patología Medica 2. También ha sido profesor de las Escuelas Universitarias de Enfermería del Hospital Virgen del Rocío y de la Cruz Roja.

A lo largo de los años ha trabajado en varias líneas de investigación: inicialmente en temas relacionados con tumores hipofisarios, siendo la línea de trabajo de su Tesis de Licenciatura y su Tesis Doctoral. De aquellos años iniciales tenemos el testimonio de algunas publicaciones compartidas.

Entre 1988 y 1992, ocupó el cargo de bibliotecario en la Junta Directiva de la Sociedad Española de Diabetes presidida por el Prof. Alberto de Leiva. En esos años se iniciaron los proyectos de los Hospitales de Día de Diabetes, que hoy son una herramienta asistencial imprescindible.

Posteriormente su actividad clínica y de investigación se relaciona con la diabetes y el embarazo. Se ocupa de poner en marcha una consulta monográfica para las pacientes con diabetes gestacional y para la preparación al embarazo de las pacientes con diabetes pregestacional, en colaboración con el Servicio de Obstetricia en el Hospital Virgen del Rocío. El seguimiento conjunto de los embarazos de pacientes diabéticas gestacionales, tipo 1 y tipo 2 en “Unidades de Diabetes y Embarazo”, marca una pauta de calidad y continuidad asistencial que tiene gran trascendencia de cara a evitar complicaciones materno-fetales. Podemos afirmar que la contribución de la Endocrinología sevillana en lo relativo a Diabetes y Embarazo ha alcanzado un impacto nacional e internacional muy relevante.

Desde 2005 al 2023 ha continuado de forma ininterrumpida con esta actividad lo que ha dado lugar a su participación en documentos de consenso elaborados en el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE)

como representante de la Sociedad Española de Diabetes y en publicaciones internacionales sobre este tema.

El Dr. Acosta Delgado a quien recibimos hoy en nuestra Institución es un digno representante del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen del Rocío, puesto en marcha y liderado durante muchos años por el Dr. Ricardo Astorga Jiménez, que supo reunir en torno suyo a un notable grupo de colaboradores. El Dr. Acosta se convierte poco a poco en uno de los líderes y desarrolla una estrecha colaboración y una profunda conexión con el Dr. Astorga, que va más allá de lo puramente profesional, convirtiéndose en una profunda amistad. El cariño y la lealtad al Dr. Astorga han sido señas de identidad del Dr. Acosta. Tuvo mucho que ver con el hecho de que la “Reunión Endocrinológica Sevillana” que pusimos en marcha en 2003, recibiese su nombre a partir del 2008, manteniendo su actividad hasta la actualidad como “Reunión Endocrinológica Ricardo Astorga”.

Además de la actividad desarrollada en la sanidad pública, el Dr. Acosta Delgado ha mantenido ejercicio profesional privado en Sevilla, desde enero del año 1999 hasta diciembre de 2017. Ha promovido actividades relacionadas con la Educación Terapéutica de los pacientes diabéticos y sus familias, como las Colonias para niños diabéticos durante 10 años sucesivos.

Repasando el listado de los académicos correspondientes de nuestra institución, el Dr. Barrios Merino, residente en Huelva, es el único que figura como especialista en Endocrinología y Nutrición. El Dr. Espino Aguilar como pediatra especialista en Endocrinología, y el Dr. Jiménez García como cirujano especialista en Cirugía Endocrinológica, ambos residentes en Sevilla. Tres de un total de 180 académicos activos, 1.66%. Las consultas relacionadas con enfermedades de las glándulas endocrinas y de la nutrición, representan un 15 % del total de consultas ambulatorias y hospitalarias. Hay por tanto una notable desproporción entre la demanda clínica institucional y la representatividad en nuestra Academia. Bien es cierto que nuestra especialidad no genera un volumen de peritajes elevado. Uno o dos informes al año, y algunas veces, ninguno. No obstante, la función de los académicos de número y correspondientes de una determinada especialidad no solamente debe atender a la demanda de peritajes, debe también promover el mejor conocimiento de los avances científicos consolidados, facilitar la confluencia y colaboración entre sociedades científicas afines, participar en la elaboración y supervisión de documentos y protocolos relacionados con la especialidad y promover hábitos de vida saludables, capaces de prevenir la aparición de enfermedades endocrinas y nutricionales.

En la seguridad de que nuestro académico correspondiente electo que hoy toma posesión de su plaza sabrá hacer frente a sus nuevas responsa-

bilidades en nuestra institución, procedamos a escuchar atentamente su discurso de ingreso sobre “Atención a la mujer gestante con Diabetes Mellitus: situaciones especiales”.

Referencias de actividades compartidas con el Dr. Domingo Acosta

I. Herruzo Cabrera; L. Errazquin Sáenz de Tejada; **D. Acosta Delgado**; R. Herruzo Cabrera; J.L. García Fernández; M. Maillo Arcega; **S. Durán García** y J.R. Zaragoza Rubira. “Análisis de los factores pronósticos en el adenoma hipofisario”. Oncología. 1988. Vol. XI: 249-55.

S. Durán García; C. Hernández; D. Guerola; P.P. García Luna; **D. Acosta Delgado**; “Insulin-receptor interaction in diabetes mellitus-optic atrophy Syndrome”. Diabetes Research and Clinical Practice. Suppl 1. 1985.

Reunión “10 años de confianza: insulina glargina” organizada por Sanofi-Aventis y por la Cátedra de Diabetología (Fundación RAMSE). Sevilla, 6 de noviembre 2014. **Dr. D. Acosta Delgado** Ponente “Lantus en el tratamiento intrahospitalario”.

PUBLICACIONES RELATIVAS A DIABETES Y EMBARAZO DE LA ESCUELA ENDOCRINOLOGICA DE SEVILLA.

Aportaciones del Dr. Domingo Acosta Delgado. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

1. **Domingo Acosta Delgado** y Samara Palma Milla. “Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la Diabetes Mellitus tipo 1 en mujeres embarazadas”. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Avda. Manuel Siurot, s/n.41013-Sevilla. Endocrinol Nutr 2006; 53: (Supl 2) 68-76
2. “Guía Asistencial de diabetes mellitus y embarazo” (3ª edición). Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Sociedad Española de Diabetes (SED), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Asociación Española de Pediatría (Sección de Neonatología). Av Diabetol 2006; 22: 73 – 87
3. Corcoy R; Lumbreras B; Bartha JL; Ricart W y Grupo Español de Diabetes y Embarazo “New diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus after the HAPO study. Are they valid in our environment?” Endocrinología y Nutrición 2010; 57 (6) 277–80 doi:10.1016/j.endonu.2010.03.020.
4. González González, NL; González Dávila E; Goya M; Vega B; Hernández Suarez,M; Bartha JL; Spanish Diabetes and Pregnancy Study Group “Twin pregnancy among women with pregestational type 1 or type 2 diabetes mellitus”. International Journal of Gy-

necology and Obstetrics; 2014; 126 (1): 837. DOI:10.1016/j.ijgo.2014.01.02

5. “Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014”. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Avances en Diabetología, 2015; 31 (2): 45 – 59
6. Rubio J, Ontañón M, Perea V, Megía A, **Acosta D**, Moreno E, Ballells M, Ballesteros M, Megía, A, Bandres M, Bartha J, Herranz L, Bellart J, Chico A, Codina M, Corcoy R, Cortázar A, Donnay S, Martín P, del Carmen Gómez M, González N, del Mar Goya M, López J, Mozas J, Rubio J, Sancho, M, Soldevila B, Vega B, Vinagre I. “Health care of pregnant women with diabetes in Spain: Approach using a questionnaire” Endocrinología y Nutrición, vol. 63, issue 3 (2016)
7. Chico A, Herranz L, Corcoy R, Ramírez O, Goya M, Bellart J, González-Romero S, Codina M, Sánchez P, Cortázar A, **Acosta D**, Picón M, Rubio J, Megía A, Sancho M, Ballells M, Solá E, González N, López-López J “Glycemic control and maternal and fetal outcomes in pregnant women with type 1 diabetes according to the type of basal insulin”. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 206 (2016) 84–91
8. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE): Actualización Urgente: “Alternativa temporal para el diagnóstico de hiperglucemia gestacional y el seguimiento de estas mujeres y aquellas con diabetes pregestacional durante la pandemia covid-19”. Guía de Diabetes y Embarazo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Diabetes. pp. 1 - 11. 01/04/2020.

Aportaciones del Prof. D. Santiago Durán García. Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Valme, en Sevilla.

1. Elisabeth Mathiesen, Brendan Kinsley, Stephanie A. Amiel, Simon Heller, David Mccance, **Santiago Durán**, Shannon Bellaire, Anne Raben, on behalf of the “Insulin Aspart Pregnancy Study Group” “Maternal glycemic control and hypoglycemia in type 1 diabetes pregnancy: a randomized trial of insulin aspart versus human insulin in 322 pregnant women” Diabetes Care, vol. 30, 771-776, 2007. doi: 10.2337/dc06-1887.
2. M. Hod, P. Damme, R. Kaaja, G.H.A. Viser, F. Dunne, I. Demidova, A.P. Hansen, H. Mersebach on behalf of the “Insulin Aspart Pregnancy Study Group (**S. Durán**)” “Fetal and perinatal outcomes in type 1 diabetes pregnancy: a randomized study comparing insulin aspart with human insulin in 322 subjects” American

- Journal Obstetrics & Gynecology (estados unidos), 2008. 198, 186.e1-186.e7 doi 10.1016/j.ajog.2007
3. D.R. Mccance, P. Damm, E.R. Mathiesen, M. Hod, R. Kaaja, F. Dunne, L.E. Jensen, H. Meserbach on behalf of the “Insulin Aspart Pregnancy Study Group (**S. Durán-García**)” “Evaluation of insulin antibodies and placental transfer of insulin aspart in pregnant women with type 1 diabetes mellitus” *Diabetologia*, 2008, 51, 2141-2143 doi 10.1007/s001-008-1120-y
 4. S. Heller, P. Damm, H. Meserbach, T.V. Skjoth, R. Kaaja, M. Hod, **S. Durán-García**, D. Mccance, E. R. Mathiesen. “Hypoglycemia in type 1 diabetic pregnancy: role of pre-conception insulin aspart treatment in a randomized study” *Diabetes Care*, 33, 473-477, 2010
 5. **S. Durán García**, M. Rivas, M.V. Cozar, I. del Pino, S. Durán Sanz. “Análogos de insulina humana en el tratamiento de las pacientes diabéticas gestantes”. *Avances en Diabetologia*, 2012. volumen 28, supl. 1, 15-21
 6. Moshe Hod; Elisabeth R. Mathiesen; Lois Jovanovic; David R. Mccance; ;Marina Ivanisevic; **Santiago Durán-García**; Lise Brøndsted, Avidéh Nazeri and Peter Damm. “A randomized trial comparing insulin Detemir with NPH in pregnant women with type 1 diabetes”. *The Journal of Maternal-fetal & neonatal Medicine* 2013 mar 12. doi: 10.3109/14767058.2013.783809
 7. E. Mathiesen, N. Ali, E. Anastasiou, H. Andersen, B.K. Cypryk, H.W.de Valk, J. Dore, F. Dunne, **S. Durán García**, H. Hanaire, L.L. Husemoen, M. Ivanisevic, H.P. Kempe, D. Mccance, R.B. Nordsborg. “Characteristics of pregnant women with diabetes using injectable glucose-lowering drugs in the Evolve Study” *Journal of Maternal-fetal and neonatal medicine*.2021. doi.org/10.1080// 14767058. 2021. 1940132
 8. Elisabeth R. Mathiesen, Norsiah Ali, Amra C. Alibegovic, Eleni Anastasiou, Katarzyna Cypryk, Harold de Valk, Jorge Dore, Fidelma Dunne, Mari Anne Gall, **Santiago Durán García**, Hélène P. Hanaire, Lise Lotte N. Husemoen, Marina Ivanišević, Hans-Peter Kempe, David Mccance, Peter Damm “Risk of major congenital malformations, perinatal or neonatal death with insulin detemir versus other basal insulins in pregnant women with pre-existing diabetes: the real-world Evolve Study” short title: insulin detemir and pregnancy outcomes. *Diabetes Care* 44(9): 2069-2077, 2021

“ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON DIABETES MELLITUS: SITUACIONES ESPECIALES”

Dr. Domingo Acosta Delgado

Excmo. Sr. presidente
Ilmos. Sres. académicos
Sras. y Sres.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es un proceso crónico que afecta a gran número de personas y conlleva un enorme impacto social y sanitario. Constituye un problema significativo a nivel personal y de salud pública, no solo por su elevada prevalencia e incidencia, sino porque a lo largo de su evolución crónica pueden aparecer importantes complicaciones y de una significativa afectación de la calidad de vida. Asimismo, puede ser causa de complicaciones en los embarazos, tanto para la madre como para el feto o recién nacido. Y sabemos que estas complicaciones se pueden evitar y/o retrasar en gran parte con una adecuada prevención y un buen control metabólico. En la actualidad, la diabetes mellitus está considerada por nuestro sistema sanitario como un problema de salud prioritario. En la actualidad estamos asistiendo a un incremento significativo de la prevalencia de diabetes tanto Diabetes mellitus Tipo 1 como Tipo 2 y situaciones de prediabetes. Esos mismos datos lo encontramos en la mujer en edad fértil, lo cual supone un incremento de la prevalencia de prediabetes y de la propia diabetes, ya sea diagnosticada como no diagnosticada, durante la gestación, así como el incremento de la toma de fármacos cuyo uso durante el embarazo no está autorizado. Hoy por hoy, la Diabetes Mellitus es la alteración metabólica más frecuente que podemos encontrar en el embarazo, afectando al pronóstico de la madre y al del futuro hijo, con una prevalencia que oscila entre el 6 y el 17%, según las series. Y sabemos también que en la población adulta española existe un 14,8% de diabetes, lo que supone una cifra de más de 5 millones de adultos con diabetes. Si consideramos estos datos en relación al embarazo, sabemos que uno de cada seis nacidos vivos se ha desenvuelto en un ambiente de hiperglucemia, en los que el 80% se trata de un embarazo con Diabetes mellitus Gestacional. De los datos de prevalencia de Diabetes Mellitus en Andalucía en el año 2022, podemos deducir que entre mujeres en edad fértil existe una prevalencia de 11,77% de diabetes.

Sabemos que cualquier grado de aumento anormal de la glucosa durante la gestación tiene consecuencias tanto a corto como a medio y largo plazo. Y también sabemos que los adecuados tratamiento y control de esa hiperglucemia mejoran los resultados, minimizando las complicaciones obstétricas y neonatales. En la actualidad, el manejo de la mujer diabética gestante ha mejorado ostensiblemente: los sistemas terapéuticos basados en multidosis de insulina, el empleo de sistemas de infusión continua (bombas de insulina) y la implementación del uso de los sensores y sistemas de monitorización continua de glucosa, los sistemas de asa cerrada, están permitiendo que el embarazo de una mujer gestante con diabetes se parezca cada vez más a un embarazo en situación normal, reconociendo aún que queda bastante camino por recorrer, de tal manera que aunque los resultados son mejores, existen determinadas situaciones especiales que pueden darse en la mujer diabética gestante, para la cual siguen siendo necesarios protocolos y medidas de manejo muy concretas.

Situaciones Especiales: Protocolos de Manejo

1.- Hiperémesis Gravídica : Se trata de un cuadro de vómitos intratables que conlleva a una disminución del peso (5%), del volumen y crea una marcada tendencia a la cetosis. Supone la primera causa de hospitalización de la mujer gestante, con una prevalencia de 0,3 – 3% de los embarazos, con una marcada morbilidad y que en la mujer gestante con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM 1) se duplica la posibilidad de ingreso y se favorece el desarrollo de Cetoacidosis Diabética (CAD). En relación a la repercusión fetal, aumenta la prematuridad y el bajo peso, así como la muerte intra-útero. Se trata de una situación donde el control de la diabetes se hace absolutamente errático e imprevisible, siendo necesario recurrir a la perfusión de glucosa e insulina por vía endovenosa, manteniendo unos objetivos estrictos de control glucémico compatibles con una situación de normo glucemia: en concreto con niveles de glucemia que oscilen entre 70 y 126 mg/dl (Figuras 1 y 2).

Figura 1

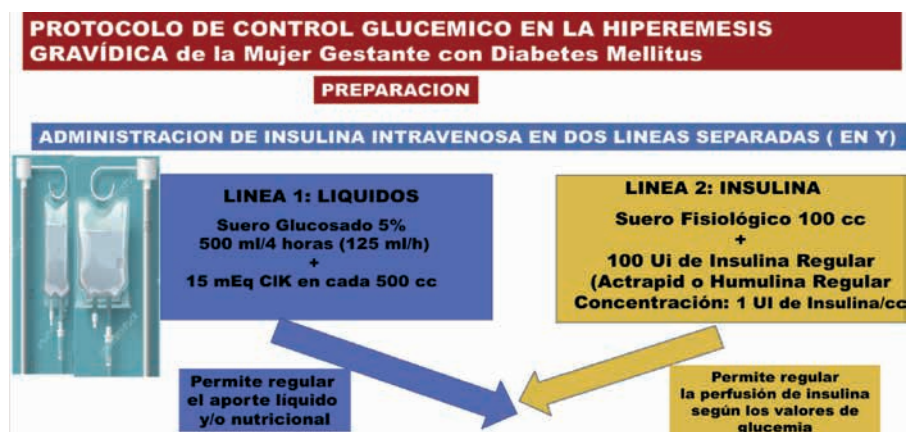
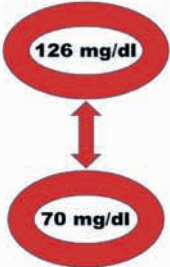


Figura 2

PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO EN LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA de la Mujer Gestante con Diabetes Mellitus			
GLUCEMIA (mg/dl)	INSULINA (UI/HORA)		Objetivos de Glucemia
	PAUTA 1	PAUTA 2	
< 70	PROTOCOLO DE HIPOGLUCEMIA (repetir glucemia capilar a los 15 minutos)		
		Cambiar a Pauta 1	
70 – 126	0 (parar la perfusión)	0,5	
127 – 139	0,5	1	
140 – 179	1	2	
180 – 209	2	3	
210 – 239	2,5	4	
240 – 269	3	5	
270 – 299	3,5	6	
300 – 329	4	7	
330 – 359	5	8	
≥ 360	6	12	

En la actualidad hemos de tener en cuenta que cuando se administra insulina por vía endovenosa, la forma de control ha de ser a través de la determinación de Glucemia capilar. Como sabemos, los sistemas de Monitorización Continua de Glucosa se basan en la determinación de los niveles de glucosa en tejido intersticial y en estos momentos dicho método nos puede ayudar como forma de supervisión, pero no para tomar decisiones en relación a modificación de la insulina endovenosa, cosa que irá cambiando con el tiempo cuando aumente la precisión de los sensores.

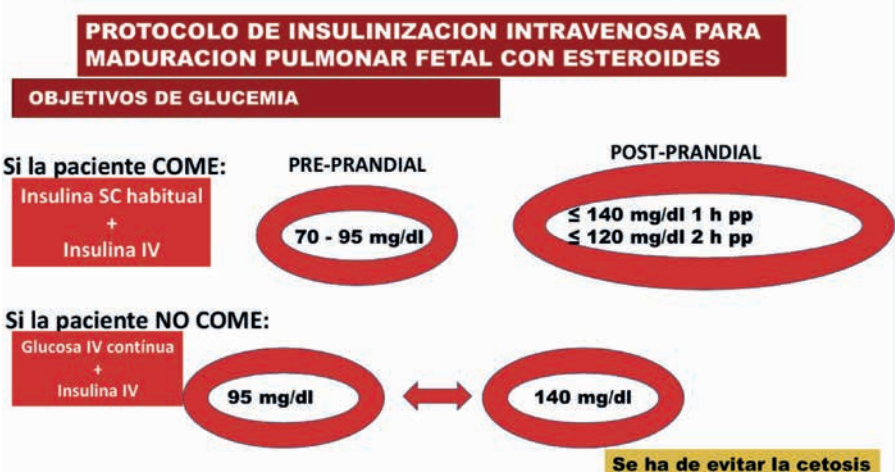
No cabe la menor duda que es necesario realizar frecuentes determinaciones de glucemia capilar y definir de manera precisa cuales son los niveles de glucemia que obligan a modificar las cantidades de insulina a perfundir.

2.- Maduración Pulmonar Fetal con Esteroides: Son frecuentes las circunstancias en las que en la mujer gestante con diabetes vamos a tener que plantearnos el empleo de glucocorticoides para poder asegurar una adecuada maduración pulmonar fetal. De todos es conocido el efecto hiperglucemian-te de los glucocorticoides, que depende del tipo de esteroides usado y la cantidad administrada. En nuestro medio se utiliza la betametasona, con un marcado poder hiperglucemiante.

La implantación del Protocolo Insulínico en caso de Maduración Fetal con esteroides se puede plantear en dos posibles escenarios: Uno en el que la paciente pueda seguir comiendo, es decir, en el que se pueda mantener la alimentación oral. Un segundo escenario, en el que la paciente necesite permanecer en ayunas. En el primero de los escenarios, la paciente mantendrá su tratamiento con insulina subcutánea que tuviese planteado, y se añadirá la administración endovenosa de insulina, manteniendo unos objetivos pre-prandiales entre 70 – 95 mg/dl de glucemia, y unos objetivos post-prandiales con valores ≤ 140 mg/dl a la hora y ≤ 120 mgrs./dl a las dos horas pos-prandial. En el supuesto caso que la paciente no pudiera comer por boca, nos limitaríamos a la administración de glucosa endovenosa, asegurando un

adecuado aporte de la misma, y con insulina también administrada por vía endovenosa, manteniendo unos niveles de glucemia que oscilen entre 95 y 140 mg/dl. En todo caso, siempre es necesario no sólo evitar hipoglucemia sino además la cetosis, y por supuesto, el objetivo es evitar la hiperglucemia que de por sí induce la administración de glucocorticoides (Figura3).

Figura 3



No cabe duda que las necesidades de insulina endovenosa en parte están condicionadas por los requerimientos previos de insulina antes de la administración de los glucocorticoides, y es por ello por lo que se han definido cuatro pautas, según los requerimientos insulínicos previos: Pauta 1 para mujeres tratadas previamente con ≤40 Uide insulina /día; Pauta 2 para mujeres con requerimientos de insulina entre 41-80 Ui de insulina/día; Pauta 3 para mujeres con requerimiento entre 81 – 120 UI de insulina /día; Pauta 4, para mujeres cuyos requerimientos sean > de 120 UI/día (Figura 4).

Figura 4

PROTOCOLO DE INSULINIZACION INTRAVENOSA PARA MADURACION PULMONAR FETAL CON ESTEROIDES				
PAUTAS DE INSULINA ENDOVENOSA				
Dosis de Insulina SC	≤ 40 Ui/día	41 -80 Ui/día	81- 120 Ui/día	> 120 UI/día
Glucemia mg/dl	PAUTA 1 UI /hora	PAUTA 2 UI/hora	PAUTA 3 UI/hora	PAUTA 4 UI/hora
< 70	Protocolo de HIPOGLUCEMIA (Repetir la Glucemia a los 15 minutos)			
71 - 100	0 (Parar la perfusión de Insulina)			
101 - 126	0,5	1	2	3
127 - 150	1	2	3	5
151 - 165	1,5	3	4	7
166 - 180	2	4	6	10
≥ 181	3	6	8	13

3.- Control Glucémico durante el Parto: Si nos basamos en los protocolos consensuados de la Sociedad Española de Diabetes y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en relación al parto en la mujer con diabetes, hemos de tener claros los siguientes aspectos:

- a.- Con un control glucémico óptimo y con la vigilancia adecuada, el parto ha de ser a término, considerándose apropiada la inducción a la 38(+6) semanas.
- b.- Si el seguimiento ha sido irregular, existen datos de mal control, existen complicaciones severas relacionadas con la diabetes, es necesario valorar finalizar el embarazo en la semana 36.
- c.- Si fuera necesario terminar el embarazo antes de la 34(+6) semanas, habría que llevar a cabo la maduración pulmonar fetal con glucocorticoides.
- d.- La vía de parto de elección es la vía vaginal.
- e.- Las indicaciones para la realización de cesárea son las mismas que en los casos de mujeres sin diabetes, excepto en los casos en los que haya un Peso Fetal Estimado > de 4500 grs o existan antecedentes de distocia de hombros.
- f.- Es necesario evitar el parto vaginal en caso de macrosomía.
- g.- En caso de que la madre tenga retinopatía, es necesario abreviar y facilitar el periodo expulsivo.
- h.- Es absolutamente importante discutir y acordar en consulta, en días previos al parto, el plan de control en torno al parto, estableciendo las medidas que se han de tomar y dejando muy claros cuales son los objetivos de control glucémico.

En la Fase Latente de Parto, si la mujer puede comer, podemos mantener la pauta de insulina subcutánea que tiene establecida, ya sea con Multidosis de Insulina (MDI) o con infusoras – bombas de insulina (BICI), mientras que las glucemias sean óptimas y no sobrepasen los 200 mgrs/dl. En el caso de que las glucemias sean mayores de 200 mgrs/dl o la paciente no pueda comer, es necesario la implantación del protocolo de insulina endovenosa. Mientras la mujer puede comer los objetivos de glucemia establecidos son < 95 mgr/dl pre-prandial, < 140 mgrs/dl una hora postprandial y < 120 mgrs/dl 2 horas postprandial.

En el caso de que la mujer no pueda comer, a través de la perfusión endovenosa de glucosa y de insulina, hemos de mantener los niveles de glucemia entre 70 y 126 mg/dl, si bien datos obtenidos de estudios más recientes han llegado a proponer valores de glucemia entre 90 y 144 mgrs/dl, pues valores más bajos no proporcionan ningún beneficio adicional y pueden verse incrementados los episodios de hipoglucemia

Es muy importante evitar la cetosis, realizar glucemias capilares horarias e, incluso mucho más frecuentes – cada 15 minutos – si la glucemia es < de 70 mgrs/dl o > de 200 mgrs/dl (Figuras 5 y 6).

Figura 5

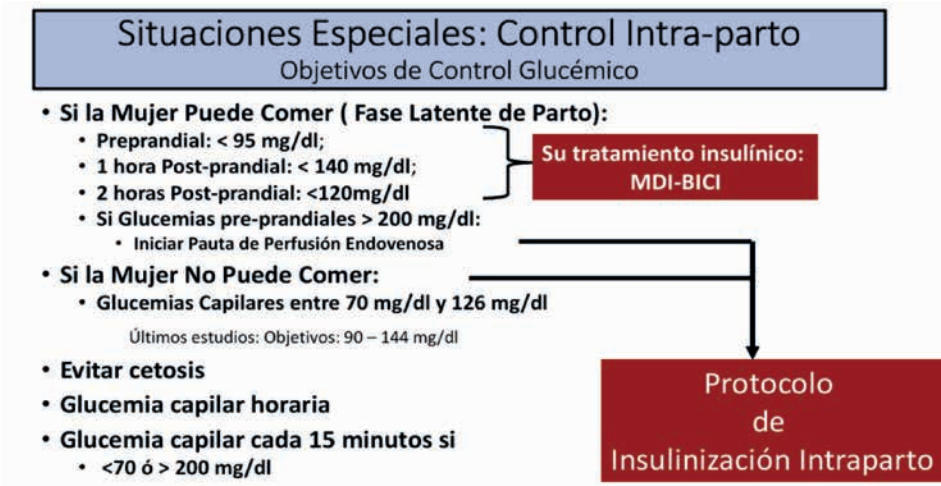


Figura 6

PROTOCOLO DE INSULINIZACION INTRAPARTO			
PAUTAS DE INSULINA ENDOVENOSA			
	GLUCEMIA (mg/dl)	INSULINA (UI/HORA)	
		PAUTA 1	PAUTA 2
126 mg/dl ↕ 70 mg/dl Se ha de evitar la cetosis	< 70	PROTOCOLO DE HIPOGLUCEMIA (repetir glucemia capilar a los 15 minutos)	
	70 – 126	0 (parar la perfusión)	0,5
	127 – 139	0,5	1
	140 – 179	1	2
	180 – 209	2	3
	210 – 239	2,5	4
	240 – 269	3	5
	270 – 299	3,5	6
	300 – 329	4	7
	330 – 359	5	8
	≥ 360	6	12

4.- Control Glucémico Post-parto: En el manejo de la mujer gestante en el periodo pos-parto hemos de tener en cuenta los siguientes aspectos: a.- Se produce una reducción brusca de las necesidades de insulina. B.- Los objetivos de glucemia son mucho más laxos que durante la gestación. C.- Con cierta frecuencia puede ser necesario el empleo de insulina endovenosa en el post-parto inmediato, pero teniendo muy en cuenta los dos principios anteriores. D.- Se empezará con la insulina subcutánea cuando se reinicie la alimentación oral, teniendo en cuenta que la dosis de insulina subcutánea necesaria durante los primeros días es sensiblemente menor que incluso las que se necesitaban antes de que la mujer quedara gestante, para igualarse unos días después. E.- Si la mujer hubiese necesitado insulina endovenosa, para pasarla a insulina

subcutánea, siempre es necesario llevar a cabo protocolos de transición, que consiste en la administración de una dosis de insulina subcutánea antes de la retirada de la administración endovenosa, dado que la insulina administrada intravenosamente tiene una vida media muy corta. F.- Es necesario tener presente que hay que evitar hipoglucemias y tomar las medidas necesarias para fomentar la lactancia materna.

Como hemos dicho antes, en el supuesto caso de tener que seguir usando perfusión de insulina endovenosa en el post-parto, cosa relativamente frecuente durante las primeras horas del post-parto inmediato, siempre hemos de tener en cuenta dos aspectos importantes: uno es que las necesidades de insulina son mucho menores que durante el embarazo y otro es que los objetivos de control glucémico son mucho más laxos que durante la gestación, de tal manera que en este periodo las glucemias se han de mover en unos valores entre 140 -180 mgrs/dl, igualando el manejo al de otras situaciones hospitalarias en las que se tienen que emplear la insulina por vía endovenosa (Figura 7).

Figura 7



Y se iniciará la administración de Insulina subcutánea cuando se inicie la alimentación por vía oral, teniendo en cuenta que se respeten las medidas oportunas para una adecuada transición: es decir, es necesario administrar una dosis de insulina subcutánea antes de retirar el aporte endovenoso de insulina, de tal manera que si se administra insulina de acción rápida subcutánea, el aporte de insulina endovenosa ha de mantenerse hasta dos – tres horas después de la administración subcutánea.

Otro aspecto importante es tener presente que las necesidades de insulina subcutánea en esos momentos suelen ser el 50%-70% de los requerimientos insulínicos previos al embarazo, lo cual se ha de tener muy en cuenta para evitar hipoglucemias; pasados unos 5- 7 días, los requerimientos de insulina subcutánea se igualan a los que la mujer necesitaba antes de quedar gestante.

5.-Fomento de la Lactancia materna: Son muchos los argumentos que tenemos para fomentar la lactancia materna en el recién nacido de madre diabética. Se trata de una empresa no siempre fácil, por muy diversos motivos, pero es necesario implantar las medidas necesarias en este sentido, por los beneficios aportados, tanto para la madre como para el recién nacido. Los objetivos de control glucémico son los mismos que en cualquier otro momento fuera del embarazo: entre 72 – 126 mg/dl de glucemia pre-prandial y entre 72 y 180 mg/dl en cualquier otro momento; Los parámetros de Glucometría en caso de usar Monitorización Continua de Glucosa también han de ser idénticos a los empleados en cualquier otro momento fuera del embarazo. Debemos tener presente que durante la lactancia los requerimientos de insulina pueden ser un 20% menos que previamente al embarazo. También es muy importante respetar un consumo de carbohidratos en torno a los 210 grs. En las 24 horas del día, para evitar hipoglucemias y episodios de cetosis por ayuno. La alimentación también ha de ir dirigida a conseguir el peso previo al embarazo en unos 3- 6 meses tras el parto.

En resumen, podemos decir que en la atención a la mujer gestante con diabetes es fundamental:

- Una adecuada programación del embarazo
- Un adecuado control metabólico pre y periconcepcional
- Un seguimiento obstétrico adecuado, en coordinación con una buena atención endocrinológica
- Tener establecidos protocolos de fácil implementación y manejo para el abordaje de Situaciones Especiales, tales como las que hemos mencionado, en las que el control se hace especialmente dificultoso

La implementación de Nuevas Tecnologías, en las que incluimos el uso de sensores para monitorización continua de glucosa, los sistemas de asa cerrada, combinando infusión subcutánea de insulina con monitorización continua y algoritmos de manejo, y todo ello acompañado de una cada vez mejor y más amplia educación diabetológica, mejorarán sin duda el manejo de la diabetes durante el embarazo tanto en circunstancias normales como en las Situaciones Especiales de las que hemos hablado.

BIBLIOGRAFIA

1. Management of Diabetes in the Intrapartum and Postpartum Patient
Annie Dude, MD, PhD¹ Charlotte M. Niznik, APN, CDE¹ Emily D. Szmilowicz, MD² Alan M. Peaceman, MD¹ Lynn M. Yee, MD, MPH¹ American Journal of Perinatology DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1629903>. ISSN 0735-1631.
2. Diabetes mellitus gestacional: importancia del control glucémico intraparto Juana A. Flor es Le-Roux, David Benaiges Boix y Juan Pedro-Botet_ Clin Invest Arterioscl. 2013;25(4):175-181

3. Intrapartum glycemic management of women with type 1 and type 2 diabetes. Intrapartum management of glucose and insulin – UpToDate
04. A standardized protocol to achieve normoglycaemia during labour and delivery in women with type 1 diabetes J. Lepercq a, H. Abboua, C. Agostini a, F. Toubas a, C. Francoual a, G. Velho b, D. Dubois-Laforgue c, J. Timsit c,d *Diabetes & Metabolism* 34 (2008) 33-37
05. GLUCOSE AND INSULIN REQUIREMENTS DURING LABOR AND DELIVERY: THE CASE FOR NORMOGLYCEMIA IN PREGNANCIES COMPLICATED BY DIABETES Lois Jovanovic, MD, *FACE Endocr Pract.* 2004;10[Suppl 2]:40-45)
06. Management of gestational diabetes with a conservative insulin protocol Richard W Simpson and Shanne J Kast *MJA* 2000; 172: 537 – 540
07. Relative effects of antepartum and intrapartum maternal blood glucose levels on incidence of neonatal hypoglycemia Luis B Curret; Luis A Izquierdo; George J Gilson; Jack M Schneider; Robert Perelman; Joyce Converse *Journal of perinatology*, 1997; 17 (2):113-115
08. Inpatient Management of Women with Gestational and Pregestational Diabetes in Pregnancy Etoi A. Garrison & Shubhada Jagasia *Curr Diab Rep* (2014) 14:457 DOI 10.1007/s11892-013-0457-x
09. A protocol for improved glycaemic control following corticosteroid therapy in diabetic pregnancies K. Kaushal, J. M. Gibson, A. Railton, B. Hounscome, J. P. New and R. J. Young *Diabet. Med.* 20, 73Ð75 (2003)
10. NICE guideline Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period (NG3)
11. Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014 Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE)_ *Av Diabetol.* 2015;31(2):45-59
12. Documento: Protocolo Asistencial para la Diabetes Mellitus Gestacional Sociedad Andaluza de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Grupo de Diabetes
13. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes 2018 *Diabetes Care* 2018;41(Suppl. 1): S137-S143 B
14. Diabetes en la mujer Gestante Hospitalizada. Manual Práctico de Diabetes Hospitalaria de la Sociedad Andaluza de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SAEDYN).

“AVANCES EN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE COLUMNA”

Dr. Rafael Periañez Moreno

Excelentísimos e ilustrísimos miembros de
la Real Academia de Medicina de Sevilla,
amigos y compañeros:

Es para mí un profundo honor dirigirme a ustedes en este solemne acto de mi ingreso como académico electo en esta histórica institución. Desde su fundación, la Real Academia ha representado el más alto referente de la excelencia médica y científica en nuestra ciudad y país, pertenecer a ella es un privilegio que asumo con la máxima humildad y responsabilidad.

Hoy me encuentro ante ustedes con un sentimiento de gratitud, pero también con la firme determinación de contribuir, dentro de mis capacidades y conocimientos, al desarrollo de la medicina y la salud en nuestra sociedad, jamás pude pensar cuando empecé mis estudios de Medicina allá por el año 1994 que pudiera alcanzar el honor de pertenecer a esta prestigiosa Academia de Medicina.

La ciencia médica, en su constante evolución, enfrenta desafíos y exige nuevas respuestas. Es por ello que, como académico de esta prestigiosa institución, me comprometo a trabajar incansablemente en la búsqueda de avances que permitan mejorar la calidad de vida de las personas y afrontar con eficacia los retos de la medicina moderna.

Agradezco profundamente la confianza depositada en mí por los académicos que me han presentado, en especial a mi profesor y maestro Don Fernando Sáenz López de Rueda, con la certeza de que este es un punto de partida para un camino lleno de aprendizaje y colaboración, me dispongo a compartir con ustedes mis conocimientos, mi pasión por la medicina y mi voluntad de seguir creciendo en el noble arte de curar.

Es un verdadero honor para mí dirigirme a ustedes hoy para hablar de una de las grandes revoluciones en el campo de la cirugía moderna: la cirugía endoscópica de columna vertebral, una técnica que se engloba dentro del concepto de “Cirugía Ultra Mínimamente Invasiva”, que ha transformado nuestra manera de tratar patologías complejas de la columna, como la hernia

discal y la estenosis de canal lumbar, tuve la oportunidad de conocerla en el año 2017 y desde entonces, he estado formándome y desarrollándome con esta técnica quirúrgica.

Como muchos de ustedes saben, la cirugía mínimamente invasiva ha sido un concepto en constante evolución desde sus inicios a mediados del siglo XX. Los primeros pasos en este campo se dieron en la década de 1970 con la introducción de la artroscopia, que permitió tratar las articulaciones, como la rodilla o el hombro, mediante incisiones muy pequeñas, sin necesidad de realizar grandes aperturas. A finales de los años 80, se amplió el concepto a las endoscopias, que se aplicaron en campos tan diversos como la cirugía abdominal y urogenital, llevando la medicina a una nueva era de precisión y menos invasividad.

Hoy, con los avances tecnológicos y los equipos de última generación, podemos aplicar esa misma filosofía de cirugía asistida por video a la columna vertebral, logrando una evolución más que notable en el tratamiento de diversas patologías. Alguien de esta sala, quizás, se podría preguntar: ¿se imaginarían una cirugía de menisco realizada con una gran apertura en la rodilla? ¿Una apendicectomía o una colecistectomía realizada de manera abierta? No, por supuesto que no. Y, sin embargo, durante muchos años, la cirugía de columna vertebral requería grandes incisiones, fijaciones con tornillos pediculares, lo que conlleva largos períodos de recuperación, complicaciones y un impacto significativo en la calidad de vida del paciente.

Con la llegada de la cirugía endoscópica de columna, la historia ha cambiado por completo. Esta técnica es una de las innovaciones más emocionantes y efectivas en la cirugía de la columna vertebral. Se basa en una intervención ultra mínimamente invasiva, utilizando cámaras y sistemas de video que permiten al cirujano trabajar de forma precisa y controlada, a través de una pequeña incisión de menos de 1 centímetro en la piel. Esta intervención es, en muchos casos, suficiente para abordar patologías complejas como las hernias discales o la estenosis de canal lumbar.

La principal ventaja de esta técnica es que, al requerir solo una incisión pequeña, los riesgos asociados a la cirugía se reducen considerablemente. Esto significa menos sangrado, menor probabilidad de infecciones y una recuperación más rápida para los pacientes. A diferencia de la cirugía convencional, en la que los pacientes pueden necesitar varios días de hospitalización y un largo proceso de rehabilitación, con la cirugía endoscópica muchos de nuestros pacientes pueden ser dados de alta el mismo día o al día siguiente, con menos dolor postoperatorio y con la posibilidad de retomar su vida cotidiana en mucho menos tiempo.

Además, la precisión de la cirugía endoscópica permite al cirujano acceder a las áreas problemáticas de la columna vertebral sin dañar las estructuras circundantes, lo que mejora enormemente la seguridad y efectividad del procedimiento. Gracias a la visualización directa proporcionada por el endoscopio, podemos localizar y tratar las hernias discales o las zonas de estenosis con una exactitud que no era posible con las técnicas tradicionales.

Como médicos y cirujanos, nuestra responsabilidad es proporcionar a nuestros pacientes las mejores opciones disponibles. Y, en este sentido, la cirugía endoscópica de columna vertebral representa un avance significativo en el tratamiento de enfermedades complejas de la columna, especialmente para los pacientes mayores, quienes a menudo tienen un mayor riesgo de complicaciones y una recuperación más lenta tras una cirugía invasiva. Al ofrecerles una alternativa menos traumática, les brindamos una mejor oportunidad de mejorar su calidad de vida sin los efectos negativos de los procedimientos tradicionales.

Quiero resaltar que la cirugía endoscópica de columna es un ejemplo claro de cómo la tecnología y la innovación pueden transformar la medicina, mejorando los resultados para nuestros pacientes y reduciendo los riesgos y tiempos de recuperación. A medida que continuamos avanzando en el conocimiento y la aplicación de estas técnicas, será fundamental que sigamos explorando su potencial para ofrecer a nuestros pacientes las mejores soluciones posibles.

La cirugía endoscópica de columna lumbar ha revolucionado el tratamiento de diversas patologías de la columna vertebral, incluida la estenosis de canal, especialmente en pacientes de edad avanzada. Esta técnica mínimamente invasiva ofrece una serie de beneficios que son fundamentales para mejorar los resultados quirúrgicos y reducir los riesgos inherentes a la cirugía convencional, lo que es particularmente importante en personas mayores. A continuación describiré los principales beneficios y ventajas de esta técnica en el tratamiento de la estenosis de canal lumbar en pacientes geriátricos.

1. Menor invasividad y recuperación rápida

La cirugía endoscópica se distingue por su naturaleza mínimamente invasiva, lo que implica que las incisiones son más pequeñas concretamente se realiza una de menos de 1cm y los procedimientos por tanto menos traumáticos para los tejidos circundantes.

En comparación con la cirugía abierta convencional, donde se requieren incisiones más grandes y una mayor manipulación de los tejidos, la cirugía endoscópica de columna lumbar reduce significativamente el daño a los tejidos blandos y las estructuras óseas. Esto se traduce en una disminución del sangrado intraoperatorio y una menor necesidad de realizar grandes incisiones para acceder a la zona afectada.

¿Cuáles son sus indicaciones?

- TODAS LAS HERNIAS DE DISCO, LUMBARES TORACICAS Y CERVICALES.
- ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR.
- ESTENOSIS RECESO LATERAL.
- HIPERTROFIA DE LIGAMENTO AMARILLO.
- QUISTES SINOVIALES FACETARIOS.

- DISCITIS.
- ABCESOS.
- ADHESIOLISIS. ENDOSCOPIA EXPLORADORA
- FUSIONES EN PATOLOGIA INESTABLE : ENDO LIF

La recuperación postoperatoria es notablemente más rápida en los pacientes que se someten a cirugía endoscópica. Esto es crucial en pacientes de edad avanzada, quienes pueden tener un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con una cirugía invasiva. Al reducir el traumatismo quirúrgico, los pacientes experimentan menos dolor postoperatorio y pueden comenzar su rehabilitación más pronto, lo que acelera su retorno a las actividades cotidianas.

2. Reducción del riesgo de complicaciones

Los pacientes de edad avanzada tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones debido a comorbilidades asociadas como hipertensión, diabetes o enfermedades cardiovasculares. En este contexto, la cirugía endoscópica presenta ventajas sustanciales. Debido a la menor invasividad de la intervención, se reduce el riesgo de infecciones, hemorragias y trombosis venosa profunda. La técnica endoscópica también disminuye la posibilidad de lesiones en las estructuras nerviosas o en los tejidos circundantes a la zona tratada.

Además, en la cirugía endoscópica, el tiempo de intervención es más corto que en la cirugía abierta, lo que reduce el tiempo bajo anestesia general y minimiza los riesgos relacionados con la misma, especialmente en pacientes de mayor edad, cuyo sistema cardiovascular puede ser más vulnerable.

3. Mejora de los resultados funcionales y del control del dolor.

La estenosis de canal lumbar en pacientes de edad avanzada puede provocar una serie de síntomas debilitantes, como dolor lumbar crónico, dolor radicular (ciática), debilidad y pérdida de movilidad. Estos síntomas impactan gravemente la calidad de vida de los pacientes, limitando su capacidad para realizar tareas cotidianas y, a menudo, contribuyendo a la discapacidad.

La cirugía endoscópica de columna lumbar tiene un enfoque más preciso para eliminar las estructuras óseas o de tejidos blandos que comprimen las raíces nerviosas, como la hernia de disco, los ligamentos engrosados o las osteofitosis. Al realizar un descompresivo efectivo y focalizado de la zona afectada, se logra aliviar el dolor y mejorar la función neurológica de los pacientes. Esta mejora en los síntomas es clave en personas mayores, quienes suelen tener una menor tolerancia al dolor y una recuperación más lenta.

Además, el control del dolor postoperatorio es más efectivo en la cirugía endoscópica debido a la menor invasividad, lo que significa que los pa-

cientes requieren menos analgésicos y experimentan una reducción rápida en las molestias postoperatorias. El alivio temprano del dolor mejora la calidad de vida y permite una recuperación más eficiente.

4. Hospitalización más corta y menor coste.

El período de hospitalización tras la cirugía endoscópica suele ser más corto que el de la cirugía abierta concretamente en régimen de CMA, siendo un promedio de 12h de ingreso. En muchos casos, los pacientes pueden ser dados de alta el mismo día de la cirugía o al día siguiente. Esto no solo reduce la exposición a posibles infecciones hospitalarias, sino que también contribuye a un ahorro económico significativo, tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general. En pacientes de edad avanzada, una estancia corta en el hospital también reduce el riesgo de complicaciones asociadas a la inmovilización prolongada o la descompensación de otras condiciones médicas preexistentes.

5. Mejor estabilidad y menos riesgo de inestabilidad postoperatoria.

En la cirugía endoscópica de columna lumbar, se preserva la estabilidad de la columna vertebral mejor que en las técnicas convencionales, que pueden requerir la extirpación de más tejido óseo o incluso la fusión de vértebras. La preservación de la arquitectura natural de la columna permite una mejor estabilidad biomecánica postoperatoria y reduce el riesgo de desarrollar inestabilidad vertebral, una preocupación importante en pacientes mayores.

La técnica endoscópica también permite una más rápida rehabilitación funcional, lo que facilita que los pacientes puedan retomar su actividad diaria sin riesgo significativo de complicaciones adicionales, como la inestabilidad o la pseudoartrosis.

6. Reducción del estrés psicológico.

El proceso de recuperación de una cirugía convencional puede ser más largo y con un mayor nivel de incomodidad, lo que aumenta el estrés psicológico de los pacientes, especialmente en personas mayores que ya lidian con otros problemas de salud. La cirugía endoscópica, al ser menos invasiva y permitir una recuperación más rápida, disminuye la ansiedad y la preocupación asociadas con una recuperación prolongada. La mejora en el bienestar físico y psicológico tras la intervención tiene un impacto positivo en la calidad de vida del paciente.

Conclusión

La cirugía endoscópica de columna lumbar presenta múltiples beneficios y ventajas, especialmente en el tratamiento de la estenosis de canal lumbar en pacientes de edad avanzada. Al ser mínimamente invasiva, reduce

las complicaciones, acelera la recuperación, mejora el control del dolor y la funcionalidad, y ofrece una hospitalización más corta y costos reducidos. Estas características la convierten en una opción ideal para tratar a los pacientes geriátricos, quienes pueden experimentar una recuperación más rápida y segura, mejorando su calidad de vida y reduciendo la discapacidad relacionada con la patología.

Excelentísimos e ilustrísimos miembros de la Real Academia de Medicina de Sevilla, queridos colegas, amigos y familiares:

Al concluir este acto tan significativo para mí, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos aquellos que han creído en mí, apoyado mi carrera y han sido parte fundamental en este proceso que culmina hoy con mi ingreso en esta prestigiosa institución, en especial a mi profesor y maestro D. Fernando Sáenz López de Rueda.

A mis compañeros académicos, por su confianza y por brindarme la oportunidad de formar parte de este lugar de conocimiento y excelencia. Estoy convencido de que, en conjunto, seguiremos contribuyendo al avance de la medicina y al bienestar de nuestros pacientes, que es nuestra razón de ser.

A todas las personas que, a lo largo de mi carrera, me han ofrecido su apoyo, me han guiado con su sabiduría y me han brindado su amistad, les agradezco profundamente. Vuestra fe en mi trabajo me ha permitido llegar hasta aquí y, sin duda, será el impulso que seguiré necesitando para continuar este camino.

Y, por supuesto, a mi familia, quienes han estado a mi lado en cada paso de mi carrera. Su amor, paciencia y sacrificio han sido la base de todo lo que he logrado. Gracias por su incondicional apoyo y por estar siempre presentes en los momentos importantes de mi vida.

Este es, sin lugar a dudas, un logro compartido, y cada uno de ustedes ha tenido un papel fundamental en mi recorrido. Prometo seguir trabajando con el mismo compromiso, pasión y dedicación, sabiendo que en esta institución encontraré el mejor entorno para seguir aprendiendo y creciendo.

Muchas gracias a todos por su apoyo y por creer en mí.

PRESENTACIÓN DEL LIBRO “LA CIENCIA FÍSICA EN SEVILLA DURANTE EL SIGLO XVIII. LA REGIA SOCIEDAD HISPALENSE”

Dr. Leoncio García Barrón



Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina
Ilmos. Sres. académicos
Representaciones
Señoras y señores

Introducción

Deseo agradecer a la Real Academia, heredera de la Regia Sociedad Hispalense, el que nos acoja en este acto y que haya aceptado incluir entre sus páginas la publicación del este libro *“La ciencia física en Sevilla durante el siglo XVIII. Regia Sociedad Hispalense”*.

Expresar también mi agradecimiento al Dr. Don Antonio Acosta decano de la Facultad de Física por sus recomendaciones y por aceptar prologarlo; al

Dr. Don Antonio López Tarrida compañero de Departamento de Física Aplicada por sus sugerencias en algunas cuestiones científicas y haber servido de corrector de estilo. A la Dra. Josefa Roso, bibliotecaria en esta institución, por su colaboración.

El libro que vamos a presentar es fundamentalmente un texto sobre la historia de la ciencia. Describe el ambiente intelectual en relación con la divulgación del conocimiento y de los métodos científicos en Sevilla durante el siglo XVIII.

La Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla

El Siglo de Oro español es fundamentalmente artístico y literario, en el que la ciencia ya quedó relegada y desvinculada de la revolución científica que producirá el progreso de las modernas corrientes científicas. Hemos de reconocer que la contribución histórica española a la Ciencia durante la Edad Moderna es limitada, comparada con las importantes aportaciones de otras naciones europeas. En este sentido, encontramos una amplia relación de sevillanos ilustres -escritores, pintores, imagineros- de máxima relevancia; sin embargo, también consideramos interesante dar a conocer la labor científica desarrollada por personas e instituciones que, si bien no alcanzan categoría histórica de primer orden, han contribuido al avance y divulgación del conocimiento científico en la sociedad de su época.

En España, una de estas instituciones pioneras es la *Regia Sociedad Hispalense de Medicina y otras Ciencias*, academia sevillana fundada en 1700. El rey Felipe V se erige en protector de la institución, tomando como modelo el apoyo de Luis XIV de Francia a la Académie de París. Este amparo real amortigua los ataques de los galenistas y de la propia universidad. Por tanto, su desarrollo está inmerso y colabora en las ideas renovadoras de la Ilustración. Es frecuente incorporar en los actos institucionales dedicatorias *al Sabio y Piadoso Monarca que dichosamente nos gobierna*.

Aunque la Regia Sociedad tiene principalmente orientación médica, desarrolla también, como su nombre indica, otras ramas de la ciencia y en especial la física experimental, la química espagírica y la botánica *por ser partes fundamentales del estudio de la naturaleza y de las aplicaciones médicas*. Precisamente por el carácter fundamentalmente médico de la Regia Sociedad encontraremos repetidamente que el interés por los fenómenos físicos va acompañado de sus efectos sobre la salud y si pueden ser remedio ante las enfermedades.

En el campo de la física, su misión fue la difusión de las modernas teorías científicas y del método experimental. Realizó una importante labor de renovación y divulgación que, dentro del espíritu de la Ilustración, colaboró a la modernización intelectual durante todo el siglo.

Archivo histórico

En 1724, se propuso, y así se acordó, *ser más conveniente que los socios escribiesen los puntos sobre los que leían y se guardasen en la Sociedad y lo mismo las réplicas con sus respuestas*.

Este acuerdo es el origen del archivo histórico que nos ha permitido acceder a múltiples legajos y memorias conservados. De algunas de las disertaciones se conserva el documento completo manuscrito o impreso; en otros casos, solo queda constancia en los extractos.

En 1971, el Dr. Antonio Hermosilla publicó *Cien años de Medicina Sevillana*, un extenso y bien documentado volumen sobre la Regia Sociedad y su actividad médica en el siglo XVIII. En él también se incluyen alusiones al campo de la física. A partir de estas noticias nos propusimos conocer más ampliamente la documentación custodiada por la Real Academia de Medicina de Sevilla sobre los actos de la Regia Sociedad referidos a la física. Ello nos llevó a consultar múltiples legajos y anales académicos que contenían los manuscritos y memorias impresas con las correspondientes disertaciones. También ampliamos la búsqueda en otras bibliotecas sevillanas, aunque debemos confesar que con pobres resultados. Como consecuencia de esta investigación inicial, hace más de un cuarto de siglo, elaboramos algunos artículos y comunicaciones específicas sobre el tema. Sin embargo, estas publicaciones, diseminadas por diferentes revistas o actas de difícil acceso, solo trataban aspectos concretos y desconectados.

Tras mi jubilación decidí continuar la investigación, ampliada con nuevas búsquedas, para integrarlo en un conjunto unitario. Con ello pretendemos reunir todo el material en un solo tomo que unifique la visión conjunta de la ciencia física sevillana en el siglo XVIII. Por tanto, nos proponemos presentar una recopilación crítica, detallada y sistemática de la actividad desarrollada en el campo de la Física en Sevilla durante el siglo XVIII, agrupada por áreas de conocimiento que permita alcanzar una perspectiva global.

La actividad académica

A lo largo del año académico, la Regia Sociedad organizaba actos literarios y disertaciones en que se asignaba a los socios las distintas materias. Las intervenciones eran sometidas a debate y frecuentemente quedaba, con distinta extensión, constancia escrita. Muchos de estos legajos se han conservado hasta el presente.

Los actos, denominados literarios en la Sociedad, son de tres tipos: el examen para el ingreso de socios, la lección inaugural del curso y las disertaciones semanales. En ellos es posible detectar la relevancia de los temas físicos.

Una vez recibido el aspirante a examen se fijaban los puntos del mismo, que para los socios médicos estaba acordado que fueran físico, medico-teó-

rico y práctico, por este orden. Leído el examen, el aspirante debía responder, en sesión posterior, a las réplicas realizadas por dos socios a la inicial exposición. Estas réplicas y contrarréplicas nos permiten profundizar en las cuestiones debatidas. La aceptación del aspirante se aprobaba por mayoría de socios. En el acto solemne de recepción se incluía expresamente la defensa concepcionista de la Stma. Virgen María, reflejo del particular fervor religioso sevillano.

Aun cuando la Regia Sociedad fuera principalmente una Academia Médica, la oración inaugural del curso versaba cada año sobre un tema físico. Es muestra del interés concedido a esta materia si bien, por respeto institucional, en estas sesiones no se producían objeciones o réplicas por parte de los asistentes, habituales en otros actos científicos. Podemos deducir que, por su carácter institucional, la introducción de estas intervenciones anuales recogía el pensamiento de la Academia sobre la ciencia y, en particular, sobre la física.

Salvo alusiones a textos latinos, todos los actos se celebraban en castellano para posibilitar la mayor proyección social de las actividades, lo que ahondaba la diferencia con la universidad que mantenía como idioma académico el latín.

En la introducción de la disertación *Sobre el mecanismo con que se forma la voz* (1754), se hace alusión al decreto que esta Sociedad tiene del Sr. Inquisidor General para leer libros prohibidos, lo que les permite obtener mayor información de las corrientes científicas de Europa. Esta autorización estaba limitada a cuestiones físico-médicas. Aun así, es posible encontrar en determinados asuntos una prudente aceptación pública de las tesis eclesiásticas oficiales.

La experimentación

En el prefacio de algunas disertaciones, previa a la exposición del tema, se ofrece la posibilidad de conocer la opinión de los autores sobre los aspectos generales de la física, del método experimental y la defensa de la investigación científica.

Es destacable que además de las disertaciones periódicas se realizaban actos experimentales sobre las distintas partes de la física: balanza hidrostática, experiencia de Torricelli, prisma óptico y principal y recurrentemente en las máquinas de vacío de Boyle y de electrizar que la propia institución poseía.

La actividad desarrollada por la Regia Sociedad se funda en que la experimentación introduce la objetividad: para conocer la naturaleza es preciso observar y analizar los fenómenos naturales. Los medios tecnológicos amplían la capacidad de observación de los sentidos. Esta orientación es opuesta a las enseñanzas universitarias centradas en comentarios de filosofía natural, con menosprecio de la experimentación.

En general, el objeto científico de las experiencias es la descripción y fundamento de las cualidades observables y, en menor grado, la medición

y relación de magnitudes en detrimento, por tanto, del análisis cuantitativo propio de la investigación. Su finalidad es eminentemente divulgadora por lo que se repetían con intención didáctica, al que también acude público interesado, ajeno a la Sociedad.

BREVES COMENTARIOS SOBRE DISERTACIONES

Incluimos algunos breves comentarios, seleccionados entre algunas disertaciones presentadas en la Regia Sociedad, clasificados por materia y que nos permiten conocer el nivel científico de la época.

- ***Del vacío y los gases***

Las disertaciones y experiencias sobre los gases y el vacío se mantienen periódicamente en la Regia Sociedad a lo largo del siglo: *huvo experimentos en la machina de Boyle para ratificar el convencimiento de la pesantez y elasticidad del aire*. Es destacable el enunciado obtenido sobre el comportamiento de los gases: *es constante que la compresión y reducción a menor espacio es proporcional a la fuerza de los pesos comprimentes, y la dilatación guarda las mismas leyes*. También se explica el fundamento *del ascenso del mercurio en los barómetros*.

En 1784 se propone la compra de una nueva máquina, justificada por la labor de divulgación de la ciencia experimental.

- ***Hidrostática e hidráulica***

Una cuestión que demanda la atención de la Regia Sociedad es la naturaleza de los líquidos. Especialmente interesa la relación de un cuerpo sólido en el seno de un fluido. La disertación teórico-experimental sobre hidrostática (1761) incorpora el montaje de balanza hidrostática, con distintas experiencias, con medidas reales, en la que justifica las respectivas observaciones sobre flotación, metales amonedados, presión, etc.

Además de la divulgación y experimentación científica, la Regia Sociedad se implica en temas de utilidad social, muestra de la contribución de la ciencia al bien común; aporta una perspectiva científica ante circunstancias de la vida cotidiana. Ante los recurrentes sucesos de las inundaciones, en que la ciudad quedaba aislada en el interior de la muralla, con peligro de anegarse muchas colaciones, la Regia Sociedad expone fundamentos de hidrodinámica fluvial para la argumentar los efectos provocados y propone modos de evitarlos.

Además, se interesa por el análisis de la composición y calidad de las aguas de las fuentes que suministran a Sevilla.

- ***Sobre el movimiento***

El tratamiento no se corresponde con la clasificación de la cinemática, sino que se centra en la descripción y justificación de algunos movimientos

particulares en la naturaleza. Se plantea (1760) *Si sea cierto que en la máquina de vacío excluido el aire caiga en igual tiempo dos cuerpos desprendidos, el uno grave y el otro respectivamente leve, ¿y si es así por qué causa?* Con una exposición que actualmente conserva la calidad didáctica, o sobre el *ascenso de los graves*.

- ***Sobre la esencia de la frialdad, el calor y el fuego***

Las disertaciones relacionadas con el calor están basadas en la acción del fuego. Quizás lo más llamativo sea la consideración del fuego, propia de la época, con como un ente material cuya esencia es la movilidad que le transmite a otros cuerpos. No será hasta mediados del S. XIX cuando el calor se asocie con una manifestación de la energía.

- ***De la luz y los colores***

La naturaleza y propagación de la luz es una cuestión debatida por academias europeas a lo largo del siglo XVIII, y es motivo de reiterada explicación en la Regia Sociedad. En la controversia sobre el carácter corpuscular o ondulatorio y tras analizar distintos fenómenos y opiniones, el disertador (1756) concluye: *queda probado que la luz consiste en el movimiento vibratorio que el cuerpo lucido imprime en cierta substancia subtilísima, fluidísima y elástica y que por este se propaga*.

- ***Inicio de la electrostática***

Es destacable la aportación que supuso en Sevilla la publicación del primer libro original en español sobre fenómenos eléctricos (1752): *Phisica Electrica ó compendio en que se explican los maravillosos phenomenos de la virtud eléctrica*. Su autor, el doctor D. Benito Navarro y Abel de Veas, del claustro de Cánones, merece inscribirse entre los ilustrados sevillanos que han contribuido al avance y divulgación del conocimiento científico en la sociedad de su época. Expone la teoría:

Todo pues consiste en la afluencia y efluencia simultanea de esta materia subtilísima existente en todas partes, capaz de atraer y repeler los leves, y de inflamarse con el choque de los propios rayos que salen y entran en forma de copudos ramilletes o penachos.

Durante la segunda mitad se repiten disertaciones y actos experimentales en la máquina de electrizar de planisferio que la Sociedad posee. Evidentemente los fundamentos teóricos no son conforme a los conocimientos actuales. *La electricidad no es otra cosa, que el estado de un cuerpo que incesantemente recibe los rayos divergentes de una materia subtilísima, al mismo tiempo que por todas sus partes dexa salir rayos*. Tal vez lo más relevante quizás sea la aplicación de un método racional basado en observaciones experimentales. Así, tras indicar en disertación de 1792, *la Sociedad que por todos los medios posibles procura los verdaderos progresos en fisica y medicina...*, desarrolla un conjunto de enunciados acerca de las características de los fenómenos eléctricos.

Por la orientación médica de la Sociedad, además de las disertaciones sobre la naturaleza y propiedades de los fenómenos eléctricos y de la realización pública de distintos tipos de experimentos, incide repetidamente en la utilidad sanitaria, ya sea sobre los beneficios de los *efluvios eléctricos* sobre la salud o como remedio para enfermedades específicas.

Es curiosa la disertación sobre el magnetismo animal, teoría de moda en Europa que justificaba la curación de enfermos mediante un fluido magnético etéreo. Tras la asistencia de socios comisionados a algunas sesiones, se concluyó que todo era *sugestión o fingimiento*, por lo que el magnetismo animal solo era fantasía.

- ***Propiedades de la materia***

Entre los temas tratados sobre las propiedades de la materia se incluye el análisis de la elasticidad de los cuerpos; sobre la extensión y divisibilidad se plantea con la cuestión: *Si acaso los cuerpos materiales extensos pueden ser divididos en infinito con las fuerzas de las Artes.*

- ***De la meteorología y el clima***

En el siglo XVIII se consideraba que para ejercer la medicina es necesario *comprender la situación de los pueblos y los vientos que en ella reynan.*

La lección inaugural del curso 1772 trató de la *Atmósfera del Globo Terraqueo*. Indica métodos para calcular su elevación; expone una serie de fenómenos que tienen lugar en la atmósfera: modo probable de producirse la lluvia, rocío, arco iris, las nubes, el rayo, etc.

Es destacable que, en la respuesta al Cabildo sobre el estado sanitario de ciudad en 1786, se apoya en las condiciones meteorológicas. Aporta la valoración de la intensidad percibida (que no medida) de lluvia diaria con las condiciones de viento e incluso registros aislados de temperatura. En nuestro criterio, el interés de esta documentación es que representa la transición en España desde la climatología histórica tradicional, basada en la narración de efectos adversos de sucesos extremos, a la meteorología instrumental contemporánea de registros cotidianos.

- ***Física de la naturaleza***

Entre las referencias al sol y al sistema planetario destaca la manifestación expresa: *y siguiendo dictámenes mui superiores, considero a la Tierra situada en el centro del universo*. Desconocemos si por convencimiento o por prudente aceptación de la doctrina eclesiástica.

En disertaciones sobre el mar, como muestra de actualidad, destacamos la exposición sobre *la salsedumbre del agua marina*, en que el disertador mostró a la Sociedad los ensayos que tenía hechos sobre su dulcificación, entre los que resalta como original la producción por medio *del arte de un frio mayor para convertir el agua en yelo*.

• *De los terremotos*

A partir del catastrófico terremoto de 1 de noviembre de 1755, se generó gran preocupación social y la demanda de explicaciones racionales. Frente a interpretaciones alarmistas, la Regia Sociedad, como institución científica dedica al tema una atención preferente. Se produjeron exposiciones sobre sus posibles efectos: hacia la salud pública y sobre las circunstancias que pueden contribuir a la ruina de los edificios. En ellas se conjetura las posibles causas de su origen: *Los materiales que dentro de la Tierra se inflaman para ocasionar el sensible movimiento que experimentamos en los terremotos, puede presumirse de algunas observaciones físicas, pero no asegurarse.* Posteriormente se incluye la explicación pormenorizada de los distintos tipos de onda y sobre su forma de propagación.

CONCLUSIÓN

La contribución histórica de la Regia Sociedad puede resumirse en tres aspectos destacables en el ámbito intelectual de su época:

- Impulsa la difusión innovadora de la ciencia.
- Propugna la racionalidad científica y la utilización de procedimientos que favorezcan la salud y el bienestar general.
- Asume una función docente

Muchas de las teorías y fundamentos físicos expuestos no tienen vigencia actual, pero esto no anula su valoración. La Ciencia es dinámica que se construye, por acumulación y sustitución, a partir de conocimientos previos. Se destaca, por tanto, la conexión histórica desde las antiguas disertaciones y experiencias descritas hasta el conocimiento y estilo de vida actual por la labor posterior de múltiples investigadores a lo largo de siglos.

En nuestro criterio, en el campo de la Física, por encima de contenidos concretos, la misión principal de la Regia Sociedad fue:

- Remover el inmovilismo doctrinal
- Generar interés por el conocimiento experimental.

El cuerpo de la presente publicación atestigua que la Regia Sociedad, a lo largo del siglo XVIII, es pionera y una de las más destacadas instituciones españolas dedicadas a la difusión del saber científico y su repercusión en beneficio público.

Con este libro pretendemos aportar un nuevo enfoque de la contribución sevillana, y por extensión española, a la divulgación de la Física durante el siglo XVIII, hasta ahora insuficientemente estudiada. Por tanto, consideramos que la publicación de la presente obra cubre un vacío en la historia científica y cultural de la ciudad de Sevilla.

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (II)

DÍA 9 DE MAYO

Dr. Javier Valdés Hernández, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. José Cantillana Martínez

Dra. María del Carmen Machuca Portillo, presentada por el Ilmo. Sr. Dr. Hugo Galera Ruiz



*Dr. Cantillana, Dr. Valdés, Dr. Valdés Hernández, Dr. Infantes, Dra. Machuca,
Dr. Gutiérrez y Dr. Galera*

“UN GRAN SALTO ADELANTE. EL VIAJE DEL TAMIS DESDE LA EXTIRPACIÓN DE TUMORACIONES RECTALES A LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA COLORRECTAL”

Dr. Javier Valdés Hernández

Presentación y Antecedentes del TAMIS:

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina, Excmos. e Ilmos. Sres. académicos, familiares, compañeros, amigos, señoras y señores:

Es un gran honor para mí poder estar hoy aquí con motivo de mi nombramiento como académico correspondiente de esta institución, el honor además es con doble motivo, por supuesto es un gran reconocimiento como médico y cirujano el haber sido propuesto y elegido para poder entrar a formar parte de ella, pero además, como muchos de ustedes saben, me da la oportunidad de poder compartir esta pertenencia con mi padre, el Prof. Benito Valdés Castrillón, Académico de Número de esta institución, lo cual para mí es un gran orgullo.

Lo que probablemente muchos de ustedes no saben, es que mi padre, pese a no ser médico, fue nombrado académico numerario en el año 1992, lo que le convierte en uno de los miembros más antiguos de esta Real Academia.

El título de mi presentación es “Un gran salto adelante” El viaje del TAMIS desde la extirpación de tumoraciones rectales a la prevención de complicaciones en Cirugía Colorrectal, por lo que lo primero será, para los presentes en la sala que no estén familiarizados con esta técnica, explicar en qué consiste.

TAMIS responde al acrónimo de “Transanal Minimally Invasive Surgery” (Cirugía transanal mínimamente invasiva en castellano).

El haber querido utilizar la expresión “Un gran salto adelante”, se debe a que fue ésta misma con la que el equipo de cirujanos que describió esta técnica (Dr. Larach, Albert y Dr. Atallah, de Orlando, Florida, USA) utilizó en el título del artículo con el que dieron a conocer el TAMIS en la Revista Surgical Endoscopy en el año 2010. Ya entonces ellos entendieron que este nuevo abordaje iba a suponer un cambio de paradigma en cómo abordar determinadas lesiones que se localizan en el recto.

Hasta este momento el tratamiento de las neoplasias de recto se basaba en el diagnóstico y tratamiento mediante resección por vía endoscópica (colonoscopia, rectoscopia) principalmente en caso de lesiones benignas e

Transanal minimally invasive surgery: a giant leap forward

Sam Atallah · Matthew Albert · Sergio Larach



incluso lesiones malignas en estadio temprano. Pero cuando estas lesiones no eran abordables por vía endoscópica, eran enviadas para su resección quirúrgica, suponiendo un gran reto para los cirujanos, pues la localización en el recto hace realmente complejo su tratamiento, siendo una zona difícil para abordar por vía abdominal, quedando como alternativa el abordaje transanal puro (limitado a la parte inferior del canal anal, existiendo el riesgo de no poder acceder a localizaciones más proximales del recto, o bien de obtener una pieza de resección no óptima o fragmentada) o en algunos casos, tener que realizar una resección mayor por vía abdominal, con el riesgo de presentar complicaciones mayores, como la dehiscencia anastomótica, sangrado, dolor etc., la necesidad de realizar estomas tanto permanentes como temporales o la posibilidad de sufrir un importante menoscabo de la calidad de vida por alteraciones funcionales, sexuales, incontinencia fecal o urinaria.

El avance constante de la cirugía desde que en 1991 se publicara la primera colectomía por laparoscopia nos ha permitido ir implementado nuevas vías de abordaje para intentar minimizar el trauma quirúrgico y anestésico para nuestros pacientes, y de esta manera conseguir mantener o mejorar los resultados oncológicos y funcionales, añadiendo además, las ventajas del abordaje mínimamente invasivo.

Así también apareció el abordaje laparoscópico a través de Puerto Único, tratando de reducir aún más los puertos y el posible trauma de la laparoscopia, realizando la cirugía a través de un solo puerto insertado habitualmente a través del ombligo. Pese a un inicio prometedor, este abordaje a través de Puerto Único no ha terminado de implantarse como alternativa habitual de tratamiento, sobre todo debido a dificultades técnicas, pero sí ha servido como base para poder trasladar esas ventajas del abordaje unipuerto, esta vez a través de un orificio natural, en este caso a través del ano.



Previo a la aparición del TAMIS, existía (y sigue existiendo aunque cada vez de manera más residual) otra vía de abordaje quirúrgica transanal, el TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) que permitía acceder a localizaciones más altas en el recto, pero esta vía de abordaje requiere un material específico, aparatoso y costoso, además de una no desdeñable curva de aprendizaje.

Lo que el equipo de cirujanos de Orlando aportó al desarrollar el TAMIS, fue permitir una vía para tratar a nuestros pacientes mediante la utilización de material convencional de laparoscopia y puerto único, presentes en prácticamente todos los centros, posibilitando un acceso mayor y más sencillo tanto en cirugía programada como urgente, requiriendo únicamente tener experiencia previa en cirugía laparoscópica avanzada y cirugía colorrectal.

En su primera publicación, con su experiencia inicial en 6 pacientes, describen la técnica como sencilla, más rápida que las alternativas previas, y un menor coste, con la posibilidad de convertirse en la técnica de elección en el tratamiento de lesiones rectales, tanto benignas como malignas en estadios iniciales, que no sean resecables por vía endoscópica.

Tuve la fortuna de poder conocer el desarrollo de esta técnica desde su inicio, como explicaré a continuación, y claramente esto ha marcado de forma definitiva mi posterior desarrollo profesional.

Experiencia Personal y de la Unidad de Cirugía Colorrectal con el abordaje TAMIS:

Tuve la gran fortuna de formarme como cirujano en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HUV Macarena de Sevilla, siendo durante este periodo Jefe de Servicio el Prof. Cantillana Martínez.

Este fue un periodo muy provechoso para mí, pues fui testigo de la implantación de la cirugía laparoscópica como una vía de abordaje en el arsenal terapéutico de los cirujanos, pero también pude formarme en cirugía abierta convencional, a diferencia de los residentes que formamos hoy día, que adquieren una experiencia menor en la cirugía clásica laparotómica.

Además, en aquel periodo, era uno de los adjuntos del servicio el Prof. Salvador Morales Conde, hoy mi jefe de servicio, pionero en la implementación de la cirugía laparoscópica en España, y con el que pude coincidir tanto en el hospital como en la actividad privada (Aunque poco después se trasladaría al HUV del Rocío).

De esta manera, surgió la posibilidad de realizar una rotación externa durante unos meses, en la transición de mi cuarto a quinto año de residencia. A través del Dr. Morales pude contactar con el Dr. Sergio W. Larach, cirujano de origen chileno, que trabajaba en Florida, y es uno de los pioneros en la cirugía laparoscópica colorrectal.

De esta manera pude hacer una rotación en el equipo que describió el TAMIS que ya eran expertos en el abordaje laparoscópico y por puerto único de la patología colorrectal.

En el año 2010 pasé a formar parte de la Unidad de Cirugía Colorrectal del HUV Macarena.

Poco después, en Febrero de 2011, durante uno de los cursos de cirugía mínimamente invasiva que organiza el Prof. Morales (y que llevan realizándose desde hace 30 años, de los que esta Real Academia es testigo, pues clásicamente la sesión del Jueves por la tarde se realiza en esta misma sala), tuvimos la oportunidad de tener en Sevilla al Dr. Larach, que realizó una cirugía TAMIS en directo.



*Florida Hospital. Dr. Valdés-
Dr. Larach-Dr. Sia*

Poco tiempo después, en Julio de 2011, tuve la oportunidad y suerte de ayudar al Dr. Morales a la que probablemente fuera una de las primeras cirugías TAMIS realizados en España, y pocos meses después, realizamos la primera resección por TAMIS en la Unidad de Cirugía Colorrectal del HUV Macarena, iniciándose de esta manera mi experiencia personal en esta vía de abordaje, instaurándose como tratamiento en la resección de lesiones rectales benignas y malignas en estadio inicial.

Así, en la Unidad de Cirugía Colorrectal del HUV Macarena hemos intervenido hasta el momento a más de 200 pacientes, de forma programada y urgente, tanto de nuestra área, como remitidos desde otros centros.

Por tanto, mi experiencia como cirujano colorrectal ha ido de la mano, en muchas ocasiones, al desarrollo e implementación del TAMIS como vía de abordaje, pero precisamente este desarrollo también me ha permitido, junto con los compañeros de la unidad, aportar nuestra experiencia y desarrollo de esta técnica en otras indicaciones y localizaciones, como veremos a continuación.

Nuevas aportaciones en el abordaje TAMIS. Expandiendo indicaciones y tratamiento de complicaciones.

La experiencia acumulada en la unidad, así como los diferentes avances técnicos, nos han permitido ir expandiendo las indicaciones del TAMIS, pudiendo de esta manera contribuir a difundir nuestra experiencia y estas nuevas aplicaciones, mediante las ponencias, comunicaciones a congresos y la publicación de nuestras aportaciones en revistas de alto impacto, en las que hemos descrito, en muchos casos, una experiencia pionera.

De esta manera en el año 2017, publicamos en la revista Cirugía Andaluza (Revista oficial de la Asociación Andaluza de Cirujanos) nuestra experiencia inicial en el abordaje de lesiones complejas que asientan en localizaciones más altas del recto e incluso en la unión recto-sigmoidea (transición

del colon sigmoidees al recto) mediante el abordaje combinado mínimamente invasivo transanal y el abordaje laparoscópico abdominal, permitiendo de esta manera prevenir y minimizar las consecuencias de una perforación libre a cavidad abdominal a dicho nivel. (*Expandiendo los límites del abordaje transanal mínimamente invasivo (TAMIS). Exéresis de gran pólipo colorectal por encima de la unión rectosigmoidea mediante abordaje mixto laparoscopia/TAMIS. Valdés-Hernández J et al.*).

Avanzando incluso más en cuanto a la posibilidad de llegar mediante esta vía de abordaje a poder extirpar lesiones más altas, incluso en el colon sigmoidees, en el año 2019 pudimos publicar en la revista *Techniques in Coloproctology* (uno de los referentes más importantes de nuestra especialidad) nuestra experiencia en la extirpación de lesiones colónicas no resecables con endoscopia, describiendo la utilización de la endograpadora (material utilizado en cirugía laparoscópica abdominal) como la posible solución para evitar perforaciones y permitir la extirpación de lesiones a este nivel. (*TAMIS resection of a large colonic polyp 20 cm from the anal verge: could endostapling be the solution to peritoneal entry? Valdés-Hernández J et al.*)

Pero el abordaje TAMIS permite abordar otra serie de indicaciones, no solo limitada a la extirpación de lesiones rectales o colónicas, sino que abre la posibilidad de tratar diversas complicaciones que pueden acontecer tras una cirugía colorrectal y más que desarrollaré a continuación.

Una de estas complicaciones es la estenosis rectal, que puede presentarse tras una infección o sepsis perineal o tras la realización de una anastomosis rectal entre otras.

En el año 2018, publicamos en *Techniques in Coloproctology*, nuestra experiencia en el abordaje transanal de la estenosis rectal. De esta manera describimos la posibilidad de realizar una quelotomía o sección de la estenosis añadiendo la dilatación del recto como posibilidad de tratamiento de la estenosis rectal cuando ésta no es tratable por vía endoscópica. (*TAMIS repair of a rectal stenosis not treatable by endoscopy. Valdés-Hernández J et al.*)

Otra indicación es la extracción de cuerpos extraños y en 2021, en colaboración con el servicio de digestivo-endoscopia, publicamos en la revista *Endoscopy* el abordaje TAMIS para la extirpación de cuerpos extraños en el recto, en este caso por un dispositivo endoscópico que quedó incluido en la pared rectal, añadiendo en este caso la elevación de la lesión mediante inyección previa de solución salina para minimizar la posible perforación a este nivel. (*Transanal minimally invasive surgery after incomplete resection of a rectal polyp using a full-thickness resection device. Valdés-Hernández et al.*)

El TAMIS en la prevención de complicaciones en Cirugía Colorrectal.

No obstante, y pese a la posibilidad que nos brinda esta vía de abordaje como posible vehículo para tratar complicaciones a este nivel, la mejor manera de tratar una posible complicación es prevenir que ésta llegue a acontecer.

Sin duda, una de las complicaciones más temidas en Cirugía Colorrectal es la dehiscencia de sutura. Este fallo de la sutura colorrectal puede llegar a ocurrir en un porcentaje nada desdeñable de pacientes, entre un 5 y un 20 % según las series, y lleva consigo una importante morbilidad añadida, llegando incluso a producir el exitus del paciente, la posible necesidad de realizar una colostomía definitiva y aunque menos importante, pero no por ello debemos obviarlo, un importante aumento en el gasto sanitario.



Una manera de intentar evitar la aparición de una dehiscencia de sutura, es comprobar dicha sutura tras su realización intraoperatoriamente, es decir, en el mismo acto operatorio. Para ello existen diversas alternativas, ya sea la comprobación con aire o colorantes tipo azul de metileno para ver la posible fuga a través de la sutura, o bien mediante otros procedimientos como puede ser la rectoscopia intraoperatoria.

Pese a que una comprobación correcta de la integridad de la sutura no asegura que el paciente no vaya a presentar una dehiscencia en el postoperatorio, parece claro que la anastomosis se debe comprobar, pues está claramente descrito en la literatura que la mayor tasa de dehiscencia de anastomosis ocurre cuando dicha anastomosis no se comprueba.

Una vez que se comprueba la anastomosis, en caso de detectar un fallo, debemos actuar para evitar que haya una complicación en el postoperatorio, y de ser posible, puede rehacerse la anastomosis, comprobando de nuevo la integridad de la misma.

En otras ocasiones, no es posible rehacer la anastomosis y entonces se puede intentar reparar mediante la aplicación de puntos de sutura, ya sea por vía abdominal si la anastomosis es lo suficientemente alta, o bien mediante sutura directa por vía transanal si está cerca del margen anal.

Pero en ocasiones, ya sea por las características del paciente, o por la altura de la anastomosis, puede ser casi imposible realizar una reparación o una reanastomosis. En este supuesto, se genera un importante problema, pues el paciente puede terminar con la necesidad de realizar un estoma definitivo o temporal.

En el año 2022, describimos en la revista *Techniques in Coloproctology*, la que probablemente sea la aportación más importante que hemos realizado hasta la fecha, nuestra experiencia inicial en el abordaje TAMIS para el tratamiento de las fugas de sutura diagnosticadas en el intraoperatorio, con unos resultados prometedores, en estos precisos supuestos en los que la realización de una nueva anastomosis o la reparación de la misma mediante abordaje convencional no son opciones viables.

Así, en caso detectar una fuga intraoperatoria, se puede realizar un abordaje transanal mínimamente invasivo para poder asegurar la viabilidad de la

sutura y realizar una reparación directa, permitiendo mantener la anastomosis y evitar la aparición de complicaciones en el postoperatorio, lo que tiene un impacto directo en disminuir la morbilidad de nuestros pacientes así como mejorar su calidad de vida (*Initial experience with intraoperative testing and repair of colorectal anastomosis using a TAMIS approach after a positive leak test. Valdes-Hernandez et al.*)

Conclusiones:



El TAMIS ha supuesto un cambio de paradigma en el abordaje de las lesiones rectales pudiendo ser considerada una técnica quirúrgica de elección.

La constante evolución técnica ha permitido que esta vía de abordaje pueda ser útil en infinidad de aplicaciones, incluso para el tratamiento y la prevención de complicaciones en cirugía colorrectal.

En mi caso, el haber podido asistir prácticamente desde el inicio a la implantación del TAMIS, ha marcado claramente mi desarrollo profesional, y me ha permitido seguir evolucionando como cirujano, pudiendo además contribuir con mi experiencia y la de mis compañeros de unidad, en la descripción de nuevas indicaciones de esta técnica.

Es fundamental comunicar y publicar nuevas aportaciones, así como apostar por un abordaje multidisciplinar para poder avanzar y ofrecer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible.

Agradecimientos:

Gracias a la Real Academia de Medicina de Sevilla por su presentación y aceptación como miembro de esta institución, así como a todos los que han contribuido a que pueda estar hoy aquí, pronunciando este discurso de entrada como Académico Correspondiente de esta Real Academia.

Gracias a mi familia, en especial a mis padres y a mis hermanos, por haberme apoyado en todo momento y por haber avivado siempre en mí la llama de la mejora a través del esfuerzo.

Gracias a mi esposa Carmen Coca por apoyarme y acompañarme siempre y a mis hijos Darío y Vera.

Y muchas gracias a mis compañeros, sobre todo a los miembros de la Unidad de Cirugía Colorrectal del HUV Macarena, por incentivarme y ayudarme cada día.

Sin ellos, yo no estaría aquí hoy.

“LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA INFANCIA. IMPACTO EN POBLACIONES DESFAVORECIDAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD. VÍAS DE COOPERACIÓN”

Dra. María del Carmen Machuca Portillo

Excmo. Sr. presidente

Excmas. e Ilmas. autoridades y representaciones

Excmos. e Ilmos. Sres. académicos de número

Sras. y Sres. académicos correspondientes

Sras. y Sres.

Es para mí un honor haber sido elegida para ingresar en esta prestigiosa Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, la más antigua de Europa con 331 años de historia.

Deseo que las primeras palabras sean de agradecimiento a los ilustrísimos señores doctores D. Jesús Loscertales Abril, D. Ricardo González Cámpera y D. Hugo Galera Ruiz, por depositar su confianza al presentar mi candidatura como académica correspondiente al pleno, así como al resto de académicos de número de la Corporación por aceptar la propuesta.

En este día tan especial, no está ausente mi padre Guillermo Machuca Giménez, médico y cardiólogo, que, con su ejemplo, transmitió la vocación por la Medicina y los valores necesarios en el ejercicio de mi profesión, especialmente recuerdo cómo lo querían sus pacientes y que tan humano era el trato que les dispensaba.

Pero si a alguien le debo hasta de callarme, esa es mi madre, Carmen Portillo del Valle, mujer fuerte e inteligente, que con su dedicación, comprensión y generosidad ha facilitado que poco a poco pudiese ir cumpliendo todos mis sueños. Mama, tú orientación e incondicional apoyo posibilitaron que viajase a Puerto Rico en el año mil novecientos noventa y uno (1991), cuando era poco frecuente que una chica joven de Sevilla ni siquiera lo pensase. Siempre has sabido orientarme en lo bueno y en lo malo transmitiéndome la tranquilidad y sensatez necesaria en cada momento.

Canta en castellano Juan Manuel Serrat, “*caminante no hay camino se hace camino al andar*”, y en este andar he tenido la fortuna de coincidir con buenos maestros, compañeros y amigos, a todos los cuales expreso también mi agradecimiento.

Un párrafo aparte es preciso dedicar al profesor Hugo Galera Davidson, numerario que fue de la Real Academia de Medicina de Sevilla y a la que se entregó con especial dedicación durante su última etapa como presidente. Su trayectoria vital es de todos ampliamente conocida, siendo difícil destacar alguna faceta sobre otra. Hoy deseo recordarlo a él también, pues con su guía y sabios consejos ha sido un referente para mí.

Por último, unas líneas de agradecimiento al profesor Alván Vélez Colón, catedrático de la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Puerto Rico, discípulo del profesor Album, fundador de la Academia Americana de Odontología para pacientes especiales, que con su maestría despertó en mí el interés por la Odontopediatría.

Salud del latín *salus*, término cuya raíz proviene del adjetivo latino *salvus*, que significa entero e intacto, es una condición fundamental para el desarrollo y vida de los seres humanos. En su definición más sencilla, se puede entender como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedad o afecciones físicas. **Gozar de buena salud** debería ser un objetivo por alcanzar individual y como vivimos en sociedad, también colectivamente.

Existen cuatro factores que determinan el estado de salud, la biología humana, el ambiente, la forma de vida y la organización de los cuidados de salud. Por consiguiente, la salud no solo depende del conocimiento científico y la práctica de la medicina sino también del esfuerzo individual y colectivo en desarrollar hábitos saludables, como el ejercicio físico, alimentación, gestión del estrés, prevención del consumo de tóxicos, como el tabaco o alcohol, etcétera.

Según UNICEF la salud es un derecho de la infancia que se debe procurar y la educación en salud la herramienta clave para conseguirlo. También según UNICEF los centros educativos deberían tener un papel crucial, tanto en la transmisión de conocimientos como en la promoción de hábitos saludables.

La educación en salud faculta al individuo y le permite tomar conciencia de lo que representaría tenerla o prescindir de ella, para poder así actuar en consecuencia mediante el desarrollo de actitudes responsables como modificar hábitos y estilo de vida. Este tipo de enseñanza debería impartirse como asignatura obligatoria desde la educación primaria, por no hablar de otros aspectos tan básicos de la formación como son la Educación Financiera o el conocimiento de la persona y su realidad desde una aproximación a la Filosofía más práctica, ambos también directamente relacionados con el *salvus*.

Si trasladamos lo expuesto a la salud bucodental, nos estaríamos refiriendo a mantener a salvo o *salvus* la boca, dientes y estructuras bucofaciales para que estas pudiesen realizar adecuadamente funciones tan básicas, como

masticar, sonreír y hablar. La salud bucodental afecta a dimensiones psicosociales, como la confianza en uno mismo, la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad o vergüenza, siendo un indicador clave del bienestar y calidad de vida en general.

Las afecciones bucodentales se encuentran entre las enfermedades no transmisibles más extendidas del planeta afectando a unos tres mil quinientos millones de personas. **La casuística aumenta en países con producto interior bruto más bajo, en estratos de población desfavorecida y en pacientes discapacitados.**

Entre los procesos bucodentales que afectan la salud se encuentran el dolor bucodental o facial crónico, el cáncer, las infecciones, la enfermedad periodontal, la caries y sus complicaciones, la pérdida dentaria, la noma, los traumatismos y malformaciones como la fisura labio-palatina. Estos procesos se relacionan con diversos factores de riesgo modificables, como la ingesta de azúcar, el consumo de tabaco y alcohol y la higiene deficiente. **La Academia Americana de Odontología Pediátrica** reconoce como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, dependen de aspectos personales, sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud bucodental de los niños.

Según el estudio que sobre la salud mundial se realizó en dos mil diecinueve, de entre todos los problemas de salud, la caries dental no tratada en dientes permanentes es el trastorno más frecuente. La prevalencia de la caries en niños varía dependiendo de los ingresos de la unidad familiar, así en familias con más ingresos es del veintitrés por ciento frente al cuarenta y tres por ciento en familias desfavorecidas. Igualmente, los niños nacidos en España tienen muchos menos problemas que quienes nacen en países del tercer mundo que tienen dos con cinco veces más caries. **Son los niños pobres y de etnia en minoría aquellos que mayor riesgo de padecer caries presentan.**

John Fitzgerald Kennedy, el expresidente de los Estados Unidos de América, dijo en cierta ocasión que “si una sociedad libre no puede ayudar a sus muchos pobres, tampoco podrá salvar a sus pocos ricos”. La salud en general y bucodental no es ajena a las diferencias socioeconómicas.

Aproximadamente el quince por ciento de la población mundial muestra algún grado de discapacidad. En España hay más de cuatro millones de personas con discapacidad, de las que aproximadamente tres cuartas partes tienen dificultad para realizar actividades básicas y la mitad no pueden realizarlas ni siquiera de manera autónoma.

Un paciente con discapacidad es aquel que presenta limitaciones físicas, psíquicas o del comportamiento que le impiden llevar su vida con normalidad y por consiguiente dependen de otras personas para poder hacerlo. En este contexto, los niños con mayores dificultades son los que padecen

parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, hidrocefalia, espina bífida, tetraplejia, epilepsia y otros trastornos discapacitantes como los auditivos, visuales, sistémicos y mentales. Así los que sufren parálisis cerebral carecen de las habilidades motrices necesarias para realizar un correcto cepillado dental. Por otro lado, los que padecen patologías sistémicas suelen acudir con frecuencia al médico o requerir ingresos hospitalarios, lo que hace que terminen por desarrollar miedo ante próximas visitas y que no cooperan en los tratamientos. **Dos terceras partes de las personas discapacitadas no reciben atención bucodental, a pesar de ser este el grupo de pacientes más expuestos a desarrollar patologías.**

Mi interés por los pacientes niños discapacitados nace en el año mil novecientos noventa y uno (1991) durante una estancia en el Hospital Pediátrico del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de San Juan en Puerto Rico, y se reafirma a partir de una colaboración que inicié con el Dr. José Gabriel Ponce Ruíz en el Hospital Universitario Virgen Macarena, en la que nos centramos en la rehabilitación ortodóncica de estos pacientes.

Es responsabilidad del profesor universitario clínico formar a futuros profesionales en conocimientos, habilidades y actitudes clínicas específicas conectadas con la realidad sanitaria y social, así como también en otras competencias que hoy en día vienen reflejadas en los currículos de las carreras como transversales. En determinados países latinoamericanos para culminar la formación en Medicina se ha de realizar un año adicional en el que el futuro egresado presta servicios médicos a la comunidad en áreas marginales. Esta metodología permite adquirir experiencia clínica a la par que desarrollar habilidades como la empatía o solidaridad.

Estos aspectos inherentes a cualquier profesión con vocación de servicio como es la nuestra, he procurado tenerlos siempre presente lo que ha facilitado que haya tenido la fortuna de participar en varios proyectos de cooperación. **Sirva de ejemplo el proyecto “Ayúdalos a construir una sonrisa”** que les presentare a continuación.

Se trata de una acción benéfica de salud llevada a cabo ininterrumpidamente entre los años 2006 y 2019, e impulsada por la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla en colaboración conjunta con el Arzobispado y la Confederación Santos Cirilo y Metodio, en representación de diecisiete Hermandades y Cofradías, y seis Asociaciones de Sevilla. Los destinatarios han sido niños bielorrusos procedentes de zonas afectadas por el accidente de la central nuclear de Chernóbil de 1986. A pesar del excelente grado de aceptación por todas las partes, lamentablemente primero la crisis sanitaria mundial de dos mil veinte y después la guerra de Ucrania hicieron que nuestra colaboración terminase.

Mi reconocimiento al profesor José Luis Gutiérrez Pérez, quien nos acompaña hoy como decano de la Facultad de Odontología por confiar en mis capacidades y facilitar la labor. No ha sido fácil, aun-

que siguiendo los preceptos de la filosofía estoica, las dificultades pronto se convirtieron en oportunidades para mejorar y lograr **sonrisas libres de caries**.

La Confederación, Hermandades y Asociaciones fueron las encargadas de proporcionar los antecedentes clínicos de los menores y autorizaciones de padres y tutores legales, así como de organizar el desplazamiento, la estancia en familias de acogidas y de facilitar monitores y traductores.

La Facultad de Odontología prestó sus instalaciones y recursos humanos y el material necesario. Han sido muchos los compañeros odontólogos, profesores y otro personal de administración y servicios los que se han implicado con entusiasmo por lo que sería difícil nombrarlos a todos y correría el riesgo de olvidarme de alguien. Sin su desinteresada y generosa ayuda nada de esto hubiese sido posible.

La atención odontológica prestada consistió en una primera visita de evaluación y un número variable de visitas sucesivas según el caso. Durante la visita de evaluación se realizaba una exploración oral completa, las pruebas complementarias y se establecía el diagnóstico facilitándose las instrucciones necesarias para una adecuada higiene oral.

Se atendieron aproximadamente dos mil cuatrocientos niños (2.400), de los cuales el noventa por ciento (90%) con caries, en un rango de entre una y once, con una media de cuatro caries por niño. La mayoría de los niños necesitaron varias visitas hasta completar el tratamiento con una media de visitas de entre dos y tres por niño.

Sorprende cómo fueron pocos los niños que habían recibido algún tipo de tratamiento en su país realizando la mayoría de ellos su primera visita al odontólogo con nosotros, y es que este tipo de asistencia no suele estar incluida en la cobertura sanitaria universal por ser costosa y porque la mayoría de los países de ingresos bajos y medios no disponen de suficientes servicios de prevención y tratamiento. Consciente de ello, en dos mil veintidós, la Organización Mundial de la Salud decide implantar una estrategia con el fin de alcanzar la cobertura sanitaria bucodental universal en el año dos mil treinta.

Termino agradeciéndoles a todos ustedes la asistencia y me despido parafraseando a **Ludwig Wittgenstein**, uno de los filósofos más importantes del siglo veinte, que en un escrito a su editor **Von Ficker** con motivo de la publicación de su obra **Tractatus Lógico-Philosophicus**, le decía “*mi trabajo consta de dos partes: la que aquí aparece y todo aquello que no he escrito, siendo esta última la verdaderamente importante*”.

He dicho

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (III)

DÍA 26 DE SEPTIEMBRE

Dr. Antonio Cortés Moreno, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Felipe Martínez Alcalá

Dr. José María Domínguez Roldán, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Jaime Boceta Osuna

Dr. Miguel Ángel Colmenero Camacho, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra



*Dr. Cortés, Dr. Martínez, Dr. Infantes, Dr. Muniáin, Dr. Colmenero, Dr. Boceta
y Dr. Domínguez*

“FUSIÓN VERTEBRAL POSTERIOR EN LAS ESCOLIOSIS Y ESPONDILOLISTESIS. UN APRENDIZAJE”

Dr. Antonio Cortés Moreno

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos de número
Dignísimas autoridades y representaciones
Sres. académicos correspondientes
Señoras y señores.

Buenas tardes a todos. Hoy quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible este momento tan significativo para mí. En especial, a mis queridos y admirados valedores de mi entrada en esta institución. El Dr. D. Carlos Infantes Alcón, el Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño y el Dr. D. Felipe Martínez Alcalá.

También quiero dar las gracias a todos los académicos numerarios que han aceptado mi ingreso. Felipe, tu apoyo constante y tus cariñosas palabras en mi recepción, son una muestra del valor que das a mi trayectoria profesional que te agradezco de todo corazón.

Desde este momento me comprometo a colaborar activamente con esta casa que me acoge. Es un verdadero placer dirigirme a ustedes desde este estrado. Soy un cirujano ortopédico que se dedica a la cirugía vertebral.

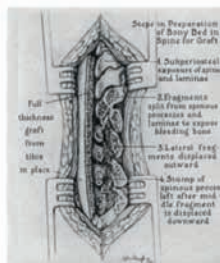
La fusión vertebral posterior, por su eficacia demostrada, sigue siendo la alternativa quirúrgica indicada en las graves escoliosis del adolescente y en las espondilolistesis severas.

Haré un breve y esquemático recorrido histórico de los hitos de su evolución. Un aprendizaje continuo para mí.

PRIMERA FUSIÓN VERTEBRAL. DETENER LA PROGRESIÓN.



Hilde RA. An operation for progressive spinal deformities. New York: Med J. 1911; 93: 1013-1016.

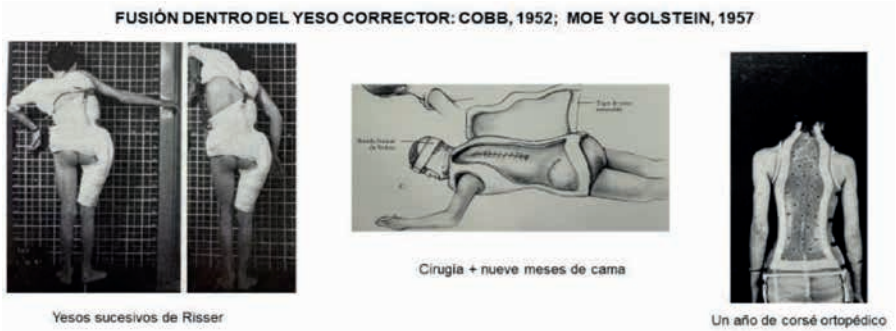


El Dr. Russell Hibbs de N. Y., hace 125 años, realiza la primera fusión vertebral. Con ella pretendía detener la evolución natural de las deformidades vertebrales progresivas, incapacitantes y a veces incluso mortales. Lo publica en 1911.

La fusión vertebral es el procedimiento quirúrgico que consigue la unión ósea definitiva de varias vértebras móviles.

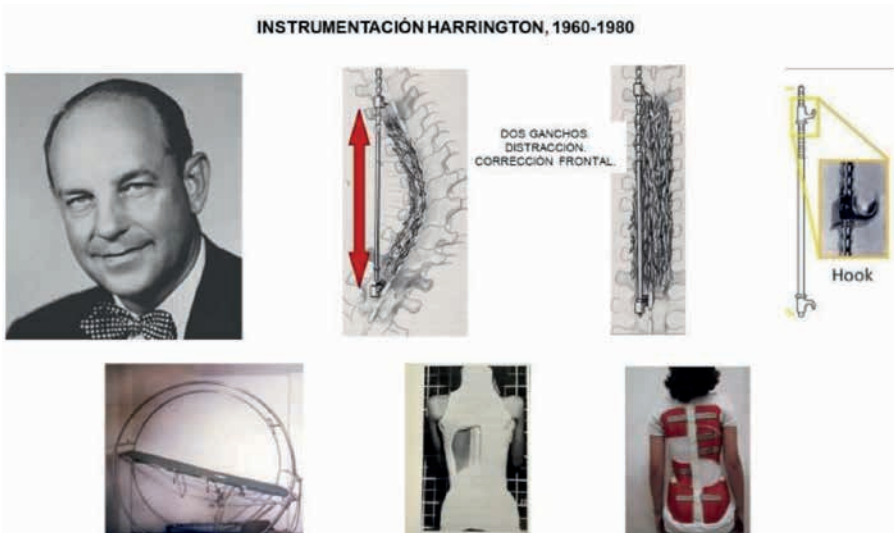
La técnica que realizó Hibbs es similar a la que se utiliza hoy día. En lenguaje coloquial, es tallar las vértebras hasta su sangrado y aplicar injerto óseo.

Después, hay que inmovilizar las vértebras hasta que se produzca la soldadura. En aquella época sólo se podía conseguir mediante un largo periodo de reposo en cama y corsé. No pretendía corregir la deformidad, solo detenerla.



En los años 50 se practican las primeras cirugías correctoras de la deformidad. Cobb, Moe y Golstein utilizan los sucesivos yesos correctores de Risser. Estos que están viendo. Al último yeso se le abría una ventana dorsal y a través de ella se operaba al paciente, realizando la fusión.

Después, había que estar 9 meses en cama con el corsé de yeso y otro año más con corsé ortopédico.



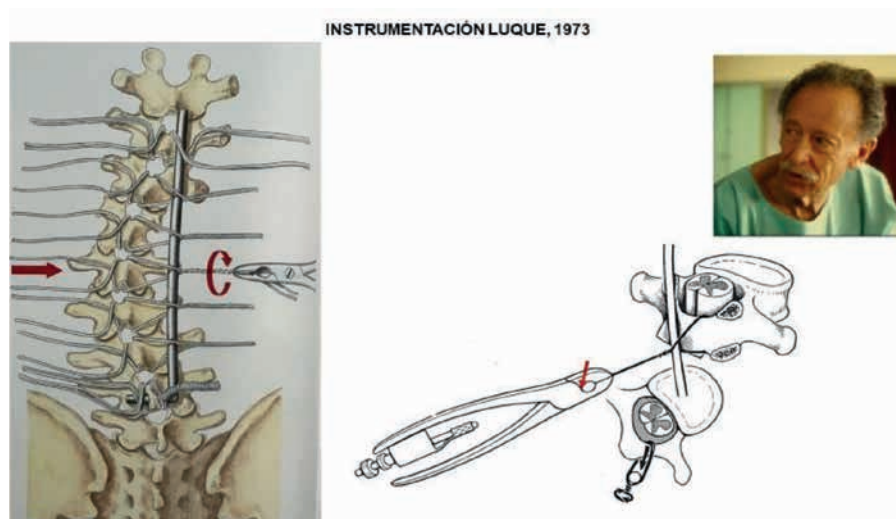
En el año 1960, Paul Harrington desarrolla una instrumentación correctora que revolucionó la cirugía de las escoliosis. Utilizó un sistema a base de 1 barra con 2 ganchos en los extremos que, al deslizarse, estiraban la columna. A esto se añade la técnica de fusión que ya se venía practicando. El postoperatorio, aunque más corto, seguía siendo muy duro. Meses de reposo en cama. Esta era la cama circoeléctrica que se utilizaba. Después, había que añadirle 4 meses de corsé de yeso y 9 meses más de corsé ortopédico.

Este procedimiento, con algunas de sus modificaciones, ha sido el *Gold Standard* de la cirugía de las deformidades hasta los años 80. En Estados Unidos, se han implantado más de un millón de barras de Harrington.

Tenía sus complicaciones. Solo corregía el plano frontal. Empeoraba el plano lateral, provocando el síndrome de la espalda plana. Sin embargo, por primera vez existía un método reproducible para obtener y mantener la máxima corrección de la deformidad.

Esto era lo que se hacía en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla cuando yo era médico residente. Sigo recordando con admiración y cariño, al jefe del Servicio de Traumatología, el Dr. Francisco Aguilar Cortés, eminencia de la cirugía de cadera, si bien no operaba la columna, me ayudó siempre, hasta después de jubilarse.

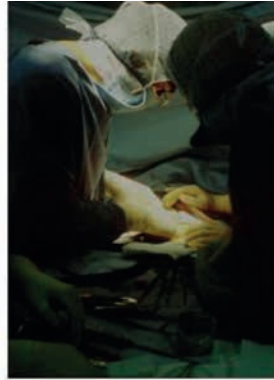
Mi decisión de ser traumatólogo fue antes. Se la debo al Dr. Manuel Rull González, pionero en Sevilla de la técnica de Harrington. Del que tanto aprendí. Siempre le estaré agradecido.



Al mismo tiempo, Eduardo Luque, en el año 73, en Méjico, crea un nuevo sistema. Utiliza unos alambres que traccionan de todas las vértebras hasta sujetarlas a unas varillas de acero. La fijación de todos los segmentos que se van a fusionar y la corrección por traslación, ha sido su importante aportación.



PROF. JACQUES SÈNÈGAS



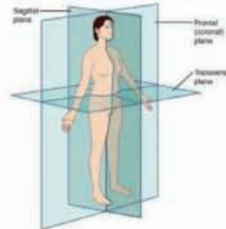
CON EL PROF. SÈNÈGAS, 1986

Esta técnica, ya mejorada, la aprendí del Prof. Jacques Sènègas en el Hospital Universitario de Burdeos.

INSTRUMENTACION DE COTREL Y DUBOUSSET. CD, 1983.



Introducción de la doble barra.
Implantes múltiples (ganchos laminares, pediculares).
Estabilidad inmediata (sin corsé).
Corrección 3D.



Continuemos con la evolución histórica. Se puede afirmar que el 21 de enero de 1983, nace nuestra actual cirugía de las deformidades vertebrales. Se coloca la primera instrumentación de los cirujanos franceses Cotrel y Dubousset, llamado CD. Consistía en dos barras moldeables, con diferentes ganchos que se colocaban en casi todas las vértebras. Esto daba una gran estabilidad. El paciente se levanta al tercer día y, por fin, sin corsé.

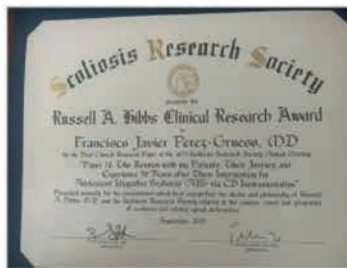
A partir de entonces, las operaciones futuras en las deformidades de los adolescentes no precisarán ni reposo en cama ni corsés. La gran evolución.

Ahora consideramos que lo esencial de ese momento, fue el reconocimiento de la importancia de corregir el perfil-sagital del paciente. Los desequilibrios de este plano sagital provocan dolor, inestabilidad y complicaciones post-quirúrgicas.

Se creó el Grupo de Trabajo Internacional Cotrel Dubousset, con reuniones periódicas internacionales.



CADIZ, CON DR. FRANCISCO SÁNCHEZ PÉREZ-GRUESO, 2017



De este grupo en España destaca Francisco Sánchez Pérez Grueso, jefe emérito de la Unidad de Columna del Hospital la Paz de Madrid. Referente europeo en las deformidades de niños y adolescentes. Tuve la suerte de conocerlo en el año 86. Con él aprendí y colaboré durante más de 30 años, siendo además un gran amigo.

ROY-CAMILLE, TORNILLO PEDICULAR.

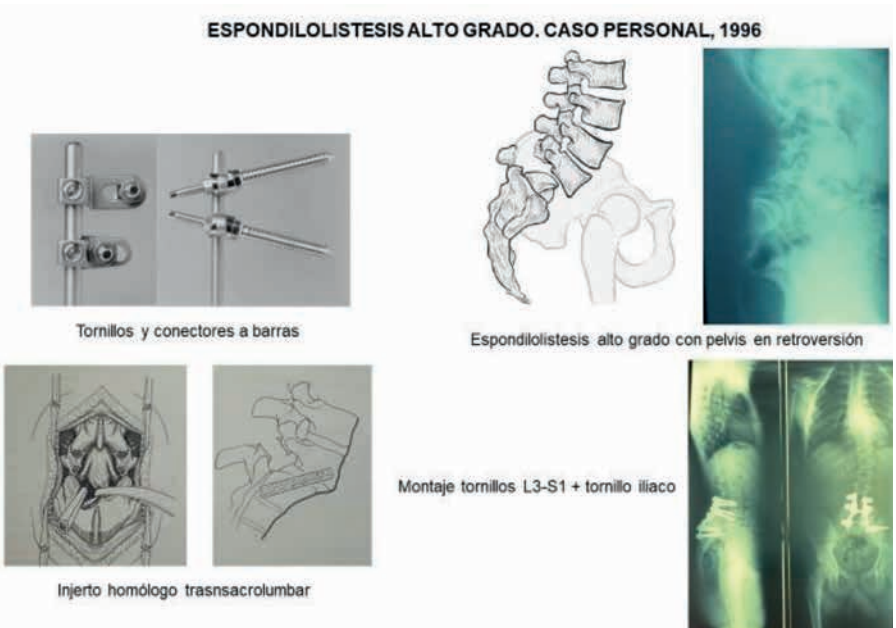


En los años 90 se generaliza el uso de los tornillos pediculares. Es obligado mencionar al pionero en la introducción de un tornillo en un pedículo vertebral. Lo vemos en esta imagen. Fue el gran cirujano ortopédico francés Roy Camille en 1963. Lo tuvo que improvisar en esta grave fractura lumbar.

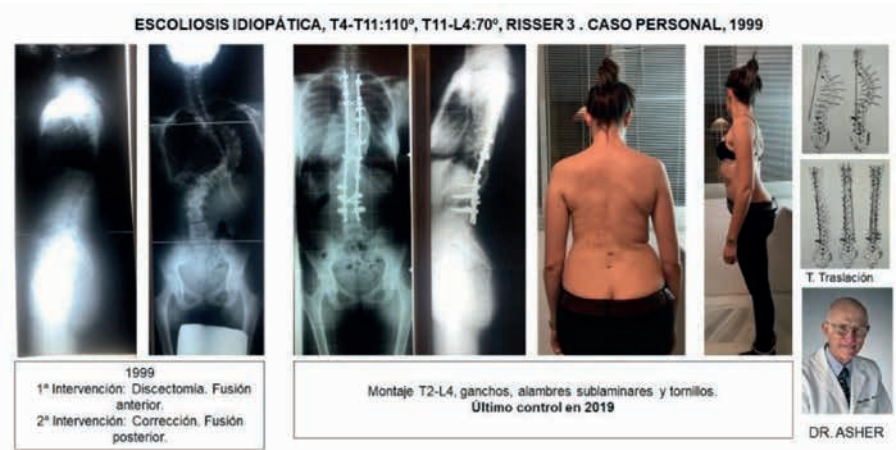


Arthur Steffee, cirujano norteamericano, diseñó y fabricó unos tornillos y placas de acero que superaban a los anteriores modelos. Los difundió por el mundo.

El tornillo pedicular es el mejor anclaje para manipular y sujetar la vértebra. Ha supuesto unos de los avances más significativos en nuestra cirugía. Fíjense la cara de admiración que tengo cuando tuve la suerte de conocerlo en 1987.



Presento aquí un caso propio operado en 1996 con estos tornillos, sus barras y conectores. Se trataba de esta severa espondilolistesis de alto grado con pelvis en retroversión. Término que define el gran desplazamiento de la V vértebra lumbar sobre el sacro, con desequilibrio sagital. El paciente tenía un compromiso neurológico que se resolvió.

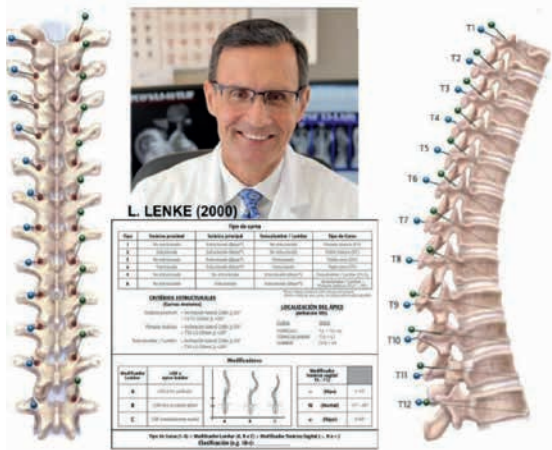


Los tornillos de titanio poli y cuatriaxiales, las cajas intersomáticas de titanio o de PEEK, han sido otra ayuda a la cirugía vertebral. Existen multitud de modelos.

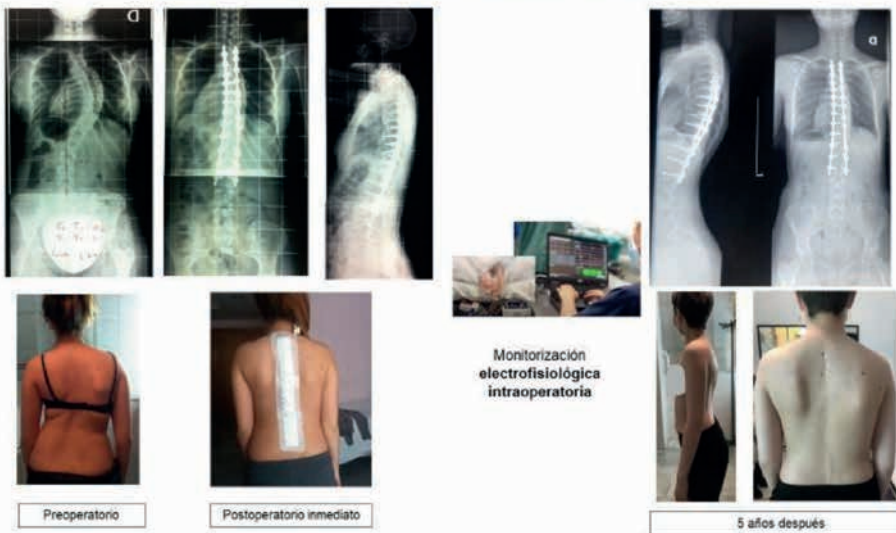
Un ejemplo es esta paciente espondilolistesis de alto grado, en pelvis balanceada. Provocaba lesión de la raíz nerviosa. Realicé la reducción del desplazamiento de la vertebra L5 y la fusión circunferencial con tornillos y caja, que ven en estas RX dibujadas.

Esta exigente cirugía es la que da mejores resultados, porque consigue una tasa de fusión más alta y un balance sagital más equilibrado. Aquí vemos la buena movilidad de la paciente. En el TAC se aprecia el deseado puente óseo, la fusión vertebral. Sin soldadura, la cirugía fracasa.

En el año 2000, la cirugía de las deformidades ya había dado otro paso más hacia adelante. Lenke publicó una clasificación de las escoliosis del adolescente que superó a la de King. Incluyó el plano frontal y el lateral, así como la rotación y la flexibilidad de la curva. Reglamentó las áreas vertebrales que se deben fusionar. Promocionó la técnica denominada “todo tornillos”, original del cirujano coreano Suk.



ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. TODO TORNILLOS. CASO PERSONAL, 2016



Se trata, como ven, de colocar tornillos en todas las vértebras que se van a fusionar. Esta paciente, tenía una curva torácica de 68 grados, tipo Lenke 1 A N. La colocación de los tornillos en las vértebras torácicas altas entraña un riesgo neurológico y vascular mayor. Aun así, lo justifica sus capacidades de corrección tridimensional. La paciente deambula a las 24 horas de la intervención.

La corrección lograda es del 85%. Esta se mantiene en el control radiológico 5 años después. Es de gran ayuda la Monitorización Electrofisiológica Intraoperatoria para controlar el nervio y la médula, en la implantación de los tornillos y en las maniobras correctoras de la deformidad. Yo cuento con ella desde que el neurofisiólogo Dr. Pedro Chaparro Hernández la instauró en Sevilla. El antiguo test de despertar de Stagnara lo reservo para los casos de alarma. Actualmente, el riesgo neurológico de lesiones medulares definitivas es del 0,3%.



Les presento un ejemplo, qué para mí, sintetiza los avances que he aprendido. Voy a comparar dos pacientes con similar desviación escoliótica. Ambas tienen una curva torácica de unos 80°. La que operé en el 2009, tipo Lenke 2B, y la operada en el 1992, tipo Lenke 3C. La operación más antigua necesitó la doble intervención, por el tórax y por vía posterior. Además, tuvo que fijarse las vértebras lumbares hasta la L4.

La operada en el 2009, sólo necesitó una intervención, por vía posterior. Más importante aún, únicamente hizo falta fusionar desde la 2ª vértebra torácica a la 1ª lumbar. La columna lumbar pudo corregirse sin tenerse que fijar. Vemos que se han reducido llamativamente el número de vertebras que hay que fusionar. Lo denominamos “ahorro de niveles”.

Realicé un montaje con tornillos titanio torácicos proximales y discales más alambres sublaminares para la traslación del ápex a unas barras, más rígidas, de cromo cobalto. Más que la potencia correctora de esta instrumen-

tación, ha sido la aplicación de la experiencia acumulada por mis maestros, los que posibilitaron estos avances.

Revisadas ambas pacientes en el 2024, si bien las dos permanecen equilibradas, la intervenida en el 2009, presenta una columna lumbar libre, con esta buena movilidad que ven. Pero sobre todo no tiene el dolor lumbar, que desde hace años padece la operada en el 92. Dolor provocado por la degeneración de los dos únicos espacios lumbares que se dejaron libres.

No sé si esta comparación resistiría una revisión por pares. De lo que estoy seguro es que en el 92, ambas pacientes hubieran tenido que ser operadas las dos veces y tener fijadas casi toda la columna lumbar.



DR. CORTÉS, DR. BOACHIE-ADJEI, DR. PÉREZ-GRUESO Y DR. FABRIS, 2013

La estrategia de la paciente operada en el año 2009 es la que defiende el Dr. Boachie, porque consigue el mejor perfil sagital. Me sentí afortunado de que uno de los mejores cirujanos del mundo, visitase mi consulta privada en 2013, acompañado del Dr. Sánchez Pérez-Grueso y el Dr. Fabris, en su única visita a Sevilla.



Prof. Jean Dubousset
• Professeur Émérite de la Université René Descartes, Paris,
Président Émérite de la Académie Nationale de Médecine y
la Académie de Chirurgie

"Lo fundamental en la cirugía de corrección de deformidades de los jóvenes no son las vertebrae que se incluyen en la instrumentación, sino las que se quedan libres, por arriba y abajo, que son las más importantes para lograr armonía y equilibrio dinámico 3D".

Dubousset J.
Past, present, and future in pediatric spinal surgery.
Ann Transl Med 2020;8(2):36. doi: 10.21037/atm.2019.08.13

Se cumplen las enseñanzas del gran maestro Dubousset.



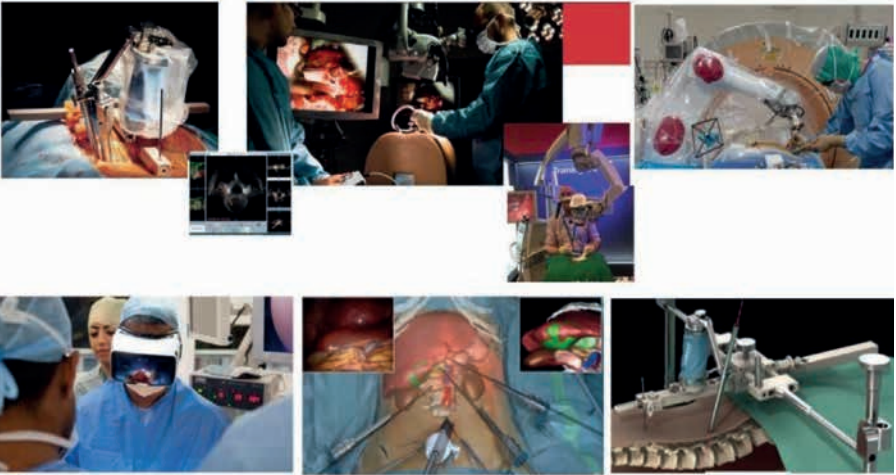
En nuestro último congreso anual de la Sociedad Española de Columna Vertebral, ratificamos que ahora no hay grandes dudas en el tratamiento de los pacientes menores de 50 años. El desafío de hoy es la cirugía de la deformidad toracolumbar del paciente que supera los 50 años. Esta intervención, cada vez más demandada, a pesar de sus elevadas complicaciones, es el reto al que nos enfrentamos.



Contamos con la European Spine Study Group (ESSG), líder europeo en el estudio de las deformidades de adulto, que recomienda el uso de la puntuación GAP de Proporción y Alineación Global. Utilizamos las mediciones radiológicas del balance sagital con los parámetros espinopélvicos que ya describió Dubousset y Duval Beupère, con la incidencia pélvica como patrón

fijo individual. Los unimos a los cuatro perfiles fisiológicos de Roussouly. Le sumamos los parámetros biológicos y los descriptores biomecánicos.

Todos ellos, incluidos en un programa de simulación de inteligencia artificial, son capaces de predecir, en un 95% de las veces, las posibilidades de complicación quirúrgica. Esta aplicación será fundamental a la hora de seleccionar al paciente mayor de 50 años, y planificar las correcciones.



Esta planificación se la podríamos dar al neuronavegador, para que nos indique el camino de colocación de los tornillos. O bien, a un brazo de robot que asuma su colocación.

Hay controversias en cuanto a la necesidad de utilizar estas ayudas en la cirugía clásica. En mi opinión, puede ser muy eficaz en los casos de las reintervenciones, donde las referencias anatómicas se han perdido.

Con todo, el futuro nos promete unos objetivos más ambiciosos que el simple atornillado pedicular.



Lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp.
Rembrandt, 1632



Lección de anatomía, 2022

La multiplicación de los robots, los neuro navegadores, las imágenes de realidad aumentada o las imágenes 3D, conseguirán una cirugía aún más resolutive y segura.

Pero no debemos olvidar, que la práctica médica se basa tanto en el conocimiento de la ciencia (amor por la ciencia, la técnica), la PHILOTECNÍE,



como en los principios éticos y el respeto por la humanidad (amor por la persona), la PHILANTROPÍE.

Me gustaría terminar, recordando la repetida anécdota de la silla del Dr. Marañón. Yo de niño la oí muchas veces de un discípulo suyo.

El Dr. ANTONIO CORTÉS SABARIEGO, mi padre, a quien dedico mi ingreso en esta ilustre corporación.

Muchas gracias.



“CONSIDERACIONES BIOÉTICAS DE LA DEFINICIÓN DE PERSONA A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA”

Dr. José María Domínguez Roldán

Excmo. Sr. presidente la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Sevilla
Ilmos. Sres académicos numerarios,
académicos correspondientes,
señoras y señores.

Es un honor para mí aceptar este nombramiento y agradezco al Dr. Rubio Rubio la iniciativa de proponerme como académico correspondiente, y al doctor Jaime Boceta sus cariñosas palabras de presentación.

El contenido de mi discurso propone sustentar el hecho de que el desarrollo cerebral en el ser humano ha sido la base biológica fundamental para que un ser, que inicialmente podría ser asimilable a cualquier otro existente en la naturaleza, se distinguiera no solamente por conducta sino también en dignidad; y ese recorrido argumental se basa, fundamentalmente, en el análisis de los fenómenos que ocurren cuando un ser humano es diagnosticado de muerte por criterios neurológicos (muerte encefálica).

1. Introducción al concepto y práctica del diagnóstico de la muerte encefálica global. Argumentos en contra de la muerte encefálica como la muerte de la persona.

La muerte encefálica global tiene su base conceptual en la demostración de la ausencia de actividad del sistema nervioso central, incluyendo ausencia de actividad de tronco del encéfalo y hemisferios cerebrales.

Aunque existen bastantes detractores del concepto de muerte encefálica el neurólogo norteamericano Alan D. Shewmon es uno de los más destacados opositores a la misma. Shewmon sostiene que no es posible reducir la muerte del ser humano a la muerte del cerebro, dado que el cese irreversible del funcionamiento de todo el cerebro no se sigue del cese del funcionamiento del organismo como un todo sosteniendo que la mayoría de las funciones del cerebro que suelen citarse como ejemplo de función integradora del cerebro no son integradoras, por en el sentido de entender

que confieren una unidad al cuerpo. Estas evidencias fueron tan persuasivas, que la Comisión Presidencial de Bioética de Estados Unidos abandonó el razonamiento de que los pacientes diagnosticados en muerte encefálica carecían de capacidad de integración para buscar algunas otras justificaciones para explicar el hecho de que los pacientes en muerte encefálica estuviesen realmente muertos.

2. Niveles de organización de los seres vivos.

La vida en los organismos vivos se organiza en diferentes niveles jerárquicos (células, tejidos, órganos, sistemas, seres vivos), no obstante, en el ser humano se pueden diferenciar tres niveles fundamentales. En primer lugar, lo que podemos denominar “unidad delimitada” (biotopo orgánico). Entendiendo con ello, los elementos de vida que caracterizarían órganos y tejidos, integrantes de la corporalidad de un animal. Este biotopo orgánico podría ser también asimilable a unos cultivos celulares o lo que ocurriría cuando se realiza una extracción de un órgano y este es mantenido con oxigenación y perfusión fuera del cuerpo.

Habría un segundo nivel de análisis, el ser humano en cuanto a estructura biológica compleja. Es preciso establecer diferencias entre ser humano, y persona, estos serían distintos modos de hacer referencia a ese peculiar ser que somos nosotros desde un punto de vista orgánico y de estructura corporal.

El tercer nivel de análisis sería identificar aquellas características específicas que encontramos en las personas y que no encontraríamos en ningún otro ser de la naturaleza, ni siquiera en animales superiores. Aquellas características que definen a la persona como un ser único, diferente a todos, y que lo reviste de dignidad y respetabilidad.

2.1. Elementos biológicos y filosóficos que caracterizan la existencia de vida de “una unidad delimitada” (biotopo orgánico).

De acuerdo a Bonelli, existen determinados elementos que determinan la existencia de vida de “una vida derivada” (derivated life”), entendiendo por tal aquellos elementos que caracterizan la vida de estructuras biológicas simples, tales como órganos y tejidos. Esos cuatro elementos propuestos por Bonelli son: la dinámica propia, la integración, la coordinación, y la inmanencia biológica. A ello podríamos añadir algunas otras características propias de la vida de los biotopos orgánicos a fin de facilitar el análisis de la existencia de vida y del adentramiento de la muerte en los seres vivos, como la autorregulación y la identidad biológica.

Se puede afirmar que la célula viva proveniente de ser humano y mantenida en un cultivo celular es una unidad integrada en sí misma donde ocurren procesos de coordinación, metabolismo, dinámica y procesos de división. Se podría denominar “vida derivada” ya que proviene de un ser vivo, pero no es

un ser a sí mismo. Las células espermáticas vivas no son todavía un ser vivo. Así, la unidad integrativa es una necesaria, pero no una condición suficiente para determinar lo que es un ser vivo.

Entre las características identificativas de vida que podemos encontrar en una “unidad delimitada” o biotopo orgánico (tabla 1), se encuentran:

2.1.1. Dinámica propia

La vida es un proceso en constante cambio. La vida es dinámica, es un proceso, no es un estado. Sería más correcto decir “se está viviendo”, no “se está vivo”. La vida supone un constante cambio, un devenir de procesos en el tiempo, como por ejemplo la actividad metabólica de los seres vivos, el crecimiento, la regeneración, la integración con el exterior y las respuestas que se producen ante los agentes externos.

2.1.2. Integración/Interacción

Los procesos vitales dependen de la actuación simultánea con integración/interacción mutua de las distintas partes del ser vivo. No existen actividades biológicas aisladas del ser vivo, sino que estas actividades están integradas con las de otras estructuras del mismo ser vivo. Los procesos vitales derivan de la mutua interacción de las partes, de su actividad integrada.

2.1.3. Coordinación

La interacción entre las partes, o la actuación integrada, tiene siempre un ritmo, una cadencia, unos tiempos. No se producen de modo aislado, sino que existe una sincronización temporal en esa interacción de las partes. Esa interacción se realiza en un orden concreto que posibilita la persistencia de la vida en el biotopo orgánico. Existe una coordinación intrínseca en las funciones del mismo.

2.1.4. Inmanencia y trascendencia biológicas

Aunque el término inmanencia puede tener distintos significados, de forma genérica podemos entender que “inmanencia es toda aquella actividad que se guarda en el interior del ente” .

La inmanencia de la vida consiste en su realidad y en su inmediata absorción en su entorno, en la naturaleza. Sin embargo, la inmanencia tiene sentido cuando esa estructura biológica vital conecta con el exterior para nutrirse de él y para interrelacionarse con ese mundo exterior.

2.1.5. Identidad biológica

Desde un punto de vista genético, podríamos establecer claras diferencias entre dos órganos mantenidos *ex vivo* provenientes de dos personas diferentes.

2.2. Elementos que caracterizan la existencia de vida del ser humano en cuanto a estructura biológica compleja.

Los anteriores criterios (dinámica propia, integración, coordinación, autorregulación, e inmanencia-trascendencia) son propuestas por Bonelli como característicos de una unidad viva delimitada, de un biotopo orgánico. Sin embargo, en el ser humano podemos encontrar características (tabla 1) como:

2.2.1. Culminación.

La culminación hace referencia al hecho de que un organismo no es parte integrante de otra entidad viviente, sino que es en sí mismo un todo intrínsecamente independiente, completo y culminado.

2.2.2. Indivisibilidad

Se entiende por indivisibilidad la condición intrínseca de una unidad viva en relación a que no puede ser dividida en más de un organismo vivo, y si tal división se produce y el organismo sobrevive el organismo completado reside en una de las partes divididas.

2.2.3. Autofinalidad

La autofinalidad, o autorreferencia es la característica de que todos los procesos de vida observables y las funciones de las partes componentes sirven a la autoconservación del todo, incluso a expensas de la supervivencia de sus partes, porque la salud y la supervivencia del todo vivo es el fin primario en sí mismo.

2.2.4. Identidad biológica única

La palabra “identidad” tiene una raíz etimológica en “identitas” es decir, “igual a uno mismo” o incluso “ser uno mismo” o lo que se conoce como principio ontológico, o metafísico, de identidad y fue inicialmente desarrollado para hablar de las cualidades, de los atributos y características propias bien de un ser humano, bien de un objeto.

2.3. Características antro-po-filosóficas que definen a la persona y la vida de la persona.

La fuente última de la dignidad del hombre es su condición de persona, y así lo expresa Yepes Stork, el cual realiza un análisis sobre aquellos rasgos distintivos que sirven para establecer y trazar el perfil de la persona que existe en cada ser humano. Entre sus características (tabla 1) se encuentran:

2.3.1. Intimidad, inmanencia y trascendencia de persona

La inmanencia (manere in = permanecer en, estar en, quedar en o dentro) señala dos términos: aquello que está, y aquello en que está. La inmanencia es una característica sustancial de los seres vivos. Sin embargo, cuando hablamos de inmanencia, trascendencia, e intimidad de la persona estamos haciendo referencia a una de las características relevantes de la persona hu-

mana, a la posibilidad de trascender, lo cual se fundamenta en la realidad de “ser para sí mismo”, o “permanecer en sí mismo” que equivale a la inmanencia de la persona, la cual difiere de los aspectos meramente orgánicos y biológicos de la inmanencia, o sea de la inmanencia biológica.

Trascendencia (trans-scendere = pasar más allá, saltar del otro lado) significa primariamente el hecho con la posibilidad de “sobrepasar algo”. Es un término relativo, ya que exige la definición de qué es aquello que sobrepasa. Posiblemente esto origina una diversidad de significados del término trascendencia.

La persona humana es una inmanencia consciente, la persona se afirma a sí misma, toma consciencia del yo, de la individualidad propia. La esencia de la persona humana está precisamente en esa posibilidad de interiorización sobre sí misma por la cual puede decir “yo” frente al mundo exterior. Los seres que no están dotados de consciencia son immanentes, pero no se afirman como tales. Este nivel de inmanencia consciente es la base de la personalidad. El hombre tiene el privilegio de poder aislarse por completo del mundo exterior y afirmarse a sí mismo como distinto de los demás.

La intimidad es el mayor grado de inmanencia. Inmanencia es una de las más importantes características que tienen los seres vivos. Existe un paralelismo entre el grado de inmanencia y la jerarquía de la vida. El ser humano realiza actividades más immanentes que los animales. Los animales realizan operaciones más immanentes que las plantas. Incluso dentro de los animales podían establecerse niveles de vida en función de sus distintos grados de inmanencia por el contrario los minerales, las piedras, no tienen un “dentro”, por tanto no tienen actividad immanente.

2.3.2. Identidad de la persona

No existen dos seres humanos iguales, ni tampoco existen dos personas iguales. El fenómeno de la identidad constituye el hecho de que la persona a lo largo de toda su trayectoria vital sigue siendo única, y ella misma durante todo el paso del tiempo. Esa identidad se mantiene desde el principio hasta el final de la vida. La Identidad trasciende más allá de la renovación de su sustancia material e incluye carácter, valores, principios, ideas etc. únicos. El hombre no sufre ningún cambio en su identidad a pesar de que existan cambios materiales en su corporalidad. La persona sigue manteniendo la misma identidad incluso si recibe un órgano trasplantado de otro ser humano.

2.3.3. La manifestación: el cuerpo.

Otra de las características de la persona es el mostrarse a sí misma y comunicarse con su exterior. La manifestación de la intimidad se realiza a través del cuerpo, del lenguaje, de las acciones, de las relaciones con el entorno. La persona es capaz de diferenciar su interioridad de su cuerpo. La persona posee un cuerpo, y al mismo tiempo puede usarlo ya que tiene consciencia del cuerpo y consciencia de que puede gobernarlo.

2.3.4. El diálogo. La intersubjetividad.

La persona realiza su comunicación con el entorno en su forma más clara a través del diálogo. El ser humano es un ser constitutivamente dialogante. La existencia de un diálogo se basa en la existencia de otro, lo que a su vez posibilita la identificación del propio yo de la persona. Inversamente, no hay un yo, si no hay un tú.

2.3.5. Culminación y proyecto de ser a la vez

La persona, es un ser culminado, completamente acabado que no precisa, ni necesita para ser considerado como tal, la existencia de otros, el ser humano es un ser en sí mismo. El hombre es también manifestación externa, crecimiento, desarrollo, cultura.

2.3.6. El dar y la libertad

El ser humano consigue su mayor capacidad de realización como persona cuando es capaz de extraer algo de su intimidad y entregarlo a otros. La propia intimidad puede aflorar hacia los demás, pero también la intimidad se construye y nutre con aquello que los demás nos dan.

2.3.7. La persona como fin en sí mismo

La persona es una realidad absoluta, no condicionada por ninguna otra realidad inferior u otra realidad de su mismo rango. Por ello la persona debe ser siempre respetada otorgándole la máxima dignidad. La persona es un fin en sí mismo, La persona es “afirmable” *per se*. Kant afirmaba que “utilizar” a las personas es instrumentalizarlas y tratarlas como seres no libres.

2.3.8. La persona en el espacio y el tiempo

La persona es “alguien corporal”, es también su cuerpo, el cual se encuentra ubicado en un espacio y un tiempo, la persona está “instalada témporo-espacialmente” dentro de unas coordenadas. Esa dimensión temporal de la vida humana es una parte esencial de su biografía.

2.3.9. La persona como ser capaz de tener

La persona es un ser capaz de conocer. La persona puede acceder al conocimiento. El ser humano suele definirse como un animal racional, aunque esta definición, aun siendo válida, se antoja insuficiente. El hombre es racional, y la razón es una de sus características primordiales, pero el hombre tiene otras dimensiones: sentimientos, tendencias, conocimiento sensible, historia, proyectos, voluntad. Es decir, el hombre es un ser capaz de poseer, capaz de tener y de “tener” a través del cuerpo y de la inteligencia.

3. Persona y ser humano.

El concepto filosófico de persona tiene un protagonismo importante en la comprensión del ser humano, ya que está presente en múltiples debates sobre filosofía, derecho, política, etc. Actualmente, y en un lenguaje colo-

quial, no existen diferencias relevantes entre el significado de ser humano y persona, e incluso para muchos, esa posible diferencia es estimada como irrelevante. Muchos consideran “persona” y “ser humano” como sinónimos

En su destacado artículo “Persona humana y personalismo” Elio Sgreccia realiza un análisis de la evolución histórico-filosófica del concepto de persona humana en el pensamiento contemporáneo. El término “persona” apareció en el lenguaje filosófico gracias al estoicismo popular y con un significado similar al de “máscara” (la máscara que se colocaba el actor para representar un drama). No obstante, en el ámbito de la filosofía no es sino con Severino Boecio, y por tanto con la filosofía escolástica, con quien se ofrece por primera vez una definición relevante del concepto de la persona.

4. Identificación/ausencia de características propias de la persona tras el diagnóstico de muerte encefálica global

Para el diagnóstico de muerte encefálica global es preciso constatar la ausencia de actividad del tronco del encéfalo (mediante examen clínico) y la ausencia de actividad cerebral demostrada mediante test instrumentales (electroencefalograma, arteriografía cerebral, sonografía torpe transcraneal, o gammagrafía cerebral)

La adecuada combinación de examen clínico, realizado de modo riguroso, para evidenciar la ausencia de actividad del tronco del encéfalo, junto con el empleo de uno de los mencionados test (siempre que se hayan tenido en consideración los prerequisites aconsejados en los protocolos) otorga una exactitud diagnóstica suficientemente contrastada para un diagnóstico relevante como es el diagnóstico de la muerte bajo criterios neurológicos.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de muerte encefálica global es posible observar datos y signos clínicos compatibles con el mantenimiento de vida a nivel tisular, cerebral, y orgánico. Existe mantenimiento de actividad metabólica dentro de las células, existe producción y consumo de energía, existe consumo de determinados sustratos, y producción de metabolitos, existe producción de calor. En esta situación también existe interconexión y comunicación entre tejidos, se emiten señales entre las células que son interpretadas por otras células. Existe reacción a estímulos exógenos como pudiera ser la inoculación de bacterias o gérmenes. Determinados órganos mantienen su actividad, como el riñón o el hígado. Igualmente, el corazón es capaz de ejercer (habitualmente con apoyo exógeno) su contractilidad, y la difusión del oxígeno también se mantiene a nivel de los pulmones. Estamos describiendo las características de un biotopo orgánico en el que se mantiene una dinámica propia con fenómenos de interacción, frecuentemente coordinados, inmanencia biológica a nivel celular y tisular fenómenos de autorregulación local e identidad biológica.

Pero ¿podríamos identificar en ese biotopo orgánico un ser humano, una persona? Si revisamos las características propias del ser humano y de la persona en esa corporalidad, esta sería divisible, sin que pudiéramos identificar una parte

en la que se mantiene el ser humano. Igualmente, ya no es un ser culminado, y no tiene una finalidad propia, ya no se tiene a él mismo como objetivo. Aunque se mantiene la identidad a nivel biológico (marca genética propia), ya no tiene nada que lo caracterice propiamente como persona, ni lo diferencia de otras; ya no hay posibilidad de racionalidad, de conciencia de sí mismo; ya no es un ser libre en el que se puede establecer su conducta moral; ya no puede manifestarse; ya no se tiene como proyecto de sí mismo, no es inmanente, y no es trascendente

Se puede decir que, tras la muerte encefálica global, aunque persista alguna actividad biológica coordinada, ya no existen las características propias de un ser humano, ni de una persona.

Es importante tener en consideración que algunos autores argumentan que el ser humano en muerte encefálica global, está muerto porque no tiene racionalidad y porque se ha perdido la capacidad de integración de la globalidad. Sin embargo, la ausencia de estos dos elementos no sería suficiente para poder establecer el diagnóstico de muerte. Por una parte, está el hecho de que no puede basarse la existencia del ser humano exclusivamente en la racionalidad, ya que, si fuese así los pacientes en estado vegetativo permanente, es decir con nula racionalidad, o los recién nacidos, con escaso desarrollo racional, deberían ser considerados como carentes de las características de persona.

No es importante para concluir el diagnóstico de muerte la ausencia de “persona” en esa corporalidad el hecho de que persista actividad integrada, como describió Shewmon, ya que esos signos son esenciales, para considerar la estructura corporal como la de un ser humano, pero no son suficientes para sustentar que en ese cuerpo persisten las características de persona.

El hecho de que todas las funciones observadas en pacientes diagnosticados de muerte encefálica sean también observadas en células y tejidos *ex vivo* aislados es una realidad. La persona, no debe ser identificado exclusivamente con la actividad de sus células, tejidos, y órganos. El ser humano es mucho más que eso.

4. Conclusiones

El cese irreversible y definitivo de todas las funciones intrínsecamente neurológicas de todo el encéfalo conduce a la muerte de la persona. Eso no significa que no existan fenómenos vitales en lo que ahora es un cuerpo muerto: existen células, tejidos y órganos que siguen funcionando (biotopo orgánico) si se mantiene la circulación y oxigenación sanguínea con soporte artificial. Esos órganos y tejidos que siguen funcionando pueden interactuar con otros órganos, células, y tejidos.

Dado que tras el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos es posible la persistencia de la actividad propia de un biotopo orgánico, el diagnóstico de muerte debe ser compatible con ausencia de todas las características esenciales de la persona, entre las que se encuentran: racionalidad,

consciencia de sí mismo, conducta moral, libertad, manifestación, proyecto, identidad de persona, inmanencia de persona, trascendencia de persona, autofinalidad, culminación, e indivisibilidad.

El diagnóstico de muerte encefálica global puede ser considerado diagnóstico de la muerte de la persona dado que las estructuras corporales que permiten el anclaje de las características esenciales de la persona han desaparecido. Permanece la actividad de un biotopo orgánico, remanente de la persona que fue, pero insuficiente para establecer la persistencia, en ese biotopo de ninguna de las características antropofilosóficas específicas que definen a la persona. En ese biotopo orgánico no existe: racionalidad, consciencia de sí mismo, conducta moral, libertad, manifestación, proyecto, identidad de persona, inmanencia de persona, trascendencia de persona, autofinalidad, culminación, ni indivisibilidad.

El ser humano no es exclusivamente su consciencia, aunque ésta es una de sus funciones y características más expresivas. Por tanto, la ausencia de consciencia (característica que define el estado vegetativo permanente) no es criterio suficiente para establecer la muerte de la persona.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE LOS SERES VIVOS, SERES HUMANOS, Y PERSONAS.

CARACTERÍSTICAS	ÁMBITO	DIMENSIÓN BIOLÓGICA	DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA
Dinámica propia	Vida de una unidad delimitada. Biotopo orgánico	Específica de un servivo complejo	Carácter. Globales y específicas de la persona
Integración/interacción			
Coordinación			
Inmanencia biológica			
Trascendencia biológica			
Autorregulación			
Identidad biológica			
	Carácter. Específicas de los seres humanos		
Indivisibilidad			
Culminación			
Autofinalidad			
Identidad de ser humano			
	Características de la persona		
Racionalidad			
Consciencia de sí mismo			
Conducta moral			
Libertad			
Manifestación			
Proyecto			
Identidad de persona			
Inmanencia de persona			
Trascendencia de persona			

“MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN SANITARIA: INNOVACIÓN Y EFICIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”

Dr. Miguel Ángel Colmenero Camacho

INTRODUCCIÓN

La Medicina Interna, a lo largo de los años, ha sido la columna vertebral de la atención médica, proporcionando un enfoque integral y holístico para el cuidado de los pacientes. Desde su evolución, ha sido testigo de avances significativos que han transformado la forma en que diagnosticamos y tratamos enfermedades complejas. Esta especialidad, basada en el conocimiento profundo del cuerpo humano y su fisiopatología, es fundamental en la identificación temprana y el manejo de condiciones médicas de diversa índole.

Como miembros de esta Academia, tenemos la responsabilidad no solo de mantener los estándares de excelencia en nuestra práctica clínica, sino también de fomentar el avance del conocimiento a través de la investigación y la educación médica continua.

Sin embargo, más allá de la ciencia y la tecnología, la esencia misma de la Medicina Interna reside en la relación médico-paciente, en la habilidad de escuchar, comprender y acompañar a nuestros pacientes a lo largo de su enfermedad, y, si es posible, evitar que ésta aparezca. En definitiva, debemos basarnos en la empatía, la comprensión y el respeto hacia aquellos a quienes servimos.

La medicina interna continúa siendo fundamental en la atención médica, abordando una amplia gama de enfermedades y condiciones complejas, y desempeñando un papel crucial en la coordinación del cuidado del paciente.

La historia de la medicina interna en Sevilla tiene sus raíces en la rica tradición médica y académica de la ciudad. Sevilla ha sido un centro importante para la medicina desde la Edad Media, debido en parte a su posición como un cruce de caminos cultural y comercial. En el siglo XVI, con la influencia del Renacimiento, Sevilla se convirtió en un centro de conocimiento médico. Los médicos de la época comenzaron a estudiar y a practicar una medicina más basada en la observación y en el método científico. La Escuela de Medicina de la Universidad de Sevilla se destacó por su enfoque en la enseñanza de la anatomía y la práctica clínica.

Es necesario reconocer el trabajo previo de catedráticos y jefes de Servicio o Sección de esta área que tanto en el siglo pasado como en el presente

han contribuido al desarrollo de esta especialidad; en concreto y que han influido en mi devenir profesional, enumerando solo algunos de ellos:

Miguel Garrido Peralta (catedrático y jefe de Servicio)

Ramón Pérez Cano (catedrático y jefe de Servicio)

Enrique Romero (catedrático y jefe de Servicio)

Javier Rodríguez Piñero (jefe de Sección)

Jaime Boceta Osuna (académico de número)

Enrique Justo Alpañés (jefe de Servicio)

Miguel Ángel Munain Ezcurra (catedrático y jefe de Sección)

Jesús Rodríguez Baño (catedrático y jefe de Servicio)

Internista como elemento clave en hospitales.

El internista desempeña un papel crucial en la gestión hospitalaria debido a su amplio conocimiento en medicina y su capacidad para abordar una variedad de condiciones médicas complejas. Algunas de sus funciones desde mi punto de vista son claves:

1. **Diagnóstico y Tratamiento Integral:** Los internistas son expertos en diagnosticar y tratar enfermedades agudas y crónicas, manejando múltiples patologías simultáneamente. Su enfoque holístico permite una atención integral del paciente.
2. **Coordinación Multidisciplinaria:** Trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas y profesionales de la salud, coordinando el manejo de los pacientes y asegurando que todos los aspectos de la atención médica se integren de manera eficiente.
3. **Gestión de Casos Complejos:** Se especializan en la atención de pacientes con enfermedades sistémicas o difíciles de diagnosticar, lo que incluye la toma de decisiones clínicas complejas y la implementación de planes de tratamiento individualizados.
4. **Formación:** participan en la formación de estudiantes de medicina, residentes y otros profesionales de la salud, compartiendo su experiencia y conocimientos para mejorar la práctica clínica en el hospital.
5. **Liderazgo en Protocolos Clínicos:** Participan en el desarrollo y la implementación de protocolos y guías clínicas dentro del hospital, mejorando la calidad de la atención y la seguridad del paciente.
6. **Atención Continuada:** Proveen una atención continuada a los pacientes, desde el ingreso hospitalario hasta el seguimiento post alta, asegurando una transición suave entre diferentes niveles de atención.
7. **Investigación Clínica:** Contribuyen a la investigación médica, participando en estudios clínicos y fomentando la innovación en el tratamiento y manejo de enfermedades.

En resumen, los internistas son fundamentales para la gestión hospitalaria eficaz, proporcionando una atención médica integral, coordinando equipos multidisciplinarios, y contribuyendo al avance de la medicina a través de la educación y la investigación.

Con los avances de los últimos años y la progresiva especialización dentro de esta especialidad, que están generando áreas de especial capacitación y probablemente futuras especialidades, entre lo que quisiera destacar:

Infecciosas

Cuidados Paliativos

Riesgo Vascular

Enfermedades Autoinmunes y minoritarias

En la era moderna, nos encontramos frente a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas complejas, que requieren un manejo cuidadoso y coordinado para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. La Medicina Interna, con su enfoque multidisciplinario, desempeña un papel crucial en la atención de estas condiciones, brindando tratamiento personalizado y apoyo continuo a lo largo del tiempo.

Además, no podemos pasar por alto la importancia de los cuidados paliativos en la atención de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales. Nuestra especialidad tiene un papel fundamental en el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida de aquellos que enfrentan situaciones médicas difíciles. Es nuestro deber proporcionar un enfoque compasivo y comprensivo, asegurando que cada paciente sea tratado con dignidad y respeto hasta el final de su vida.

Asimismo, debemos reconocer el desafío que representan las enfermedades minoritarias, que afectan a un pequeño porcentaje de la población pero que tienen un impacto significativo en la vida de quienes las padecen. La Medicina Interna, a través de la colaboración con centros de referencia y redes de investigación, juega un papel crucial en el diagnóstico y manejo de estas condiciones, ofreciendo esperanza y apoyo a los pacientes y sus familias.

Por último, pero no menos importante, nuestras habilidades y conocimientos son fundamentales en la lucha contra las enfermedades infecciosas, especialmente en momentos de crisis como la que hemos experimentado recientemente. Primero el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y posteriormente la pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba nuestra capacidad para responder a emergencias de salud pública, pero también ha destacado el papel vital de esta especialidad en el control de enfermedades Infecciosas, de la que creo próximamente surgirá como especialidad.

Todas estas capacitaciones han sido exploradas en mayor o menor medida durante mi carrera profesional, desarrollada íntegramente en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM), donde comencé en el año 1987,

obteniendo el título de especialista em medicina interna en 1993 culminando mi formación académica en el año 1999 con el grado de doctor en Medicina. Tras desempeñar la jefatura de Servicio de Medicina Interna durante 8 años actualmente me encuentro en cargo de gestión , en concreto en la dirección gerencia de este hospital.

Durante mi etapa como responsable del Servicio se desarrollaron una serie de Unidades Funcionales, tanto en el Hospital Macarena como en San Lázaro (perteneciente a nuestra Área Hospitalaria) que aún perduran y que han permitido desarrollar toda la versatilidad que aúna esta especialidad, tanto en su actividad asistencial como en la docente e investigadora y que resumo en las diapositivas 9 a 11 número de mi presentación.

Pero creo cualquier profesional sanitario debe también formarse en gestión clínica, base actual para el desarrollo de la medicina en una época en que los recursos son limitados. Tenemos que valorar resultados en Salud, con independencia de incorporar la mejor evidencia científica en el manejo de nuestros pacientes. Debemos tender a alcanzar la excelencia en la atención al paciente, lo cual no significa el uso inadecuado de tecnología sanitaria o el uso de nuevos tratamientos sin tener claro los resultados en salud.

Tanto para conducir un Servicio, como para dirigir un hospital es necesario aunar una serie de habilidades y formativas que nos permitan llevar a cabo los objetivos que se nos marcan y que quedan reflejadas en la diapo 12...

La idoneidad a un puesto directivo hospitalario depende de una combinación de habilidades clínicas, administrativas y **de liderazgo**. Aquí hay algunos factores a considerar, independientemente de los comentados con anterioridad:

1. **Experiencia Clínica:** Un internista tiene un conocimiento profundo de la medicina y la atención al paciente, lo cual es valioso para entender las necesidades clínicas y mejorar la calidad de la atención.
2. **Liderazgo y Comunicación:** Ser capaz de liderar equipos, tomar decisiones estratégicas y comunicarse efectivamente con una variedad de partes interesadas. Un internista que ha demostrado estas habilidades en su carrera podría tener éxito en el rol de director gerente.
3. **Formación Adicional:** Muchos directores gerentes de hospitales tienen formación en administración de salud, como un MBA en Gestión Sanitaria o un Máster en Administración de Servicios de Salud. Esto complementa sus habilidades médicas con conocimientos específicos de gestión.
4. **Experiencia en Gestión:** La experiencia previa en roles de liderazgo o gestión, como jefe de departamento, director médico o en comités hospitalarios, puede ser un indicador positivo de la capacidad de un internista para asumir la dirección general de un hospital.

Los gerentes de hospitales deben ser hábiles en la interpretación y aplicación de políticas sanitarias, además de tener la capacidad de gestionar recursos y liderar equipos para cumplir con las normativas establecidas, todo mientras intentan minimizar el impacto negativo en la calidad de la atención al paciente.

La innovación juega un papel crucial en la gestión hospitalaria, impulsando mejoras en la eficiencia, calidad de la atención y satisfacción del paciente. A continuación, se detallan algunas áreas clave en las que, desde mi punto de vista, la innovación puede impactar significativamente:

1. **Tecnología Médica:** La adopción de nuevas tecnologías, como dispositivos médicos avanzados, sistemas de monitoreo remoto y telemedicina, puede mejorar la precisión diagnóstica, la eficacia del tratamiento y el acceso a la atención médica.
2. **Sistemas de Información y Gestión:** La implementación de sistemas electrónicos de registros de salud (EHR) y otras soluciones de TI permite una gestión más eficiente de la información del paciente, reduce errores médicos y facilita la coordinación del cuidado.
3. **Procesos Operativos:** Innovaciones en la gestión de procesos pueden optimizar el flujo de trabajo, reducir tiempos de espera y mejorar la utilización de recursos. Por ejemplo, la reingeniería de procesos y el uso de técnicas Lean pueden eliminar inefficiencias.
4. **Modelos de Atención:** Desarrollar y adoptar nuevos modelos de atención, como la atención centrada en el paciente y el cuidado basado en equipos multidisciplinarios, puede mejorar los resultados clínicos y la experiencia del paciente.
5. **Big Data y Análisis Predictivo:** El uso de big data y análisis predictivo puede ayudar a anticipar tendencias en salud, optimizar la gestión de recursos y personal, y mejorar la toma de decisiones clínicas mediante la identificación de patrones en grandes volúmenes de datos.
6. **Formación y Capacitación:** La implementación de programas de formación y desarrollo profesional continuos utilizando tecnologías innovadoras, como simuladores de realidad virtual y aumentada, puede mejorar las habilidades y competencias del personal sanitario y administrativo.
7. **Atención Personalizada:** La medicina personalizada, basada en el análisis genético y otras tecnologías avanzadas, permite adaptar los tratamientos a las características específicas de cada paciente, mejorando los resultados y reduciendo efectos adversos.
8. **Sostenibilidad y Eficiencia Energética:** La innovación en la infraestructura hospitalaria, como el uso de edificios inteligentes y tecnologías sostenibles, puede reducir el consumo de energía y el impacto ambiental, además de generar ahorros a largo plazo.

9. Experiencia y satisfacción del paciente: Innovaciones en la comunicación y el cuidado del paciente, como aplicaciones móviles y sistemas de seguimiento personalizados, pueden mejorar la satisfacción del paciente y fomentar una mayor participación en su propio cuidado.

A veces es necesario romper las normas ya impuestas, Romper las normas clásicamente aceptadas no significa ignorarlas o actuar irresponsablemente; significa evaluar qué norma nos impide crecer y nos impide mejorar. Para ello es clave desde mi punto de vista varios aspectos en la Innovación (debemos estar dispuestos a probar nuevas ideas para llegar al objetivo final):

Adaptabilidad: las exigencias de nuestros pacientes cambian, pero sin embargo los parámetros por el que nos medimos son los mismos.

Empoderamiento del equipo: permitir que el equipo decida y corra riesgos, lo cual fomenta sentido de la propiedad y compromiso.

Desarrollo profesional y personal: esto permitirá un crecimiento significativo tanto del equipo como del directivo.

Para ello debemos tener claridad en los valores de la organización, explicar el motivo de esta desviación y responsabilidad asumiendo las consecuencias mostrando como se llega a resultados positivos. La reducción de costes no lleva a la eficiencia, pero la eficiencia si lleva a la reducción de costes. Debemos concretar nuestra estrategia en una sola frase que todos entendamos, realizando una planificación estratégica que sea aceptada y comprendida por todo el equipo para posteriormente llegar a la planificación operativa. Ejemplo de ello es la puesta en marcha del proyecto de gestión de altas e ingresos hospitalarios en este hospital.

La innovación es esencial en la gestión hospitalaria para enfrentar los desafíos actuales y futuros, mejorando la calidad de la atención, optimizando recursos y mejorando los resultados en salud.

.RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (IV)

DÍA 3 DE OCTUBRE

Dra. Isabel Relimpio López, presentada por el Ilmo Sr. Dr. José Antonio Milán Martín

Dr. Antonio Millán Jiménez, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez



Dra. Relimpio, Dr. Infantes y Dr. Millán

“EL OJO UNA VENTANA AL CONOCIMIENTO Y AL FUTURO”

Dra. Isabel Relimpio López

Excmo. Sr. presidente
Dignísimas autoridades y representaciones
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos de número
y académicos correspondientes
Querida familia y amigos
Señoras y señores

El nombramiento como académica correspondiente de esta tres veces centenaria corporación, la más antigua de Europa ubicada aquí en nuestra querida Sevilla, constituye para mí un gran honor, que debo corresponder, como hago, con mi mayor gratitud y compromiso.

Confieso que he vivido la oftalmología estudiando intensamente; lo sigo haciendo, con curiosidad e ilusión, he tratado de avanzar y mejorar siempre en mi actividad, y lo he aplicado a mis pacientes.

Ellos han sido el juez natural, de mi actividad profesional, como me advirtió, muy tempranamente, mi padre.

Por ello me emocionó la generosa iniciativa de los Ilmos. Sres. Dres. D. José Antonio Milán Martín, D. Pedro de Castro Sánchez, D. José Antonio Duran Quintana y D. José Cantillana Martínez al proponerme para el nombramiento de académico correspondiente, que tanto les agradezco.

Me permitirán que dé mi agradecimiento al Dr. Antonio Piñero Bustamante, por impulsar y dar visibilidad a la oftalmología sevillana fuera de nuestra ciudad, y a mi querido jefe el Dr. D. Pedro Vélez Medina por creer siempre en mí.

Querría darle las gracias a Dios, por permitirme tener aquí a mis padres, compartiendo conmigo un día tan especial, también a mi marido y a mis hijos, a todos por darme la paz y la alegría necesaria para afrontar mi trabajo.

No quiero olvidar agradecer a los demás familiares y amigos, muchos de ellos colegas de profesión, de los que aprendí y sigo aprendiendo, he tenido mucha suerte de que me hayan acompañado en el camino.

He hablado de agradecimientos sentidos y sinceros.

También debo hacerlo de los compromisos que adquiero con la academia. Esta tiene como objetivo el cultivo, fomento y difusión de las ciencias médicas.

Es exactamente a lo que me comprometo, en el ámbito de la oftalmología, con ilusión, convencida de su relevancia en cuanto a los avances tecnológicos que aporta y el impacto que tendrá en otras áreas de la medicina.

A ello se dedica el contenido de mi exposición, en la que explicaré brevemente, cómo ha evolucionado la oftalmología desde que entré a formar parte de ese grupo de profesionales que tienen a su cargo ese órgano bilateral, del que más se ha enamorado el ser humano: los ojos.

Los avances Oftalmológicos producidos en los últimos 30 años han sido revolucionarios.

Es un órgano sorprendentemente subespecializado, procede de diversas capas embrionarias, implicándose en tantos síndromes y enfermedades sistémicas, ello nos hace trabajar con otras especialidades de la medicina.

Su interesante complejidad quirúrgica, debido al tamaño del órgano y su función, la hace una especialidad con numerosos retos.

Para sorpresa de muchos, este órgano forma parte del SNC, ya que, en su fase embrionaria más precoz, comienza creando la retina a partir del prosencéfalo.

En la retina es donde se produce la magia...

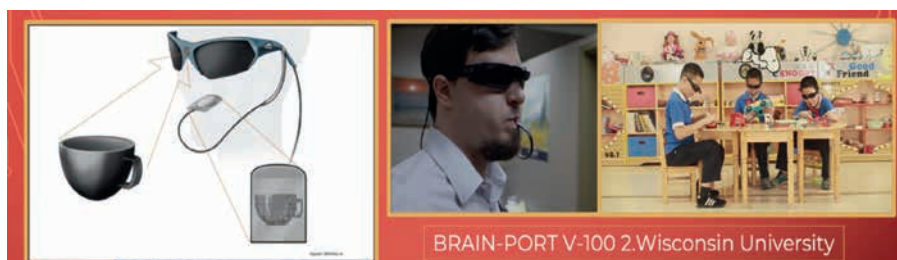
Es donde el estímulo lumínico se convierte en un estímulo nervioso y así a través del nervio óptico comienza la vía visual, hasta llegar a la corteza occipital, dónde está la visión central, proceso al que denominamos, “la visión”.

Todo ello nos da una idea de la importancia de procurar un correcto desarrollo madurativo, ya que no vemos con los ojos, sino con el cerebro, con él, comprendemos lo que vemos, función principal de la visión.

A lo largo de estos años hemos podido realizar algunas incursiones con la visión artificial, tratando de saltarnos tramos de la vía visual y acceder a la corteza occipital, pero con poco éxito aún, ya que la fusión del procedimiento eléctrico y biológico es muy compleja.

He trabajado con empresas implicadas en la visión artificial, con ilusión y esperanza y de todo hemos sacado un interesante aprendizaje sobre este tema.

¡Hemos aprendido incluso que el 2º puerto visual es la lengua! Existiendo un dispositivo que realiza un estímulo similar al Braille sobre ella y ayudando a pacientes a la deambulación.

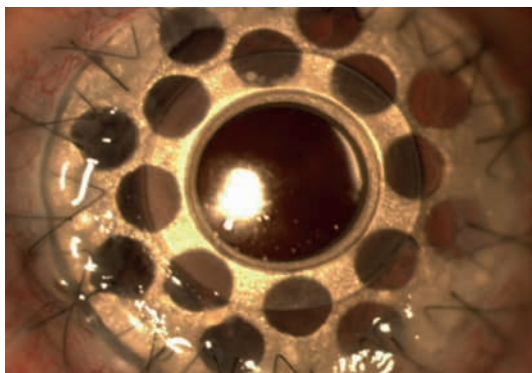


Pero hasta que llegue el ojo biónico...

El estímulo visual precisa, hasta llegar a la retina, un camino libre de aberraciones.

Es el único órgano con un tejido transparente, la córnea, ahí la tecnología no ha dejado de asombrarnos.

Me dio tiempo de conocer varias subespecialidades de la oftalmología en mi trayectoria profesional, esto me ha permitido ser un cirujano mixto, necesario para la cirugía oncológica ocular.



Los avances en cirugía de polo anterior nos dan acceso a córneas artificiales y los trasplantes se realizan con técnicas más conservadoras, trasplantando capas internas únicamente.

El iris, muestra esa ventana pupilar que durante mucho tiempo nos permitió diagnosticar sin pruebas de imagen, hoy somos conscientes de todo lo que no podíamos ver...

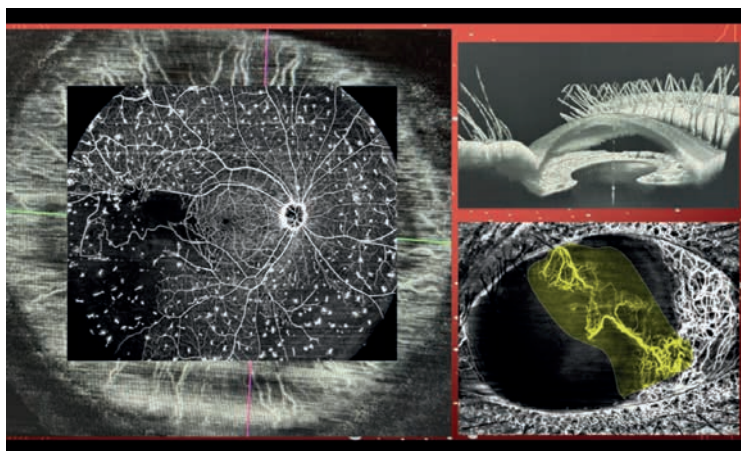
El iris, nos hace únicos a los seres humanos, funciona como la huella digital más exacta que podemos analizar, por lo que irá seguramente cogiendo protagonismo en este mundo tecnológico que vivimos.

Hoy, tan en alza la inteligencia artificial, la oftalmología comienza a utilizarla con prudencia, pero será una herramienta clave, pues por su tecnología es idónea para ello.

Con el cambio de siglo hubo una drástica modificación de la cirugía de cataratas. Fue el primer cambio que viví siendo solo residente, la tecnología se impuso al cirujano artesanal. Una cirugía realizada cada vez por incisiones de menor tamaño, ofreciendo un mayor éxito postoperatorio. Gracias a las medidas profilácticas, pre e intraoperatoria, la disminución del riesgo de esa infección devastadora para la visión como es la endoftalmitis, ha sido significativa.

El segundo cambio revolucionario que viví pocos años después y que se ha vuelto imprescindible para el diagnóstico por imagen, es la tomografía de coherencia óptica, más conocida por sus iniciales inglesas OCT.

La imagen multimodal es una herramienta clave en el diagnóstico en oftalmología y nos sorprende de una forma incomparable gracias al acceso que nos brinda la ventana pupilar.



Con la OCT podemos realizar imágenes para el polo anterior y posterior alcanzando una panorámica de 220° analizando la extrema periferia de la retina. Esta técnica ha permitido el diagnóstico con una precisión micrométrica, de forma no invasiva.

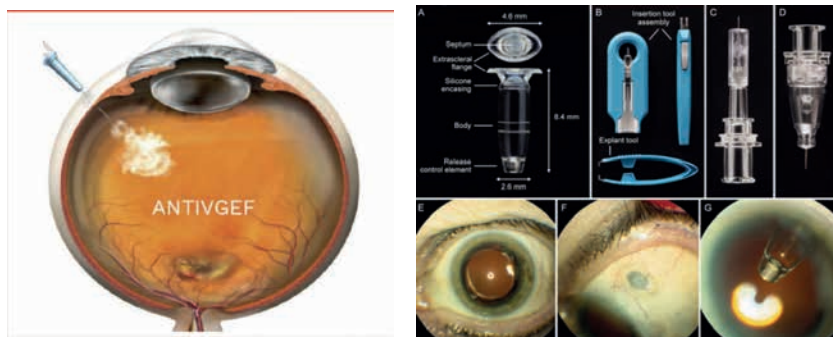
Existen trabajos que la comparan con la microscopía electrónica. Podemos diferenciar partes de los fotorreceptores (1° neurona de la vía visual) y valorar incluso su actividad. Esto nos acerca así al estudio histológico in vivo de la retina fuera del microscopio.

Además de un estudio macular exhaustivo, ha hecho posible cambiar el estudio del paciente glaucomatoso crónico, analizando las capas más internas de la retina y el nervio óptico, dándonos un diagnóstico precoz más exacto.

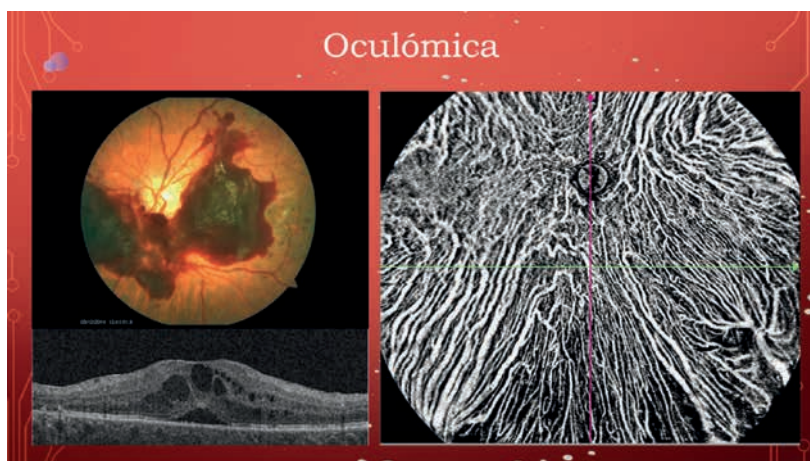
La Angiografía de coherencia óptica (Angio-OCT) nos complementa la técnica, analizando la red vascular en distintas profundidades, sin inyección de contraste, solo detectando el movimiento sanguíneo, y dibujando así los vasos.

La idea es adelantarnos a los síntomas irreversibles.

La esperanza de vida que aumenta día a día, hace que el incremento de la degeneración macular asociada a la edad nos siga suponiendo un reto, la OCT ha sido clave en esta patología y los nuevos fármacos antiangiogénicos nos llenan de esperanza al retrasar la evolución. En breve reduciremos el número de inyecciones con dispositivos de eliminación lenta.



El avance de estas tecnologías no invasivas nos ha llevado al surgimiento de la **OCULÓMICA**, un área emergente de investigación, que genera biomarcadores oculares en procesos sistémicos. De esta forma la OCT se ha propuesto como herramienta para detectar casos sospechosos de enfermedad de Alzheimer o esclerosis múltiple. Con las nuevas oct ya podemos estudiar la coroides, escondida detrás de la retina hasta ahora, por lo que abrimos una nueva puerta a la investigación para el estudio de enfermedades cardiovasculares.



Sorprendentemente, tal es el auge de la Oculómica, que ya me he visto incorporada en una red de investigación del Carlos III colaborando con investigadores de otras muchas especialidades.

Tenemos la suerte de haber podido acoplar la OCT al microscopio quirúrgico, permitiendo tratamientos de inyección de terapia génica en el espacio subretiniano con una precisión absoluta. Actualmente la realizamos en enfermedades degenerativas como la retinosis pigmentaria con mutación bialélica en RPE65 (enfermedad de Leber) con resultados ilusionantes.



Es un órgano que por su privilegio inmunológico nos abre la puerta a la investigación, gracias a la biología molecular. La terapia génica y celular nos enseñan un futuro prometedor. El trabajo en equipo con investigadores de ciencias básicas se hace imprescindible.

Este privilegio inmunológico no lo hace invulnerable a las enfermedades autoinmunes, pero el auge de fármacos biológicos ha mejorado el pronóstico de enfermedades mucosinequiantes y uveítis rebeldes de forma eficiente.

La cirugía retiniana siempre fue un reto, he tenido la suerte de vivir el avance tecnológico pudiendo resolver problemas que hace años eran inoperables, poder trabajar con instrumental de 23,25 y 27 Gauge sobre la retina neurosensorial, ha hecho posible tener resultados inimaginables.



Los tintes biológicos han hecho visible al ojo humano la capa más interna de la retina, la membrana limitante interna, una membrana 1000 veces más fuerte que las membranas celulares y con una resistencia mecánica (similar a la del cartílago articular) que contribuye al 50% de la rigidez retiniana. Su pelado para patología macular y para casos de desprendimien-

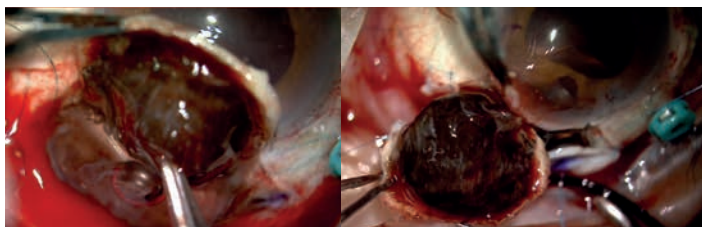
tos de retina severos ha hecho mejorar el pronóstico quirúrgico.

Es ya una realidad en investigación, estudios para crear una retina artificial, es algo que empieza, pero el futuro dirá...

Por último, en cuanto a la Oncología ocular,

Acoplamos la radioterapia localizada con técnicas de braquiterapia, disminuyendo complicaciones a largo plazo, sobre todo en niños, consolidando los tratamientos de quimioterapia para Retinoblastoma, cuando éste lo ha necesitado.

El **Melanoma Coroideo** es el tumor intraocular maligno más frecuente, con una incidencia al alza abrumadora, seguramente por la mejora en las técnicas diagnósticas.



Hemos conseguido extraer tumores malignos preservando el globo y en ocasiones incluso la visión, evitando cirugías mutilantes.

Las biopsias con estudio de perfil genético, dándonos el pronóstico vital, es algo que debemos incorporar a nuestra actividad. La inmunoterapia está consiguiendo resultados inimaginables hasta hace nada, ya que el melanoma coroideo se considera una enfermedad sistémica por estar en el torrente vascular.

Vacunas eficientes contra el melanoma ocular será lo que el futuro nos traerá, por ser un tumor idóneo para ello.

Y para concluir solo decir que:

-Nos situamos en un momento de la evolución científica apasionante y lleno de posibilidades.

-Tanto la genética como la biología molecular, empiezan a convertirse en claves para la mejora continua en oftalmología.

-La posibilidad de contribuir con nuestro esfuerzo colectivo con investigadores de base e ingenieros constituye una oportunidad irrepetible, que debemos aprovechar con todo nuestro esfuerzo por lo que desde mis posibilidades intentaré seguir ayudando con trabajo, ilusión y esperanza.

-Por todo lo dicho y solo con el apoyo de esta academia y todos los profesionales que ella representa, seremos capaces de traer un futuro mejor.

Muchas gracias.

“ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA”

Dr. Antonio Millán Jiménez

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Sevilla
Excmas. e Ilmas. autoridades y representaciones
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos de número
Sres. académicos correspondientes
Querida familia
Queridos compañeros y amigos
Señoras y señores

En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a los tres académicos de número ilustrísimos Dres. Joaquín Núñez Fuster, Federico Argüelles Martín e Ignacio Gómez de Terreros, que han firmado mi candidatura como académico correspondiente y al resto de académicos numerarios que han considerado favorablemente mi ingreso en esta prestigiosa institución.

Excelentísimo Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros gracias por su amable presentación. Es un honor ser presentado por alguien con una trayectoria profesional tan amplia y brillante como pediatra, académico y comprometido con la defensa de los derechos del menor.

Quiero agradecer también al ilustrísimo Dr. D. Federico Argüelles Martín su apoyo profesional y personal desde que llegué a Sevilla, hace ya 20 años. Gracias Federico.

Como presidente del Patronato de la Fundación Gota de Leche, fundada en 1906 y que sigue comprometida con la infancia en situación de riesgo social, quiero agradecer a las empresas, instituciones y socios su apoyo. También a Rocío Corona por su labor y compromiso diario y al profesor Manuel Sobrino, director de esta, y con una dilatada experiencia en pediatría social y cooperación internacional.

A mis amigos, algunos lo son desde la infancia y otros los he ido incorporando a lo largo de mi vida, gracias por estar ahí.

A mi hermano, que nunca ha dejado de apoyarme y aconsejarme.

A mis hijos, de los que estoy profundamente orgulloso y especialmente a mi mujer, María Jesús, presente en mi vida desde los 15 años y que ha influido de manera decisiva en mi desarrollo personal y profesional.

Deseo expresar mi compromiso con esta prestigiosa institución, materializado en varias aportaciones realizadas a lo largo de más de una década, y que hoy se hace visible oficialmente con mi recepción como académico correspondiente. Seguiré a su completa disposición para contribuir a su desarrollo y repercusión social en todo lo que pueda.

El tema que abordaré en mi discurso de recepción titulado “Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pediatría” lo he elegido por varias razones:

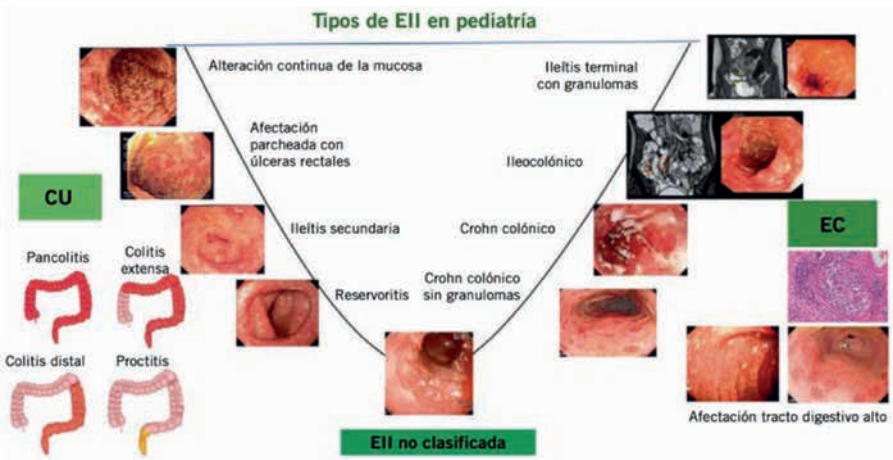
- por mi actividad asistencial como pediatra especialista en Gastroenterología y Nutrición en la que atiendo a pacientes con esta enfermedad.
- para explicar el complejo abordaje diagnóstico y terapéutico que conlleva en la infancia y la adolescencia y,
- por las implicaciones psicológicas y sociales que tiene en aquellos niños y adolescentes que la padecen.

La Pediatría Social, como especialidad, es transversal y universal para todos los pediatras y la llevamos a la práctica a diario. Definirla es complicado; yo la entiendo como una relación bidireccional entre niño y adolescente con la sociedad, de la que la familia y amigos son el entorno más próximo. Y es bidireccional porque hace referencia a la atención que debemos prestar al daño que la sociedad puede infringir a un niño o adolescente sano (maltrato, abuso, pobreza...) y también, al contrario, el daño ocasionado por una enfermedad crónica, y es el aspecto que hoy abordaré, que condiciona negativamente el desarrollo psicológico y la integración plena en la sociedad de niños y adolescentes.

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal consiste en una inflamación crónica de causa multifactorial que se expresa con dolor abdominal, diarrea y/o rectorragia, malnutrición y, cuando se desarrolla en la infancia, suma la talla baja y un impacto psicológico más significativo que en el adulto. Cursa alternando brotes de actividad y periodos de latencia. Tradicionalmente se clasifica en Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa y una forma no clasificada por no presentar características propias de ninguna de las dos anteriores.

No obstante, esta clasificación tiene dos importantes inconvenientes: habla de tipos de enfermedad y no de enfermos, pues cada uno de ellos expresa unas características que, aunque comunes, tienen matices propios en cada persona; y en segundo lugar simplifica la compleja expresividad y afectación de esta enfermedad (Figura 1).

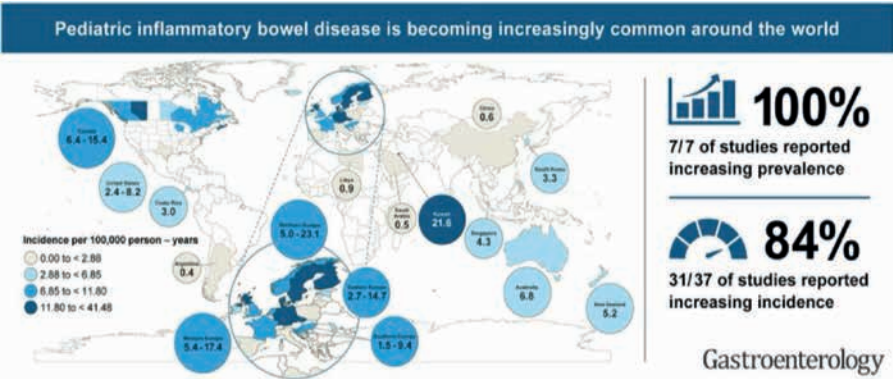
Figura 1. Complejidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal



Durante la infancia y la adolescencia se diagnostican el 30% de los casos y el resto en la edad adulta. En este periodo de la vida esta enfermedad tiene una incidencia en España de entre 5 y 7 pacientes por 100.000 habitantes y año. Cifra que es similar a la del resto de países occidentales y superior a la reportada en países asiáticos o de Sudamérica.

No obstante, se observa una tendencia creciente en el número de casos diagnosticados en la edad pediátrica (Figura 2).

Figura 2. Incidencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pediatría



Dicho incremento se ha intentado justificar atendiendo a tres posibles causas:

- alteración de la microbiota intestinal: la flora intestinal está compuesta por más de 100 billones de bacterias, además de otros microorganismos. Son numerosos los factores que la modifican, destruyen o facilitan el desarrollo de una flora patógena a lo largo de la infancia como: tipo de parto, cesárea o vaginal; alimentación al pecho o fórmula artificial; uso de antibióticos; uso de omeprazol...

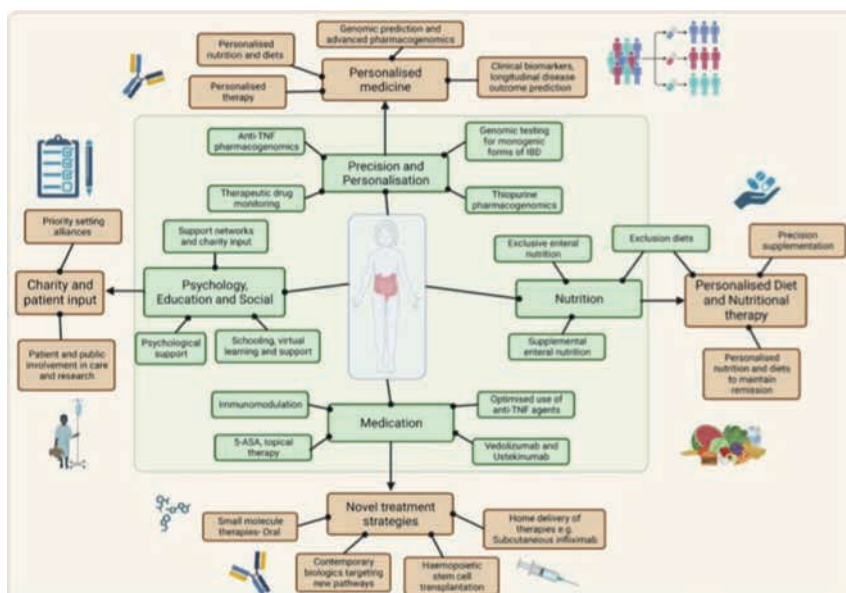
- teoría “higienista”: hace referencia a que la menor fratria actual, el menor contacto con la naturaleza o con mascotas incide negativamente para conseguir una maduración más compleja y completa del sistema inmunitario en la infancia. Ello repercutirá negativamente en una respuesta inmunitaria descontrolada a nivel intestinal.
- alimentación occidental basada en productos procesados, ultra procesados, azucarados y conteniendo numerosas sustancias utilizadas como antioxidantes, conservantes, potenciadores del sabor, etc. Este tipo de dieta, con una implantación cada vez más frecuente en la infancia, favorecería un ambiente proinflamatorio intestinal y modificador de la flora intestinal saludable.

Estas tres teorías, junto con la influencia de la herencia genética, explicarían la aparición de una respuesta inflamatoria mantenida, con picos de actividad, que dañaría la mucosa intestinal.

El proceso diagnóstico en la edad pediátrica no difiere del realizado en el adulto; pero sí es importante destacar que puede existir una dilación, desde que comienzan los primeros síntomas hasta el diagnóstico definitivo, de hasta 2 años. Esto se debe, en parte, a que el dolor abdominal o la diarrea son patologías frecuentes en la infancia.

La actitud terapéutica debe personalizarse en función de la edad, tipo de enfermedad, curso evolutivo y complicaciones asociadas. Son numerosos y entrelazados los aspectos que hay que manejar para un correcto manejo de la enfermedad (Figura 3).

Figura 3. Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica



Sin embargo, en la infancia es necesario tener en consideración unas particularidades de las principales herramientas terapéuticas:

- la nutrición enteral exclusiva ha demostrado la misma capacidad para inducir la remisión que el uso de corticoides en el debut de la enfermedad en los niños. Tiene el inconveniente de que es difícil de realizar durante las 8 semanas necesarias pero, además de inducir la remisión, recupera el estado nutricional y normaliza la composición de la microbiota intestinal.
- los corticoides tienen una gran capacidad antiinflamatoria y, por lo tanto, son útiles para inducir la remisión clínica de la enfermedad, aunque no histológica. Además, su uso prolongado o reiterado tiene graves consecuencias en la infancia: anomalías electrolíticas, hiperglucemia, reducción de la densidad ósea, afectación del crecimiento, hipertensión y alteraciones psiquiátricas.
- la azatioprina es uno de los inmunosupresores más utilizados para regular la respuesta inmune desproporcionada. Su dosificación pediátrica debe ajustarse en función de los niveles de la enzima tiopurina metiltransferasa para evitar toxicidad medular. Su uso asociado al de biológicos reduce la aparición de anticuerpos frente a éstos y mejora su acción. Sin embargo, a largo plazo se ha relacionado con la aparición de linfoma de células T y a corto plazo con mayor riesgo de infecciones.
- los biológicos más utilizados en pediatría son infliximab y adalimumab. Ambos son similares en su capacidad para la curación clínica e histológica, recuperación rápida de la talla y la salud ósea; así como de las complicaciones extraintestinales. Progresivamente su uso se está extendiendo a fases más precoces del tratamiento pues pueden modificar el curso de la enfermedad evitando la aparición de complicaciones. Se han descrito, en algunos pacientes, un fallo en la respuesta mantenida de estos fármacos asociado a características genéticas individuales que podrían usarse, en un futuro próximo, como predictores de respuesta y, por lo tanto, de su indicación.

Además de las características clínicas, fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas es fundamental conocer y abordar dos grandes problemas vinculados a esta enfermedad cuando se desarrolla en la infancia y la adolescencia: la repercusión social y psicológica.

La integración social del niño y, sobre todo, del adolescente es trascendental para un desarrollo sano y completo de la personalidad adulta. Estos pacientes sufren varios estigmas que les dificultan dicha integración:

- dismorfia: la desnutrición crónica, la talla baja y, aunque cada vez menos frecuente, el aspecto cushingoide por el abuso de corticoides,

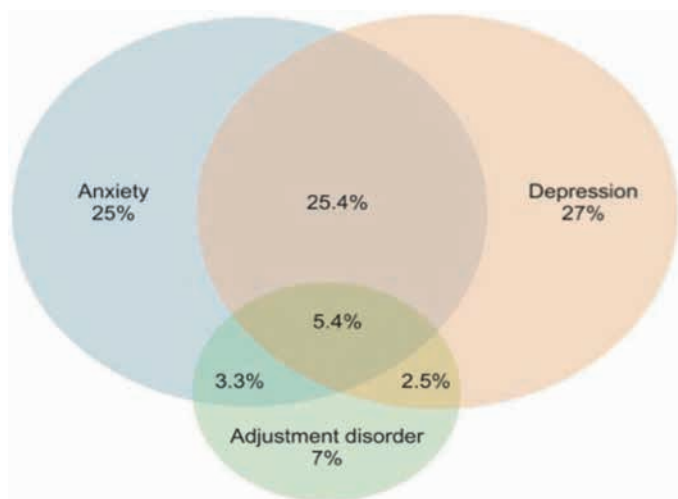
contribuyen a una imagen distorsionada de su cuerpo. Todo ello les impulsa al aislamiento social y a la falta de confianza para establecer relaciones de amistad o sexuales.

- desconfianza en el futuro: la evolución crónica y por brotes de la enfermedad condiciona su capacidad para realizar planes de futuro. Sienten que en cualquier momento pueden sufrir una recaída y esta percepción les condiciona para planificar excusiones, proyectos o vínculos prolongados personales o profesionales.

La repercusión psicológica es otro de los grandes problemas que, afortunadamente, cada vez se tiene más en cuenta para su detección y abordaje profesional.

Hasta un tercio de los pacientes sufren ansiedad o depresión y en menor porcentaje trastorno adaptativo (Figura 4)

Figura 4. Repercusión psicológica



Los síntomas que nos deben alertar del inicio de un proceso depresivo, sobre todo en la adolescencia, son estado de ánimo triste o irritable, hipo o hiperactividad motora, falta de sueño o hypersomnia, la baja autoestima, sensación de culpa (“me merezco esta enfermedad por alguna razón de índole personal”), cambio en el patrón de apetito e ideas autolíticas.

La depresión y la ansiedad suelen ir unidas en la mayoría de los casos. Por lo tanto, la valoración psicológica y/o psiquiátrica de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal durante la infancia, y sobre todo durante la adolescencia, es una medida terapéutica que debe incluirse desde el diagnóstico. Es importante no esperar a que se expresen los primeros síntomas, ya que puede minimizarse su incidencia y gravedad con la actuación precoz de los profesionales de salud mental.

La incidencia de estas dos patologías mentales es creciente en las últimas décadas y más acentuada en chicas que en chicos.

El riesgo de trastornos de la salud mental en niños y adolescentes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal es, aproximadamente, cuatro veces superior al de otros niños sin esta enfermedad. Además de la ansiedad y la depresión otros trastornos psiquiátricos están incrementados: trastorno bipolar, fobias, ataques de pánico, trastorno adaptativo o abuso de sustancias.

Asimismo, el estado de ánimo en ellos es inestable, pasando por diferentes etapas a lo largo del tiempo tras el diagnóstico. Estos cambios van, de forma progresiva, desde ansiedad, alegría al saber que existe tratamiento, miedo, sensación de amenaza, culpa, desilusión, depresión, hostilidad y finalmente, en la mayoría de ellos, gradual aceptación y mirar al futuro con una actitud positiva confiando en poder convivir con la enfermedad.

La familia, fundamentalmente las madres, también experimentan una afectación psicológica importante. Así, el 5% de las madres son diagnosticadas de depresión en las primeras semanas tras el diagnóstico y el 50% tiene síntomas depresivos a lo largo de todo el proceso. El absentismo laboral de los cuidadores sube al 26,4%; cuatro veces más que el de la población general.

Los objetivos del tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la edad pediátrica deben tener en cuenta todos estos aspectos y podrían resumirse en:

- controlar la enfermedad: curación mucosa, prevenir recaídas y las complicaciones intestinales y/o sistémicas.
- promover un adecuado estado nutricional y un crecimiento físico correcto.
- minimizar la toxicidad farmacológica.
- maximizar la adherencia al tratamiento.
- promover el bienestar psicológico
- mejorar la calidad de vida.

Para conseguir dichos objetivos es importante conocer el proceso diagnóstico y terapéutico, pero, además, debemos tener en cuenta un abordaje integral que incluya:

- seguimiento cercano y proactivo. Al ser una enfermedad dinámica, con cambios en su actividad frecuentes, la anticipación o previsión de dichos cambios hacia una mayor actividad favorecerán el mejor control.
- accesibilidad a los profesionales que están implicados en su tratamiento: enfermería y facultativos. La posibilidad de contacto telefónico o email evita complicaciones, adapta en tiempo real el tratamiento y elude consultas en urgencias.

- abordaje multidisciplinar por pediatra, nutricionista, psicólogo, farmacéutico que permiten optimizar el abordaje terapéutico.
- implicación familiar para reducir el impacto social, el absentismo escolar y facilitar la realización de ejercicio físico adaptado a la situación en la que se encuentre en cada momento el paciente.
- realizar una transferencia o transición a los especialistas de adultos bien coordinada lo que permitirá reducir la sensación de abandono, la ansiedad por el cambio a especialistas que no conocen y continuar sin lapsos el tratamiento.

En conclusión:

- la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en niños y adolescentes tiene una mayor y más compleja repercusión en su salud física y emocional que en el adulto.
- debemos abordar y prevenir el deterioro en las relaciones sociales y la influencia negativa de la enfermedad en la construcción de una personalidad sólida, sobre todo, en el adolescente.

Actualmente podemos abordar el tratamiento de esta enfermedad en la edad pediátrica de una forma más eficaz, al combinar un mejor conocimiento de la nutrición, de los fármacos que utilizamos y de realizar un abordaje multiprofesional.

Bibliografía:

- Martín-de-Carpi J, Rodríguez A, Ramos E, Jiménez S, Martínez-Gómez MJ, Medina E; SPIRIT-IBD Working Group of Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Increasing incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Spain (1996-2009): the SPIRIT Registry. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19:73-80.
- Thavamani A, Umapathi KK, Khatana J, Gulati R. Burden of Psychiatric Disorders among Pediatric and Young Adults with Inflammatory Bowel Disease: A Population-Based Analysis. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2019;22:527-535.
- Mackner, L.M., Greenley, R.N., Szigethy, E., Herzer, M., Deer, K. Hommel, K.A. Psychosocial Issues in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2013;56:449-458.
- Kuenzig, M. Fung SJ, Marderfeld L. et al. Twenty-first Century Trends in the Global Epidemiology of Pediatric-Onset Inflammatory Bowel Disease: Systematic Review. *Gastroenterology.* 2022;162:1147-1159.
- Halloran J, McDermott B, Ewais T et al. Psychosocial burden of inflammatory bowel disease in adolescents and young adults. *Intern Med J.* 2021;51:2027-2033.

- Brooks AJ, Norman P, Peach EJ et al. Prospective Study of Psychological Morbidity and Illness Perceptions in Young People with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2019;13:1003–1011.
- Bishop J, Lemberg D, Day A. Managing inflammatory bowel disease in adolescent patients. *Adolesc Health Med Ther*. 2014;5:1-13.
- Knowles SR, Graff LA, Wilding H, Hewitt C, Keefer L, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part I. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24:742-751.
- Stapersma, L., van den Brink, G., van der Ende, J. et al. Illness Perceptions and Depression Are Associated with Health-Related Quality of Life in Youth with Inflammatory Bowel Disease. *Int.J. Behav. Med*. 2019;26:415–426.
- Velasco Rodríguez-Belvis, M., Palomino, L., Pujol-Muncunill, G. et al. Transcultural adaptation and validation of IMPACT-III and IMPACT-III-P in Spanish families: a multicenter study from SEGHN. *Eur J Pediatr*. 2024;183:3417–3430.
- Gobbo M, Carmona L, Panadero A et al. The psychosocial impact of inflammatory bowel disease and its management. From the patients' perspective. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41:640-642.
- Ashton JJ, Beattie RM. Inflammatory bowel disease: recent developments. *Arch Dis Child*. 2024;109:370-376.
- Rea KE, Cushman GK, Westbrook AL, Reed B. Trajectories of psychological stress in youth across the first year of inflammatory bowel disease diagnosis. *J Psychosom Res*. 2023;165:111143.
- Kelly E Rea, Grace K Cushman, Adrianna L Westbrook, Bonney Reed, Parenting Stress over the First Year of Inflammatory Bowel Disease Diagnosis, *Journal of Pediatric Psychology*. 2022;47:1156–1166.

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (V)

DÍA 17 DE OCTUBRE

Dr. Manuel Eugenio Dorado Ocaña, presentada por el Ilmo Sr. Dr. José López Barneo

Dr. Pedro Manuel Garamendi González, presentado por el Ilmo. Sr. Dr. Joaquín Lucena Romero



Dr. López Barneo, Dr. Dorado, Dr. Infantes, Dr. Garamendi y Dr. Lucena

“INNOVACIÓN Y FUTURO EN LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA HUMANA DURANTE LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL: MODELOS 3D, REALIDAD VIRTUAL E INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO HERRAMIENTAS EDUCATIVAS”

Dr. Manuel Eugenio Dorado Ocaña

Con la venia

“Para desarrollar tu mente: Estudia la ciencia del arte. Estudia el arte de la ciencia. Desarrolla tus sentidos. Aprende a ver. Date cuenta que todo se conecta con todo“.

Leonardo Da Vinci

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Sevilla

Ilmos. señores académicos de número y
académicos correspondientes

Dignísimas autoridades

Señoras y señores

Antes de iniciar este discurso, quiero expresar mi más alta consideración y agradecimiento tanto al presidente de esta academia, como al resto de sus miembros, especialmente a los doctores José López Barneo, Blas Rodríguez de Quesada y Juan Sabaté Díaz, por el valioso honor que me hacen al depositar su confianza en mí, permitiéndome ingresar como académico correspondiente en esta histórica, lustrosa y prestigiosa institución, acreditado faro de saber científico y académico. Singularmente, vaya mi agradecimiento expreso al profesor doctor José López Barneo, por las cariñosas palabras que me ha dedicado en su presentación.

Permítanme, antes de hacerles partícipes de este discurso de ingreso, traer a este atril mi recuerdo y gratitud eterna hacia varias personas. En primer lugar, a mis padres, a cuyo esfuerzo, dedicación y esmero debo el desarrollo académico y profesional que durante tantos años he venido desarrollando en el ámbito de la Medicina, a la que considero la más maravillosa de las carreras universitarias.

En segundo lugar, vaya mi sincero reconocimiento a la labor de mis maestros universitarios, los profesores José M.^a Genis Gálvez, Francisco Malagón Cobos y Francisco A. Prada Elena, que forjaron en mi la ilusión por el estudio de la Anatomía y Embriología Humana. Del mismo modo, dejo patente mi gratitud a todos mis compañeros del Departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Facultad de Medicina de Sevilla, cuya ayuda ha contribuido decididamente al desempeño de mis labores docentes en el ámbito de la Anatomía Humana de la forma más satisfactoria y eficiente.

Asimismo, quiero agradecer al profesor Luis Capitán Morales, toda la confianza depositada en mi en los últimos años.

Finalmente, hago público y expreso agradecimiento a mi esposa Belén y a mi hijo Manuel, por su paciencia y comprensión, soportando durante todos estos años mis periodos de enclaustramiento dedicados a la preparación de las necesarias actividades docentes.

Con ello, es un inmenso honor, extraordinario privilegio y profunda responsabilidad tomar la palabra hoy en este insigne foro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, a cuyos ilustres miembros me dispongo a leer un discurso de ingreso titulado: “Innovación y futuro en la enseñanza de la Anatomía Humana durante la era de la transformación digital: Modelos 3D, Realidad Virtual e Inteligencia Artificial como herramientas educativas”, tema que sintetiza el espíritu innovador y multidisciplinario que siempre ha caracterizado a esta academia.

Una disertación que ahonda en la evolución, presente y futura, de la enseñanza de la Anatomía Humana en el contexto de la transformación digital, abordando cómo las tecnologías digitales están moldeando y remodelando el estudio del cuerpo humano, transformando tanto el aprendizaje como la práctica médica.

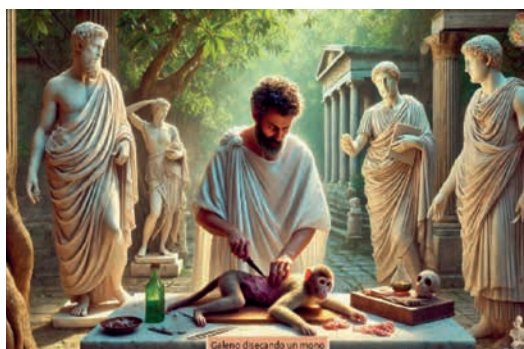
La Anatomía Humana se remonta a las primeras civilizaciones, donde la curiosidad por la estructura interna del cuerpo era impulsada por motivos religiosos y médicos. En Egipto, hacia el año 1600 antes de Cristo, se encuentran los primeros documentos anatómicos en el Papiro de Ebers y el Papiro de Edwin Smith, que describen órganos como el corazón y los vasos sanguíneos. Los egipcios, motivados por la práctica de la momificación, adquirieron un conocimiento empírico del cuerpo humano.



La transición hacia una Anatomía Humana sistematizada ocurrió en la Grecia clásica. Hipócrates de Cos (460-370 a.C.) es considerado el padre de la medicina, aunque su enfoque era más funcional que estructural. Fue Aristóteles (384-322 a.C.) el primero en distinguir la Anatomía Humana descriptiva, realizando disecciones en animales que pusieron las bases del estudio comparativo.



Sin embargo, serían Herófilo de Calcedonia (335-280 a.C.) fundador de la Anatomía Científica en Alejandría, junto a Erasístrato, quienes realizaron disecciones en cadáveres humanos —una práctica innovadora y controvertida en su época— describiendo con precisión el sistema nervioso, el hígado y los órganos reproductores. El retroceso del pensamiento científico en el Imperio Romano redujo el estudio anatómico a descripciones textuales, siendo Galeno de Pérgamo (129-216 d.C.) el principal referente. Aunque no tenía acceso a cadáveres humanos, sus disecciones de simios y sus textos dominaron el conocimiento anatómico durante más de 1.300 años.



La Anatomía Humana en la Edad Media estuvo marcada por una profunda influencia de la Iglesia y la falta de acceso a conocimientos anatómicos debido a las restricciones impuestas sobre la disección y la exploración directa del cuerpo humano. Durante este período, la práctica de la Anatomía Humana se limitó en gran medida a lo que se podía conocer a través de textos antiguos, especialmente de la obra de Galeno, escrita en el siglo II después de Cristo, cuyas descripciones y teorías, basadas en disecciones de animales, fueron tomadas como autoridad indiscutible.

El Renacimiento marcó un resurgimiento de la Anatomía Humana. Andreas Vesalius (1514-1564), con su



obra *De Humani Corporis Fabrica* publicada en 1543, revolucionó la disciplina. Vesalio realizó personalmente las disecciones y demostró las inexactitudes y errores en los textos de Galeno. Con su audacia desafió el conocimiento anatómico de la época, defendiendo la importancia de la observación directa del cuerpo humano como método científico. La precisión de sus ilustraciones, inspiradas en el arte renacentista, estableció un nuevo estándar en la anatomía descriptiva.

Dicha metodología de enseñanza sigue manteniendo hoy día plena validez: el aprendizaje de la Anatomía Humana debe estar basado en la experiencia sensorial y empírica. Y es que, casi cinco siglos después, esa observación directa ha evolucionado hasta niveles inimaginables para el propio Vesalio, debido principalmente a la digitalización de los modelos anatómicos.

En los últimos siglos, hemos visto cómo los métodos de enseñanza anatómica han evolucionado hacia técnicas más sofisticadas y menos invasivas, sin abandonar la importancia del rigor visual y empírico que defendiera Vesalio. Así, estando históricamente limitado para la enseñanza el acceso a cadáveres, observamos cómo en los últimos años los avances tecnológicos han permitido suplir estas limitaciones, ofreciendo herramientas que complementan, e incluso amplían, las capacidades de la observación directa.

Históricamente, el estudio de la Anatomía Humana quedaba sujeto tanto a las disecciones cadavéricas como a los textos. Aunque estos métodos fueron, y siguen siendo, fundamentales, presentaban ciertas limitaciones. De un lado, las disecciones eran tan limitadas en número como ciertamente inaccesibles. De otro lado, los textos y diagramas anatómicos, aunque valiosos, no podían captar la complejidad tridimensional del cuerpo humano en movimiento. Además, los modelos anatómicos de cera y otros materiales, utilizados en siglos recientes, ofrecían representaciones estáticas y limitadas.

Sería Leonardo da Vinci, pionero en el estudio de la Anatomía Humana a través del dibujo, quien en pleno Renacimiento intentó superar estas barreras con representaciones precisas y detalladas del cuerpo humano. Sin embargo, esos dibujos tan extraordinarios, no ofrecían la experiencia inmersiva y el realismo que hoy día alcanzamos a lograr con las tecnologías digitales.

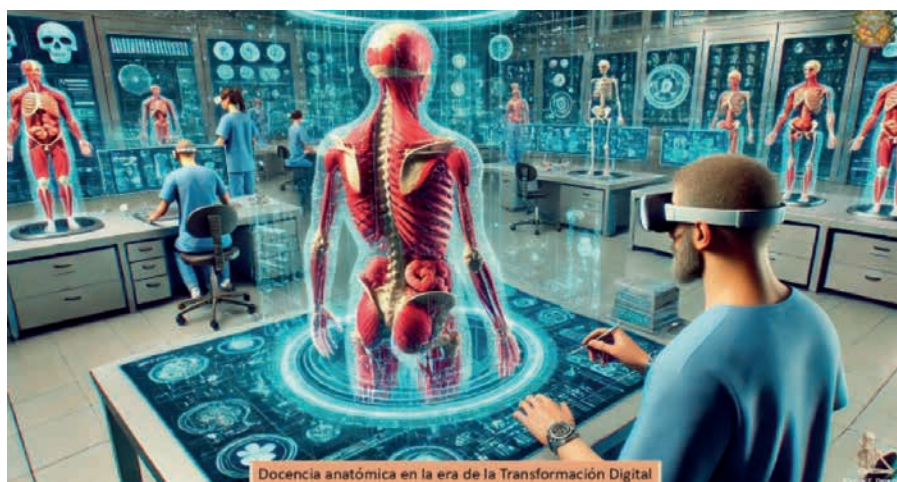


Estamos, sin duda, en una nueva era. La transformación digital ha llegado a la enseñanza de la Anatomía Humana con una fuerza disruptiva, abriendo nuevos horizontes que pudieran parecer impensables hace tan solo unas décadas. Indudablemente, la digitalización ha permitido un acceso sin precedentes al conocimiento anatómico, desarrollando modelos que enriquecen la experiencia formativa de los estudiantes.

El tradicional atlas anatómico, que durante siglos fue la herramienta principal de todos los estudiantes de Medicina, ha dado paso a modelos tridimensionales, simulaciones en tiempo real, aplicaciones interactivas y recursos de Inteligencia Artificial (IA) que van mucho más allá, trascendiendo las limitaciones bidimensionales de los libros. Una transformación que no solo ha optimizado el tiempo de enseñanza, sino que también ha incrementado significativamente la comprensión de la consabida tridimensional y compleja Anatomía Humana.

Al respecto, uno de los avances más notables y significativos en la enseñanza anatómica ha sido la adopción de modelos tridimensionales (3D). Unos modelos que permiten la visualización detallada de estructuras anatómicas desde cualquier ángulo, facilitando la comprensión espacial y topográfica del cuerpo humano. Los trabajos de Tamura y colaboradores; y de Mareno y colaboradores, ambos en 2019, incidieron en la importancia de la utilización de imágenes tridimensionales en aras de mejorar significativamente la retención del conocimiento en los estudiantes, posibilitando la manipulación virtual de órganos y sistemas, algo tan impensable como imposible con los métodos tradicionales de enseñanza.

Estos nuevos modelos facilitan la realización de “disecciones digitales”, permitiendo a los estudiantes una exploración minuciosa y exhaustiva de las diferentes capas del cuerpo sin necesidad de utilizar cadáveres. Si bien el uso de estos sigue siendo imprescindible en la enseñanza médica, los modelos tridimensionales (3D) contribuyen insondablemente a preparar mejor a los alumnos para las disecciones reales, permitiéndoles una visualización previa y una mejor comprensión de las relaciones anatómicas más difíciles.



El siguiente paso en esta revolución resulta, sin lugar a duda, el uso de la realidad virtual (VR) y la realidad aumentada (AR), tecnologías que ofrecen y evidencian una experiencia educativa que va más allá de lo que cualquier libro o modelo físico pudiera proporcionar.

La realidad virtual (VR) permite a los estudiantes adentrarse completamente en un entorno anatómico tridimensional, explorando y sumergiéndose en el cuerpo humano como si estuvieran dentro de él, algo particularmente útil para comprender estructuras difíciles de visualizar con los métodos tradicionales. Según las investigaciones de Seymour y colaboradores desarrolladas en 2020, la realidad virtual (VR) mejora la memoria visual y la comprensión espacial, aspectos fundamentales en el estudio de la Anatomía Humana y por tanto de la Medicina. Igualmente, y de acuerdo con los postulados de Bridge y colaboradores, publicados también en 2020, las experiencias de realidad virtual (VR) tienen un impacto positivo no solo en el aprendizaje, sino también en la motivación y el compromiso de los estudiantes. Al poder interactuar con los modelos en un entorno inmersivo, estos llegan a sentir que están más cerca de la materia, lo que favorece la asimilación y el entendimiento de conceptos anatómicos complejos.

La realidad aumentada (AR), por otro lado, facilita la superposición de imágenes digitales sobre el entorno físico, lo que tiene una repercusión inmediata en la enseñanza de la Anatomía Humana sobre la clínica. Así, los estudiantes pueden utilizar dispositivos de realidad aumentada (AR) para visualizar estructuras anatómicas sobre cuerpos humanos reales o pacientes, lo que les permite correlacionar lo aprendido en la teoría con la práctica. Se pueden recrear escenarios de salas de disecciones virtuales, donde el alumnado puede visualizar piezas o preparaciones cadavéricas y recibir una información detallada de las mismas, contribuyendo a una integración de los contenidos teóricos y prácticos, que les facilita la comprensión de las estructuras anatómicas o regiones topográficas de una forma más completa, visual e intuitiva. Esto contribuye sin duda a un aprendizaje más eficiente. La integración de la Anatomía Humana en el contexto clínico evidencia un avance crucial, dado que hace del aprendizaje una experiencia más dinámica y aplicable en la vida real. En definitiva, la realidad virtual (VR) y la realidad aumentada (AR) no solo facilitan la adquisición del conocimiento, sino que también brindan la posibilidad de repetir simulaciones cuantas veces sea necesario, sin el coste y las limitaciones de los métodos tradicionales, lo que está cambiando radicalmente la forma en la que entendemos la formación anatómica y médica. La experiencia inmersiva en entornos reales con información complementaria e ilustrativa de los procedimientos o técnicas médicas realizadas, enriquecen de forma muy importante la formación de los alumnos teniendo una visión completa de la realidad del entorno, del procedimiento en sí y de los fundamentos y aspectos importantes del mismo. Las experiencias inmersivas de realidad aumentada (AR) y realidad virtual (VR) enriquecen, ilusionan y motivan a los estudiantes contribuyendo de forma muy positiva a su mejor formación.

Adentrémonos ahora en el análisis de uno de los grandes pilares sobre el que se sustenta la transformación digital: la Inteligencia Artificial (IA). Aunque en fase inicial, debemos decir que el uso de la Inteligencia Artificial (IA) en la enseñanza de la Anatomía Humana y la Medicina está avanzando a ritmos agigantados. Actualmente, la Inteligencia Artificial (IA) permite personalizar el aprendizaje de los estudiantes, adaptando los contenidos y la complejidad de las actividades según sus necesidades individuales.



Los algoritmos de aprendizaje profundo están siendo empleados incipientemente en la creación de sistemas educativos adaptativos, que no solo analizan las respuestas del alumnado, sino que al tiempo sirven para modificar los enfoques de enseñanza en función de su rendimiento. De esta manera, la Inteligencia Artificial (IA) puede ajustar el nivel de dificultad o proporcionar explicaciones adicionales cuando un estudiante tiene dificultades con ciertos conceptos. Los estudios de Li y colaboradores en 2021 demuestran que estos sistemas mejoran significativamente la capacidad del estudiantado para retener información y resolver problemas clínicos complejos.



En este sentido, la Inteligencia Artificial (IA) no solo actúa como herramienta para generar modelos 3D anatómicos o simular procedimientos quirúrgicos, sino que también se está utilizando para desarrollar plataformas educativas que ajustan automáticamente el contenido, de acuerdo con las fortalezas y debilidades de cada discente.



A modo de ejemplo, los docentes de la Universidad de Harvard vienen utilizando algoritmos de Inteligencia Artificial (IA) para analizar el progreso de los estudiantes en las plataformas de aprendizaje virtual. Estos algoritmos son capaces de identificar patrones de comportamiento y aprendizaje, sugiriendo áreas donde el alumnado necesita mejorar, proporcionando materiales personalizados para ello.



La Inteligencia Artificial (IA) ofrece aplicaciones prácticas en la simulación médica. Estos sistemas basados en la Inteligencia Artificial (IA), como el desarrollado por la Universidad de Stanford, permiten que los estudiantes

de Medicina interactúan con “modelos anatómicos o pacientes virtuales”, que reaccionan de manera similar a los seres humanos reales, mostrando respuestas fisiológicas a diferentes tratamientos.



Un campo emergente resulta el uso de tutores virtuales inteligentes, que pueden interactuar con los estudiantes, responder preguntas y adaptar la enseñanza en función del nivel de comprensión de cada alumno. Según los estudios de O'Toole y colaboradores en 2021, los sistemas de Inteligencia Artificial (IA) en la educación médica y especialmente en la Anatomía Humana, están revolucionando la manera en que los estudiantes interactúan con el contenido, al proporcionarles un aprendizaje activo y adaptativo. De este modo, la Inteligencia Artificial (IA) no solo potencia el aprendizaje pasivo, sino que fomenta una comprensión más profunda y personalizada de la Anatomía Humana, descriptiva y topográfica. El beneficio de los tutores virtuales inteligentes queda



vertebrado en una cuestión definitoria: ofrecen una enseñanza personalizada, accesible en cualquier momento, guían al alumno e incluso evalúan el progreso individual sin la necesidad de un profesor presente, lo que fomenta el aprendizaje autodirigido.

Según las reflexiones del profesor Julio Mayol sobre la Inteligencia Artificial (IA) generativa, publicadas en 2024: “La Inteligencia Artificial (IA) generativa no es solo una herramienta tecnológica avanzada; es un catalizador



de innovación y creatividad”. La clave está, como siempre, en cómo integramos la tecnología en la educación. En lugar de depender de ella para respuestas rápidas y soluciones fáciles, podemos utilizarla para crear entornos de aprendizaje que promuevan la curiosidad, la indagación y el debate crítico.

Paralelamente, la Inteligencia Artificial (IA) está revolucionando otra área de la enseñanza anatómica: el análisis de imágenes médicas. Y es que los algoritmos de Inteligencia Artificial (IA) permiten identificar patrones en



imágenes anatómicas y patológicas con una precisión comparable a la de los especialistas humanos. Parece altamente probable que, en un futuro inmediato, estas herramientas acaben integrándose en la enseñanza, ayudando así al alumnado a correlacionar imágenes clínicas con estructuras anatómicas y patologías específicas de una manera interactiva y automática.

Sin embargo, como en todo avance tecnológico, no podemos hablar solo de beneficios sin abordar también los consecuentes desafíos y dilemas éticos inherentes a ellos. Así, no podemos obviar que uno de los problemas más discutidos que se avecinan parece el riesgo de deshumanización en la enseñanza. Las herramientas digitales, aunque poderosas, no pueden reemplazar por completo la interacción humana, el juicio clínico basado en la experiencia o la empatía necesaria para la práctica médica. Como afirmaba Edmund D. Pellegrino, reconocido bioeticista, en 2010: “La Medicina es tanto una ciencia como un arte, y ambas deben ser enseñadas en conjunto”.

El uso de Modelos 3D, Realidad Virtual e Inteligencia Artificial (IA) requieren un cambio profundo en los métodos de enseñanza y en la capacitación de los docentes. Paulo Freire en su obra *Pedagogía del Oprimido*, publicada en 1968 decía: “La educación debe ser un proceso de diálogo y colaboración entre profesor y estudiante”. Las herramientas tecnológicas deben integrarse de manera que favorezcan ese diálogo, no sustituyéndolo por un aprendizaje meramente mecánico o superficial. Por tanto, las tecnologías digitales no deben reemplazar bajo ningún concepto la interacción entre do-



centes y alumnos ni eliminar la esencia humanista de la Medicina. En palabras de Aristóteles: “El propósito del arte es dar cuerpo a la esencia secreta de las cosas, no copiar su apariencia”. En este sentido, el arte de la Medicina no debe limitarse a una reproducción técnica de conocimientos, sino que debe integrarse con una comprensión ética y humana del ejercicio médico.

Por otra parte, un desafío futuro más que evidente parece la accesibilidad a estas nuevas tecnologías docentes. Y es que no todas las instituciones educativas albergan recursos necesarios para adoptar estas tecnologías de manera integral. Con ello, las disparidades en el acceso a estas herramientas pueden acrecentar las brechas educativas entre los propios estudiantes en función de los diferentes contextos socioeconómicos y geográficos donde se den. Ade-

más, el uso de datos personales en los sistemas de Inteligencia Artificial (IA) plantea cuestiones de privacidad y seguridad no menos importantes.

Concluyamos que estamos completamente inmersos en un momento tan histórico como crucial y apasionante para el desarrollo futuro de la enseñanza de la Anatomía Humana. La transformación digital está abriendo nuevas fronteras en la forma en que aprendemos y enseñamos sobre el cuerpo humano. Los Modelos Tridimensionales, la Realidad Virtual y la Inteligencia Artificial (IA) están revolucionando claramente la manera en que los futuros médicos se formarán, no solo en el conocimiento anatómico, sino también en la práctica clínica.



Al igual que Andreas Vesalio revolucionó la enseñanza anatómica hace unos quinientos años, hoy día asistimos a las formas en las que nuevas tecnologías se desarrollan continuamente, casi sin dilación y tiempo de asimilación. Sin



duda, recaerá en la responsabilidad del docente, la utilización de estas tecnologías para crear un entorno de aprendizaje más interactivo, inmersivo y personalizado, sin perder de vista los principios fundamentales de la educación y la ética.

La transformación digital está reconfigurando la enseñanza de la Anatomía Humana de una manera que nos invita a repensar nuestras metodologías, herramientas y enfoques educativos. Las tecnologías que actualmente tenemos a disposición —Modelos 3D, Realidad Virtual e Inteligencia Artificial (IA)— no solo mejoran la precisión y accesibilidad de la enseñanza, sino que también nos invitan a formar a las nuevas generaciones de médicos bajo un paradigma más dinámico, personalizado e innovador.

Como dijo el filósofo griego Sócrates: “La educación no es llenar un cubo, sino encender un fuego”. Y ese fuego se enciende con las chispas del avance tecnológico. Ahora, depende de nosotros asegurar que arda con el conocimiento, la ética y el compromiso que han caracterizado a nuestra



profesión desde sus orígenes. En definitiva, debemos recordar que la tecnología, por poderosa que sea, no es un fin en sí mismo, sino una herramienta más. El verdadero desafío se basará en la integración de estas tecnologías de manera efectiva y ética, favoreciendo la potencialización del aprendizaje sin deshumanizar la experiencia educativa y contribuyendo a la más eficiente formación de nuestros estudiantes.

Hoy, al ingresar en esta honorable, ilustre y egregia Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, muestro firmemente ante todos ustedes, mi compromiso público y solemne en continuar investigando y promoviendo estas nuevas fronteras del conocimiento, con la esperanza puesta en seguir formando a médicos, que no solo dominen la ciencia, sino que también comprendan la profundidad del arte de la Medicina.

Muchas gracias

“EL PAPEL DE LA MEDICINA Y DE LA ANTROPOLOGÍA EN LA ESTIMACIÓN FORENSE DE LA EDAD DE MENORES MIGRANTES SIN REFERENTE FAMILIAR”

Dr. Pedro Manuel Garamendi González

Excmo. Sr. presidente de la RAMSE

Ilmos. Sres. académicos de número

Sres. académicos correspondientes

Querida familia

Queridos compañeros y amigos

Señoras y señores

No quiero empezar este pequeño discurso sin agradecer sinceramente a los ilustrísimos Sres. académicos de número, Prof. Dr. Jaime Rodríguez Sacristán, Prof. Dr. Rogelio Garrido Teruel y Dr. Joaquín Lucena Romero por haber defendido mi candidatura como académico correspondiente de esta Real Academia de Medicina de Sevilla y sin cuyo apoyo hoy no estaría ante ustedes en esta ceremonia.

Si al joven médico forense que en 1992 tomaba posesión de su plaza como titular en los juzgados de Barakaldo en Bizkaia, le hubiesen dicho que 32 años después iba a ser nombrado académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Sevilla no se lo hubiese creído. En sus planes de futuro, aquel médico no contaba en absoluto con trasladarse al otro extremo de la península ni formar parte de instituciones prestigiosas tales como esta Real Academia de Medicina. Pero la vida nos conduce por sendas extrañas e imprevisibles y nos guarda a menudo agradables sorpresas.

Andalucía ha sido muy generosa conmigo. Me ha dado la mejor compañera de vida y una familia y unos hijos maravillosos. Y en lo profesional me ha mostrado puertas abiertas que en otros lugares no lo estaban y me ha permitido desarrollarme como persona y como profesional. He sido muy afortunado con los compañeros y compañeras que estos años me han acompañado en la senda profesional en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Huelva. Ellos y ellas me han hecho mucho más fácil el trabajo cotidiano y me han apoyado en mi desarrollo profesional y personal ... y no siempre ha sido fácil. Mi relación con los compañeros de

otras provincias andaluzas ha sido también muy fructífera, compartiendo con ellos múltiples experiencias profesionales y personales.

Mención especial merece el Dr. Joaquín Lucena, jefe de servicio de Patología Forense en Sevilla y académico de número de esta Real Academia al que he acompañado desde hace varias décadas en algunas de sus aventuras en sociedades científicas, que me ha apoyado siempre que lo he necesitado y a quien sin duda debo el honor de estar hoy aquí ante ustedes en esta Real Academia.

Hecha esta breve introducción, es conveniente que en este discurso ilustre a los presentes sobre algún aspecto de la medicina forense poco común para el colectivo sanitario, en el que tenga una experiencia destacada y que pueda ilustrar la labor de la medicina legal y forense en la práctica cotidiana de la medicina y el derecho. En mi caso, es el diagnóstico de edad en personas vivas, sin duda, ese campo de experiencia. Esta área de la medicina forense me ha permitido dirigir una parte importante de mi producción científica y de mis reflexiones sobre el papel de la medicina forense como expresión del acervo médico y como auxiliar en el ejercicio del Derecho.

Mi contacto con esta disciplina se remonta a los años 90 del siglo pasado cuando una fiscal de menores, gran profesional y mejor persona, solicitó la participación del Instituto de Medicina Legal en el que entonces trabajaba para un asunto judicial. La fiscal estaba muy preocupada por su incapacidad para entender el alcance y significado de los informes clínicos que solicitaba a los radiólogos para estudio de la edad ósea en el carpo con el fin de determinar la edad cronológica de supuestos menores de edad inmigrantes. El director del Instituto me asignó el estudio de aquel caso por mi interés, entre otras muchas áreas de la medicina forense, por la antropología forense.

La antropología forense es la disciplina que estudia los restos óseos humanos con el fin de poder realizar la identificación de los mismos y poder reconstruir las circunstancias y mecanismo de producción de la muerte. Al abordar el caso tuve que profundizar en las bases científicas que sustentaban los excelentes informes clínicos de edad ósea emitidos por los radiólogos del Hospital de Basurto, en Bilbao, con el fin de poder explicar a la fiscal de menores el significado para la causa judicial de los resultados clínicos recogidos en los informes de los radiólogos. Obviamente, la perspectiva estrictamente clínica de dichos informes no estaba orientada a responder a las cuestiones de interés judicial y la labor del forense en estos casos es la de actuar de intérprete entre campos distintos del saber: el médico y el judicial.

En no pocas ocasiones el papel de la medicina forense es precisamente el de actuar como traductor de los fundamentos científicos y de la forma de entender la realidad de la medicina al lenguaje y al mundo específicos

del Derecho. En ocasiones, también, esta labor es especialmente compleja porque en ambas disciplinas manejamos muchas elipsis y consensos tácitos y la labor de la medicina forense está precisamente en mostrar el contenido de estos consensos y de hacer explícitas esas elipsis para que los profesionales del Derecho puedan utilizar los conocimientos médicos en beneficio de la justicia.

Aquel primer caso de diagnóstico forense de la edad en un menor no documentado fue el inicio de una nueva línea de trabajo en el Instituto en el que entonces trabajaba y que he mantenido hasta la actualidad. La fiscalía de menores pudo utilizar los informes clínicos de edad ósea con fines legales de forma más precisa y con el aumento de la inmigración cada año se llegaban a solicitar más de 100 valoraciones de este tipo al Instituto de Medicina Legal, cifra desmesurada en aquellos tiempos para una provincia alejada de las zonas de entrada de inmigración a nuestro país. La necesidad de entender mejor los fundamentos científicos y de conocer mejor el estado del arte en esta materia a nivel internacional me llevó a iniciar una línea de investigaciones y de contactos internacionales con compañeros médicos forenses, antropólogos forenses y radiólogos de otros países que se hallaban confrontados a las mismas dudas y dificultades que me encontraba en mi actividad profesional. Me uní al grupo de estudio de la sociedad alemana de medicina forense dedicado a esta disciplina y orienté mis publicaciones y estudios de doctorado en esta misma línea.

El diagnóstico forense de la edad no es en la actualidad un asunto menor dentro de la actividad médico legal en Europa. Desde el punto de vista de la publicación científica, esta materia constituye la principal fuente de publicaciones científicas en el área de la antropología forense en revistas indexadas en todo el mundo. La importancia de esta materia surge de la realidad creciente de la inmigración a Europa de población extracomunitaria y en particular de menores no acompañados de adultos que se hagan responsables de ellos. En estos casos, las autoridades deben hacerse cargo de la tutela de los menores y para ello necesitan confirmar su minoría de edad. En caso de carecer de documentación fiable acreditativa de la edad, es necesario realizar pruebas periciales destinadas a confirmar la mayoría o minoría de edad de los supuestos menores.

En cifras globales, se trata de un fenómeno creciente. Se calcula que en el año 2022 en la Unión Europea, unos 11.300 de entre los 40.000 menores no acompañados que solicitaron asilo por minoría de edad fueron sometidos a pruebas de edad. De ellos el 74% fue considerado menor de edad y sometido a tutela por las autoridades europeas. En España, las cifras oficiales hablan de 11.417 casos totales de menores de edad sin referente familiar bajo tutela de las autoridades españolas. A esta cifra se debe sumar una cantidad no bien valorada de casos de supuestos menores que tras realizar las pruebas que la Fiscalía considera convenientes, se

valoran como mayores de 18 años de edad. Según un estudio realizado por el Consejo Médico Forense en estos últimos años, la mayor parte de estos casos estaban siendo valorados en Andalucía por los servicios de radiodiagnóstico de los hospitales sin participación de los servicios médico forenses. Esta realidad ponía en una situación éticamente muy comprometida a nuestros compañeros radiólogos clínicos quienes se ven forzados a realizar pruebas médicas sin indicación terapéutica y a tener que asumir un papel pericial ante pacientes clínicos, con el consiguiente posible conflicto ético de acuerdo con los postulados de nuestro actual Código de Deontología Médica.

En los últimos años hemos colaborado con la Oficina del Defensor del Pueblo de Andalucía y la Oficina del Defensor del Pueblo de España para elaborar un protocolo de actuación que permitiese realizar las determinaciones de la edad en menores con las máximas garantías procesales y de respeto de los derechos humanos, intentando evitar los conflictos éticos que este tipo de actuaciones periciales conllevan. Como miembro electo desde 2014 del Comité Científico Técnico del Consejo Médico Forense también he sido llamado a colaborar con el Ministerio de Justicia en la elaboración de un Anteproyecto de Ley sobre determinación de la edad en menores sin referente familiar.

La determinación de la edad en menores es un asunto de gran relevancia ética y dificultad técnica. Recordaba el doctor Pedro Mata, padre de la medicina forense en España, en su tratado de Cirugía y Medicina Legal de 1846: *“(...) por lo que toca á la niñez o infancias, la dentición es una guía bastante segura. Sin embargo, tanto por las variaciones que sufre en ciertos individuos, como por no presentarse los dientes á un término tan rigurosamente esacto que nunca falle, tampoco nos será permitido pasar de probables congeturas las mas de las veces. (...) En muchos casos no será posible fijar la edad de un modo terminante sin esponerse á errores graves y funestos; por lo mismo declara el esperto con la reserva debida dando el hecho como probable. El tono afirmativo y resuelto, sobre argüir una presunción ridícula, podría comprometer notoriamente los intereses de la justicia”*. Es una obligación de la medicina forense la de darle a las estimaciones de la edad basadas en pruebas médicas la adecuada orientación científica fundamentada en métodos consensuados, correctamente aplicados y con un profundo conocimiento de las ventajas y limitaciones de los resultados obtenidos con cada método.

En la actualidad, las estimaciones forenses de la edad se realizan siguiendo las recomendaciones del AGFAD, grupo de estudio de la sociedad alemana de medicina legal dedicada al estudio forense de la edad. Este grupo de trabajo tiene un ámbito internacional del que formamos parte varios médicos forenses españoles. Las recomendaciones de este grupo incluyen la práctica de una correcta anamnesis y examen físico del supuesto

menor con el fin de identificar circunstancias y variantes patológicas que puedan interferir con los ritmos de maduración ósea y dental. Tras ella, se realizan estudios de imagen médica de la dentición, así como del carpo de la mano izquierda y de la extremidad proximal de la clavícula y se analizan estos estudios a la luz de series de referencia adecuadas al sujeto de estudio en cuanto a su origen étnico y geográfico.

Las entrevistas y exploraciones se deben realizar con la mediación de un traductor del idioma materno del explorado, en el caso de no que no hable español, así como de una persona de su confianza y se deben respetar en todo momento los derechos humanos y la dignidad del explorado.

Tras ello se realizan las pruebas de imagen médica. La primera es la radiografía del carpo de la mano izquierda que puede interpretarse sobre la base de los distintos métodos existentes en la actualidad, como el método de Greulich y Pyle, el Taner-Whitehouse o el FELS, entre otros.

La segunda prueba radiográfica es el estudio de la mineralización dental. Para ello se pueden utilizar distintos métodos, como los basados en el método clásico de la valenciana Dra. Carmen Nolla, entre los que destacan el método de Demirjian y la variante de Mincer, o métodos más sofisticados como los de la doctora Kvaal o el doctor Roberto Cameriere.

En caso de que las pruebas anteriores sugiriesen una posible mayoría de edad se realizaría una tercera prueba de imagen médica, que sería la tomografía computarizada de la extremidad proximal de la clavícula. El fenómeno de desarrollo y fusión de dicha epífisis se cuantifica mediante el método elaborado por los doctores Andreas Schmeling y Manuel Kellinghaus de la Universidad de Münster en Alemania.

Con todas estas pruebas realizadas, la interpretación a efectos de estimación de edad se basa siempre en la comparación con series de población adecuadas en sexo, raza y origen geográfico y socioeconómico al sujeto de estudio. Las valoraciones se fundamentan en un principio de seguridad jurídica aportando resultados orientativos sobre la edad mínima más probable del sujeto. En todos los casos, se deben seguir las normas y recomendaciones internacionales sobre esta materia y en particular de la Agencia de la Unión Europea para los Refugiados, EUAA, anteriormente conocida como Oficina Europea de Ayuda al Refugiado o EASO.

Durante este año 2024, a instancias de la Asociación Española de Antropología y Odontología Forenses, se ha creado un grupo de trabajo independiente, del que formo parte activa, constituido por profesionales de la medicina forense dedicados a este tipo de pericias en todo España con el fin de poder elaborar un protocolo unificado de actuación en todo el territorio nacional, basado en criterios científicos comunes y orientado a elaborar informes periciales que respondan a formatos unificados que faciliten la interoperatividad entre los distintos institutos de medicina legal.

Mi contacto profesional con Andalucía se inició a través de mis primeras publicaciones científicas en la revista de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses, Cuadernos de Medicina Forense, y cristalizó con la presentación de mi tesis doctoral en la universidad de Granada en 2007 bajo la dirección de los doctores Inmaculada Alemán y Miguel Botella. Ambas actividades se vieron centradas en el campo del diagnóstico de la edad en personas vivas y en particular en menores de edad. Ese año de 2007 formalicé el traslado al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Huelva. Salvando un corto periodo de estancia en Turquía en un proyecto de Cooperación Internacional de la Unión Europea entre 2011 y 2013, mi actividad profesional desde entonces la he desarrollado en esta provincia andaluza. Aparte de seguir realizando los informes médico forenses de estimación de la edad en menores migrantes sin referente familiar en mi provincia, colaboro también con las actividades del servicio de patología forense.

Sin duda uno de los mayores logros en estos años de trabajo en Huelva ha sido la puesta en marcha del grupo de trabajo para el estudio de las cardiopatías familiares en nuestra provincia. Unidades similares se habían venido desarrollando en otras provincias españolas y andaluzas, como Sevilla, Jaén o Granada, pero en Huelva aún no se había establecido. Estas unidades clínicas conformadas por cardiólogos y genetistas precisan en algunos casos de la colaboración de los médicos forenses en aquellos supuestos de muerte sometida a autopsia judicial. Los médicos forenses identificamos los casos de muertes súbitas cardíacas con posible componente genético y lo notificamos al equipo clínico facilitando información y muestras de referencia con el fin de que cardiólogos y genetistas puedan abordar el estudio de los familiares de los fallecidos y adoptar medidas preventivas de nuevos eventos en el caso de que sea necesario. Gracias al impulso del jefe del laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Juan Ramón Jiménez, Dr. Ignacio Vázquez, de las facultativas del mismo, Dras. Pilar Carrasco y Ana Serrano y de los cardiólogos, Dres. Javier Mendoza y Ana Manovel, el grupo lleva trabajando desde 2020 con fluidez y ello ha permitido identificar variantes patológicas genéticas en varios casos de muertes súbitas sucedidas en nuestra provincia.

El nombramiento como miembro de la Real Academia de Medicina de Sevilla me brinda la oportunidad de devolver una pequeña parte de lo mucho que Andalucía me ha regalado durante estos años. Espero dentro de mis posibilidades ser de utilidad para la Real Academia y colaborar al desarrollo y difusión de las actividades de esta prestigiosa institución.

Muchas gracias

RECEPCIONES DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES (y VI)

DÍA 22 DE OCTUBRE

Dra. Emma Camarero Calandria, presentada por el Ilmo. Sr. Dr. Jesús Palomero Páramo

y

Presentación de la restauración de la escultura “Virgen con el Niño”, llevada a cabo por **D. Pedro López Marcos**



Prof. Palomero, rector Gómez-Stern, Dra. Camarero, Dr. Infantes y Sr. López Marcos

“DE LA FICCIÓN A LA REALIDAD: EL MÉDICO, LA SALUD Y LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DEL CINE”

Dra. Emma Camarero Calandria

Excmo. Sr. presidente, D. Carlos Infantes Alcón
Rector magnífico de la Universidad Loyola,
D. Fabio Gómez-Estern Aguilar
Ilmo. Sr. D. Jesús Palomero
Ilmos. Sres. académicos, dignísimas autoridades,
compañeros, estimados colegas,
queridos amigos, señoras y señores...

El cine no es solo una forma de entretenimiento, sino una forma de conocimiento. No es casual que haya querido empezar este discurso de ingreso a esta Real Academia con esta cita de la escritora y filósofa Susan Sontag. Sontag fue también directora de cine y, por circunstancias personales, vivió muy de cerca la enfermedad -propia y ajena-. De ello surgió el ensayo “La enfermedad y sus metáforas”, una obra llena de lucidez donde deconstruye la manera en que las enfermedades y la salud han sido cargadas de significados simbólicos a lo largo de la historia.

Para Sontag, el cine tiene un poder revelador sobre la realidad. Nos ayuda a comprender el mundo, las emociones humanas y nuestras propias vidas desde una perspectiva distinta, combinando el escapismo con la reflexión.

Y si hay una profesión llevada al cine donde la realidad se ha mostrado con toda su crudeza, pero también, con toda su poesía, esa, ha sido la profesión del médico. Es para mí un honor inmenso que esta Real Academia haya decidido incluirme entre sus miembros correspondientes. He de agradecer, muy especialmente a los señores académicos que me propusieron, el Excmo. Sr. D. José Peña Martínez, Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Poblador Torres y el Ilmo. Sr. Dr. Alberto García-Perla García. Gracias de todo corazón por este honor que no sé si merezco. Y querido Jesús, muchísimas gracias por tus palabras y por seguir ahí, después de tantos años. Quiero agradecer también muchísimo al doctor (en Educación), don José Juan Roa, director de Coro de la Universidad Loyola que haya querido acompañarme al piano. Y por supuesto, quiero agradecer a mi familia y a mis amigos que hoy me acompañan porque sin ellos, yo no sería nada ni estaría hoy aquí.

Este momento me emociona profundamente. Por ello, espero ser capaz de transmitir, con mi discurso, toda la pasión que siento por el cine y la enorme admiración y respeto que siento por la profesión médica. Así que he pensado que no hay mejor forma para devolver tanta gratitud que unir en mi discurso pasión, admiración y respeto.

Aunque la profesión que más se ha llevado al cine es, sin duda, la de policía o detective, le sigue muy de cerca la de médico. La profesión médica aparece recurrentemente debido a su fuerte carga dramática, sus dilemas morales y la tensión que genera en tramas de acción, suspense y drama.

Forrest Gump, de Robert Zemeckis y estrenada el 1994, no es una película que podríamos calificar de médicos, pero he elegido su banda sonora para acompañar este inicio porque está llena de referencias médicas y presenta un mensaje poderoso sobre la resiliencia frente a la enfermedad y las adversidades físicas. Forrest sufre una condición física que afecta su capacidad para caminar. Lleva aparatos ortopédicos durante su infancia, y su salud mental es un tema recurrente. El teniente Dan, por su parte sufre un trauma físico severo al perder sus piernas en combate y, posteriormente, un profundo sufrimiento psicológico que da paso a la adaptación a la discapacidad. Y la salud de Jenny está en el centro de uno de los temas más trágicos de la película. Una vida difícil marcada por el abuso infantil, las adicciones y un comportamiento autodestructivo que llevan a Jenny a contraer una enfermedad contagiosa, el SIDA, entonces, terminal.

Pero Forrest Gump es una película en positivo, que utiliza la enfermedad, la salud y la medicina como elementos clave para abordar temas de superación y el ciclo de la vida, destacando que las limitaciones físicas o las enfermedades no definen el valor de una persona ni su capacidad para encontrar la felicidad.

La medicina ofrece un terreno fértil para explorar la fragilidad de la vida, la ética profesional y el drama humano. Las películas que tratan de médicos, cirujanos o enfermeras tienen una fuerte carga emocional, ya que a menudo se centran en salvar vidas, en dilemas éticos, en historias sobre enfermedades o tecnologías a la vanguardia que, a la mayoría de los profanos, nos parecen casi ciencia ficción.

Pero hagamos un poco de historia cinematográfica: desenrollemos esa “alfombra mágica que nos lleva a la tierra de fantasía”, como llamó el filósofo canadiense McLuhan al cine en su obra de referencia “Comprender los medios de comunicación”, y veamos cómo se ha visto a la profesión médica en la gran pantalla.

La figura del médico ha evolucionado, y mucho, en el cine. En las primeras películas, los médicos eran retratados como figuras de autoridad y sabiduría. Es el caso de “La bala mágica”, de 1940, sobre el Dr. Ehrlich, nobel en medicina y quien descubrió el tratamiento contra la sífilis. “El mayor peligro para el progreso médico no es la ignorancia, sino la ilusión del cono-

cimiento”, afirma su protagonista, señalando así los peligros del pensamiento dogmático en la medicina, y la importancia de seguir investigando.

La II Guerra Mundial propició la aparición en el cine del médico héroe, quizás no como personaje protagonista, pero sí como figura indispensable en las tramas. En 1949 se estrena “Almas en la Hoguera” ganadora de 2 óscar, con Gregory Peck como protagonista, pero con un actor secundario de la talla de Paul Steward en el papel de Doc Kaiser, un psiquiatra militar que debe lidiar con el estrés y el trauma psicológico de los pilotos de bombarderos durante la Segunda Guerra Mundial.

En 1954, Douglas Sirk, maestro del melodrama, filma “Obsesión”, lanzando al estrellato a un Rock Hudson que pasa de ser un playboy a convertirse en médico como forma de redención. Cuando Bod Merrick, el protagonista, comunica su decisión al veterano Doctor Preston, este le responde con unas de las frases que mejor han definido en el cine lo que significa hacerse médico.

Son pocas en este período las películas que tienen a mujeres médicos como protagonistas, y, probablemente, sea “El último puente”, un filme austriaco de 1954, el ejemplo más destacado. María Shell da vida a una médico alemana raptada por los partisanos yugoslavos, y que termina curando, llevada por sus principios morales, a heridos de ambos bandos. Este compromiso con la vida más allá del uniforme es un tema recurrente cuando vemos médicos en la pantalla, siempre. Uno de los últimos filmes que han tratado este tema es “Hasta el último hombre”, la película dirigida por Mel Gibson en 2016, basada en la historia de Desmond Doss, un médico contrario a la violencia que combatió en la Segunda Guerra Mundial sin portar un arma. No disparó ni una bala, pero salvó a 75 personas de la muerte en la batalla de la isla de Okinawa, representada con una crudeza y una violencia pocas veces vista en el cine.

En la década de los 70 van a aparecer las primeras películas donde los médicos pueden llegar a ser antihéroes, incluso villanos. Es el caso de “Coma” (1978), un thriller que explora el lado oscuro de la práctica médica, donde una joven e idealista residente se enfrenta al corrupto director del hospital, encarnado por un magnífico Richard Widmark. Ni de lejos alcanza la maldad del más villano de los médicos cinematográficos: el inteligente y despiadado doctor Hannibal Lecter, del “El Silencio de los Corderos” (1991), probablemente la representación más extrema y aterradora de la profesión médica.

Por la carga dramática y emocional que conlleva la práctica de la medicina, rara vez la comedia ha aparecido en las películas. Pero hay un caso maravilloso y que seguro que muchos recordarán: “MASH” (1970) Esta comedia satírica, de la que después se haría una serie de tv, está ambientada en un hospital militar durante la Guerra de Corea y tiene un fuerte enfoque en el personal médico. Está llena de frases que reflejan el tono cínico y subversivo de la película, con los médicos tratando de lidiar con la absurda realidad de la guerra a través del humor negro y la irreverencia. Frases como “Soy un gran cirujano, pero un pésimo médico”, de Trapper John McIntyre subrayando

la desconexión emocional que desarrollaron algunos médicos en la guerra, o “Tenemos que reírnos. Si no, nos volveremos locos”. Hawkeye Pierce, justificando la actitud irreverente del equipo médico en medio del caos de la guerra.

Sin dejar el humor de lado, pero de una forma mucho menos irreverente, encontramos un enfoque de la medicina centrada en el paciente en “Patch Adams” (1998), protagonizada por Robin Williams. Basada en la vida real del Dr. Hunter “Patch” Adams, destaca especialmente porque su protagonista desafía las convenciones del sistema médico. Para “Patch”, ser médico no es solo una profesión, sino un acto de amor y servicio, y cree profundamente en el poder de la compasión, el humor y la empatía como herramientas esenciales en la cura de los pacientes, y en el poder terapéutico de la risa para tratar la enfermedad y mejorar la salud.

Salud y enfermedad. Las enfermedades han sido un tema recurrente en el cine, proporcionando un espejo de los miedos y esperanzas de la sociedad en diferentes épocas. El cine ha abordado el tema de la enfermedad de múltiples maneras a lo largo de los años, dependiendo del género, el contexto histórico y el mensaje que quiere transmitir.

La banda sonora de “El paciente inglés”, película de Anthony Minghella de 1996, es un claro ejemplo de cómo el cine es capaz de retratar la enfermedad de manera profunda y multifacética, sirviendo como una metáfora del dolor emocional, la vulnerabilidad, el trauma de la guerra, y el anhelo de redención. A través de las heridas físicas de Almásy y su dolor interno, la película explora la compleja relación entre el cuerpo y la mente, y cómo las experiencias de sufrimiento pueden llevar a una mayor comprensión del amor, la culpa y la mortalidad. En este sentido, la enfermedad no solo es una condición que afecta al cuerpo, sino un estado existencial que moldea las vidas de los personajes y les permite encontrar, incluso en el dolor, una forma de consuelo y cierre. Pero también su relación con Hana, la enfermera que lo cuida, pone de relieve el tema del cuidado en la enfermedad y la importancia del vínculo humano en el proceso de curación. Almásy sabe que su muerte es inminente, y lo que encuentra en su relación con Hana es una forma de alivio emocional, al poder compartir su historia y encontrar consuelo en sus últimos días. Porque como dice su protagonista, “El dolor físico no es nada comparado con el vacío que siento por dentro.”

Pero son muchos más los enfoques con los que la enfermedad y la salud han sido llevados al Cine: La enfermedad, ese devastador enemigo que debe ser derrotado: donde es presentada como un villano al que combatir, como en “Epidemia” (1995) o “Contagio” (2011), esta última casi una premonición de lo que viviríamos a escala global con la pandemia de la COVID 19. Es el conflicto eterno entre los médicos y científicos y la enfermedad, a menudo personificada como un mal que amenaza a la humanidad.

Hay películas que muestran la enfermedad como una oportunidad para la transformación personal o el crecimiento emocional. En “Antes de partir”

(2007), dos hombres terminales deciden cumplir una lista de cosas que quieren hacer antes de morir, lo que les permite redescubrir el sentido de la vida. En este tipo de películas, la enfermedad se presenta como un catalizador de transformación y reflexión sobre la vida.

La enfermedad también ha protagonizado películas como elemento de horror o ciencia ficción: Por ejemplo, en las diferentes versiones del “El hombre invisible” o “La mosca”, donde la mutación del protagonista es una enfermedad degenerativa. En “28 días después” (2002), la propagación de una enfermedad convierte a las personas en zombis, lo que lleva a una reflexión sobre la fragilidad de la humanidad ante las pandemias.

Por último, también el Cine nos ha mostrado a la enfermedad como metáfora de otros problemas o condiciones humanas. Por ejemplo, en “El aceite de la vida” (1992), la lucha de unos padres por salvar a su hijo con una rara enfermedad sirve para destacar temas de amor, esperanza y determinación. En “Filadelfia” (1993), la enfermedad del SIDA es utilizada para explorar la discriminación y el prejuicio en la sociedad, así como la dignidad y la justicia.

Sé que muchos de ustedes se estaban preguntando si me había olvidado del más célebre de los médicos del Cine, y que habrán suspirado aliviados al escuchar estos acordes al piano del inolvidable Tema de Lara, compuesto por Maurice Jarre para Doctor Zhivago, la novela de Boris Pasternak que llevó de forma extraordinaria al cine David Lean en 1965. Imposible olvidar a este médico poeta que inspiró a tantos jóvenes a convertirse en médicos. La figura del Dr. Zhivago como médico humanitario que busca aliviar el sufrimiento de los demás, a pesar de las circunstancias adversas, es un ejemplo inspirador.

En una de las escenas clave, Zhivago tiene una conversación con un individuo que ha abrazado la ideología comunista. Esta escena destaca las diferencias fundamentales en la visión de la medicina y la salud dentro de una sociedad en transformación. Mientras este médico ve la medicina bajo el prisma del colectivismo, donde la prioridad es atender las necesidades de la sociedad como un todo, sin atender necesariamente a los deseos o circunstancias personales de los individuos, Zhivago un humanista, ve la salud como algo profundamente individual, y aunque reconoce las presiones de la época y las limitaciones sociales, insiste en el valor de la vida y la dignidad del paciente como prioridad.

Esta escena es una reflexión sobre los dilemas éticos que enfrentan los médicos en tiempos convulsos, y plantea preguntas sobre el papel de la medicina en la sociedad. Cuando el bolchevique le dice a Zhivago que “La medicina no es para salvar a individuos, sino para mantener a la sociedad sana”, él le responde que “Un médico no puede tratar a las personas como si fueran solo parte de una máquina social. Cada vida tiene su valor único.” Zhivago responde defendiendo la dignidad individual.

Creo que todos los futuros médicos deberían ver esta película. Dr. Zhivago simboliza la importancia de mantener la ética médica y el cuidado

emocional del paciente, incluso frente a presiones sociales, políticas o económicas. Su enfoque en la humanización de la medicina y su resistencia a la despersonalización de la práctica médica son lecciones clave sobre la dignidad y el deber moral en la atención sanitaria.

La televisión también ha dedicado muchas horas a mostrarnos las aventuras y desventuras de médicos, enfermeras, auxiliares y personal de hospitales y clínicas. Pero es especialmente en los últimos años, con el auge de las plataformas digitales, y herederas de ese interés que despierta desde siempre la profesión médica en el ser humano, cuando aparecen decenas de series. En la mayoría de ellas, sobre todo si son norteamericanas, los hospitales parecen hoteles de 5 estrellas (y cuestan como si lo fueran); da igual que se haya salido de una guardia de 30 horas o de 12 horas en el quirófano, todos lucen guapísimos. No se sabe cuándo van al gimnasio, pero están en forma; aguantan turnos interminables con solo una ensalada en el cuerpo; tienen unas casas impresionantes y los pacientes, casi nunca tienen visitas o familia que los acompañen. Si me dedico a enumerarlas todas, sería alargarme demasiado y alejarme de la gran pantalla, que por muchas series que se hagan, siempre será el cine, ese modo divino de contar la vida que decía Federico Fellini. (Pero no quería olvidarme de esa serie mítica de los noventa, que fue *Médico de Familia*, y que ahora reponen en Netflix para deleite de nostálgicos.

En definitiva, no cabe duda de que las representaciones cinematográficas de médicos y enfermedades han tenido un impacto significativo en la manera en que el público percibe el mundo de la medicina y la salud. A través de estas historias, se han planteado debates éticos, se han roto estigmas sobre enfermedades específicas y se ha generado un mayor conocimiento sobre temas de salud pública. Estas narrativas han influido no solo en la conciencia social, sino también en las políticas de salud, alentando reformas en el tratamiento del paciente, la gestión de crisis sanitarias y el enfoque sobre enfermedades estigmatizadas.

El cine es, como dijo Jean Luc Godard, la verdad a 24 fotogramas por segundo. Las películas no solo reflejan esa realidad, sino que también tienen el poder de influir en ella. Porque el cine, ese arte que proyecta lo que está en la mente del autor sobre la pantalla, pero también lo que está en la mente del espectador ha jugado y sigue jugando, un papel crucial en la forma en que percibimos a los médicos, la salud y la enfermedad.

El cine es un reflejo del tiempo, de la vida, de la realidad, pero es también una forma de darle a esa realidad un significado espiritual.

A medida que continuemos enfrentando desafíos en el ámbito de la salud, es vital reconocer el poder del cine como una herramienta para la educación y la sensibilización. Una herramienta necesaria, más que nunca, para que el médico siga siendo considerado un referente, un pilar esencial que sostiene nuestra sociedad.

Muchísimas gracias.

PRESENTACIÓN DE LA RESTAURACIÓN DE LA ESCULTURA “VIRGEN CON EL NIÑO”

Cuando la Compañía de Jesús fue expulsada de España por Carlos III en 1767, gran parte de sus bienes fueron repartidos entre diferentes instituciones. Fue así como el Colegio de San Gregorio en Sevilla, situado en la llamada calle de las Armas -hoy Alfonso XII-, fue cedido a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (RAMSE), y, algo más tarde se le concedió la propiedad de sus enseres. Este patrimonio conservado hoy, incluye numerosas obras de arte, entre las que destaca por su extraordinaria calidad una talla en madera policromada de la Virgen con el Niño datada entre 1671 y 1680 y atribuida a Luisa Roldán, más conocida como La Roldana.



Aunque la escultura se encontraba en un relativo buen estado de conservación, el deterioro era más que evidente. La suciedad, el polvo acumulado, los barnices oxidados, las pérdidas en el soporte y policromía, así como innumerables repintes y otras patologías propias del paso del tiempo, empañaban la belleza de esta imagen y hacían peligrar su preservación.

Se trata de un grupo escultórico de unos 80 centímetros de altura realizado en madera dorada, estofada y policromada que representa a la Virgen con el Niño, elevada sobre una media luna invertida y sostenida por un conjunto de tres ángeles, que se alzan sobre una peana de seis brazos decorada con pan de oro. Vestida con una saya color jacinto de ricos brocados y un manto azul verdoso, la escultura presenta un gran movimiento en sus ropajes, una de las características más destacadas de la personalidad artística de La Roldana.

Ante la necesidad de abordar una restauración urgente que detuviera el deterioro y devolviera el esplendor a esta obra, la Universidad Loyola a través de su Servicio de Cultura y conjuntamente con la Academia, solicitaron al restaurador Pedro López Marcos que interviniera en la talla. López Marcos ya había restaurado anteriormente bajo el patrocinio también de la Universidad Loyola, el cuadro renacentista de tema jesuita “La Virgen de los Ingleses”, propiedad igualmente de la Academia.

Los trabajos de restauración, que han durado unos seis meses, han permitido devolver la escultura a su estado original, tal y como salió del taller de La Roldana. Tras un profundo estudio de la talla, se procedió a consolidar las aperturas de ensambles y diferentes patologías que presentaba a nivel de soporte. También se eliminaron todos los añadidos cromáticos, estucos antiguos y barnices, trabajo que sacó a la luz los numerosos daños que ocultaban las zonas repintadas y las múltiples pérdidas de preparación.

Posteriormente, y mediante un proceso artesanal, se elaboró un nuevo estuco a imitación del original para rellenar y reparar las zonas más dañadas. “Una vez resueltas las pérdidas a nivel de preparación, se procedió a reintegrar cromáticamente las zonas estucadas siguiendo el principio de reversibilidad a través de la técnica denominada puntinato, que permite hacer una lectura completa de la obra”, afirma Pedro López.

Terminada la restauración y presentada oficialmente, hoy, la Virgen con el Niño puede admirarse de nuevo en la sede de la Academia en la calle Abades tal y como La Roldana la concibió a finales del siglo XVII. Gracias a la colaboración entre la Universidad Loyola y la RAMSE, se recupera así una pieza artística sevillana de calidad extraordinaria, que nos habla, también, del enorme genio creador de Luisa Roldán, la escultora más importante del Barroco Español.

CONFERENCIAS, CURSOS Y MESAS REDONDAS

MESA REDONDA JURÍDICO/MORAL/ SANITARIA

“RESPONSABILIDAD, NEGLIGENCIA Y CULPABILIDAD: RIESGOS DE LA MEDICINA DEFENSIVA”

El 6 de febrero tuvo lugar esta mesa redonda en el salón de actos de la RAMSE, moderada por el presidente Dr. Carlos Infantes y que contó con los ponentes Dr. Alfonso Carmona, Dr. Jaime Boceta, Dr. Rogelio Garrido, D. Francisco Bocanegra y D. Joaquín Moeckel. Actuaron de interlocutores el Dr. José Antonio Durán y el Dr. José Antonio Milán.



Dr. Boceta, Dr. Infantes, Dr. Carmona, Sr. Baena, Dr. Garrido y Sr. Moeckel

En esta mesa redonda jurídico moral sanitaria se trataron los temas de responsabilidad, negligencia, culpabilidad y los riesgos de una medicina defensiva.

Se ha conseguido llevar a cabo una mesa redonda, donde los ponentes debían improvisar las respuestas en función de los comentarios de otros ponentes a las preguntas que el moderador venía haciendo, lo que permitía una discusión continua entre los ponentes.

Básicamente, se ha tratado de evitar el formato de simposio en que cada uno de los presentadores hacía una exposición de 15 o 20 minutos para al final de todas las presentaciones, ir a una discusión, que normalmente era pobre, porque es difícil acordarse de los comentarios de cada uno de los ponentes para discutirlo, y porque además hay tendencia al hacer una pregunta de exposición previa y no simplemente hacer una pregunta concreta. Por otra parte, en la contestación a las preguntas por cada uno de los ponentes, se tiene la tendencia a constituir, por sí solo, una nueva ponencia.

Los ponentes discutieron de forma intensa sobre el consentimiento informado que es algo que preocupa mucho a la actividad profesional sanitaria y que supone una Salva Guarda a las responsabilidades y la seguridad para el paciente de que ha sido correctamente informado sobre el procedimiento que se iba a realizar en él.

Se puso de manifiesto la poca seriedad con que se toma a veces este consentimiento informado tanto por parte de los profesionales, como por parte, incluso de los pacientes que no quieren saber todos los detalles, probablemente por miedo.

En relación a la información protectora, se trató el tema de probablemente darle una importancia extrema a alguna actuación, principalmente quirúrgica, para no caer en el error, de quitarle importancia a procedimientos que después puedan volverse contra el propio profesional si la situación no evoluciona adecuadamente. La discusión más importante se estableció cuando se habló de la eutanasia, distanasia y los cuidados paliativos, marcando la línea débil que existe entre eutanasia y los cuidados paliativos, que quedan a veces a merced de la moral de la persona que pueda aplicarlo.

Lo último que se trató fueron los límites del corse de los protocolos, defendiéndose por parte del moderador que los protocolos son un mecanismo de defensa de los profesionales de la sanidad y que saltarse los protocolos, aunque sea una demostración de hacer una medicina consciente, conlleva unos riesgos que deben ser perfectamente explicados tanto al paciente cuando se alteran estos protocolos, como cuando, en caso de algún problema, hay que explicarlos ante otros profesionales o incluso ante un juez. La discusión resultó muy acalorada e instructiva para los asistentes, quedando la sensación de que este tipo de temas justifican nuevas mesas redondas por la intensidad con la que esta se ha llevado a cabo.

ENTREGA DEL PREMIO DR. ANTONIO HERMOSILLA MOLINA 2023

“Desde la piel al alma. Ismael Yebra Sotillo, una biografía”
Autor: **Francisco Gallardo Rodríguez**

7 DE FEBRERO

En la sede del Excmo. Ateneo de Sevilla, y ante numeroso público, tuvo lugar este emotivo acto de entrega del premio que patrocina cada año la docta casa. Intervino en primer lugar el académico de número Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé que hizo la introducción y recordó la historia de este premio. A continuación, el Dr. José Pérez Bernal, vocal de Medicina y Ciencias Afines del Ateneo, presentó al Dr. Gallardo, que seguidamente expuso un resumen de la biografía. Clausuraron el acto los presidentes de ambas entidades, D. Carlos Infantes Alcón y D. Emilio Boja Malavé.



J. Pérez Bernal, J. Domínguez-Rodiño, C. Infantes, F. Gallardo, E. Boja y F. Fabiani

INTRODUCCIÓN

Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Excmos. Sres. presidentes del Ateneo
y de la Real Academia de Medicina
Sras. y Sres.

En primer lugar, quisiera dar las gracias en nombre de la Academia al Excmo. Ateneo por albergar en su salón de actos esta presentación y entrega del “Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina”, correspondiente al Concurso Científico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, convocado para el año 2023.

Es la primera vez que esto se hace fuera de nuestra sede de calle Abades, y creo que ha sido una magnífica idea, porque de esta forma mostramos nuestro agradecimiento a la docta casa sevillana por patrocinar este premio durante tantos años.

Quiero recordarles que se instituyó este galardón en 1984, denominándose entonces “Premio Ateneo”, para concederlo cada año a la mejor biografía de un médico, que uniese a su condición de ateneísta la de ser académico numerario de esta Real de Medicina, coincidencia que ha sido por otro lado harto frecuente.

Ese primer año, 1984, se dedicó al Dr. D. José Salvador Gallardo, quien había sido un destacado presidente de ambas corporaciones, siendo su autor el escritor D. Francisco Montero Galvache.

De forma ininterrumpida se ha seguido convocando y ha sido subvencionado por el Ateneo. En 2005 se le cambió el nombre y pasó a llamarse “Premio Dr. Antonio Hermosilla Molina”, en homenaje a nuestro añorado académico al que el Ateneo debe su traslado a este magnífico inmueble.

Estos premios han enriquecido los fondos de la Biblioteca de la Academia con magníficas biografías de algunos de sus numerarios. Pues bien, hoy estamos aquí para presentar la última, que hace la número 28, correspondiente a 2023 y que la Academia quiso dedicar a nuestro querido compañero Ismael Yebra Sotillo que nos dejó tan prematuramente. Es tan grande la huella dejada por Ismael que apenas hace una semana asistíamos también a la presentación del libro “Sine Die”, recopilación de sus artículos más significativos en Diario de Sevilla, y el próximo mes de marzo acontecerá la

de su obra póstuma “Letras de Médicos”, que trata sobre la vida y obra de reconocidos médicos que fueron además escritores.

Por tanto, sirva este acto también de homenaje al médico que amaba los libros. El autor de su biografía es el Dr. D. Francisco Gallardo Rodríguez. Nadie mejor que él para haber hecho este trabajo, ya que le unía una gran amistad con Ismael y además es también un consagrado médico escritor.

A continuación, les hablará sobre el Dr. Gallardo, nuestro vocal de Medicina del Ateneo, el Dr. D. José Pérez Bernal, muchas gracias por su atención.

DATOS BIOGRÁFICOS DEL DR. GALLARDO

Dr. José Pérez Bernal

El Dr. Gallardo, que tiene la inmensa suerte de vivir enfrente del Señor del Gran Poder, estudió en los Maristas y se licenció en la Facultad de Medicina de Sevilla en 1981. Ha dedicado su vida profesional a la medicina deportiva y en ello ha influido que sea un enamorado de todos los deportes, en especial del baloncesto, llegando a ser jugador durante más de dos décadas del legendario Club Amigos del Baloncesto, que fue el antecedente del posterior Caja San Fernando.

Francisco Gallardo es especialista en Medicina y Traumatología del Deporte y posee un Master en Biomecánica del Deporte. Ha sido jefe de los Servicios Médicos del club Caja San Fernando, el actual Real Betis Baloncesto, de 1987 a 2000. Fue además médico de la Selección Española absoluta de Baloncesto de 1990 a 1993. Desarrolló la labor de responsable de la Unidad de Aparato Locomotor del Centro Andaluz de Medicina del Deporte de 2000 a 2008. De igual modo ejerció en el Centro Deportivo Satosport de 1995 a 2015. En la actualidad dirige el Instituto Salud y Deporte Dr. Gallardo, sito en calle Águilas.

Como he dicho antes el Dr. Gallardo une a su condición de médico la de ser escritor, y un escritor prolífico, ya que además de numerosos artículos y relatos, tiene publicados varios libros entre los que están “El rock de la calle Feria” que fue finalista del Premio Tigre Juan de novela de 2008, en la ciudad de Oviedo. “La última noche”, ganadora en 2012 del Premio Ateneo de Sevilla de novela histórica, obra que ha sido traducida al polaco, rumano e italiano. “Áspera seda de la muerte”, que obtuvo en 2017 el premio de novela “Ciudad de Badajoz”. En 2019 publicó “Cuadernos de San Lorenzo”, que narra las memorias de infancia de un niño del barrio.

Sus tres libros más recientes son de 2023: “Eso no estaba en mi libro de historia del baloncesto” escrito en colaboración con su amigo Juan Antonio Corbalán. La novela “El sexo del corazón” y por último “Letras de médicos” que escribió junto con Ismael Yebra, y que será presentada el próximo mes de febrero en la Fundación Cajasol.

DESDE LA PIEL AL ALMA

Ismael Yebra Sotillo

Una biografía

Dr. Francisco Gallardo Rodríguez

Mira Ismael, ¿quién nos iba a decir a nosotros que un día escribiría tu biografía? La vida es aquello que nos pasa mientras estamos pensando en otras cosas, creo que dijo John Lennon. Lo cierto es que aquí estamos en tu querido Ateneo, ateneísta eras de vocación, para hablar de tu vida que torpemente he intentado captar en palabras. La otra noche en tu querida Real Academia de Medicina de Sevilla recogí al premio que lleva el nombre de tu amigo, el inolvidable doctor y escritor Antonio Hermosilla Molina. Premio que conceden el Ateneo y la propia Academia. Resbalón incluido. La memoria escogió el camino más corto para herirme, que diría Rafael Montesinos, el poeta de los ojos claros de la calle Santa Clara. Tranquilo, doctor Pérez Bernal, que hoy no me pondré nervioso. Prometo contener las bridas de la emoción. Y con el doctor responsable de la magia de los trasplantes comienza uno la ronda de agradecimientos. Parece haber estudiado en el mismo pupitre de bonhomía que tú, Ismael. Gratitud también a nuestro querido amigo común el doctor Juan Sabaté, aún lo veo jugando a hockey sobre patines, como los ángeles. Al doctor Carlos Infantes, genio de la cirugía de los límites. Al doctor Jorge Domínguez Rodiño que continúa, con éxito, una extraordinaria saga de médicos humanistas. Al doctor Alberto Máximo Pérez Calero que tanto te aprecia. Aún recuerdo su llamada anunciándome la concesión del Premio Ateneo de Novela Histórica. También me puse nervioso. A don Fernando Fabiani, secretario general de este Ateneo, muchas gracias por su apoyo. Y cómo no a mi entrañable amigo del baloncesto, don Emilio Boja, presidente de esta docta casa que convierte a Sevilla, los cinco de enero, en la ciudad más mágica del mundo. A don José Yebra que, tanto me ha ayudado en esta biografía, contándome detalles de la vida de su hermano en la mítica bodega de la calle Botero. Pepe Yebra, el hombre que inventó la elegancia del tabernero. Y a todos los “huérfanos” y “huérfanas” de Ismael aquí congregados para estar contigo. Ni que decir tiene que sin el aliento cercano de la querida Victoria Mateo y de sus queridos hijos Victoria y Daniel, no hubiera podido escribir acerca de la vida de un hombre irrepetible.

Escribir una biografía es imposible. ¿Cómo llevar toda una vida, una historia, tanto acontecimiento, tanto hecho, tanto suceso a un puñado de pá-

ginas? ¿Cómo aprehender los sentimientos vividos por una persona, tanta ilusión, tanta desilusión, tanta alegría, tanta pena? ¿Cómo recuperar las risas, el dolor, la euforia, las lágrimas? ¿Cómo se revive a un hombre como Ismael Yebra Sotillo en la blanca pantalla del ordenador portátil mientras el mar, el mismo mar que el miró contigo, brama ahí fuera? El mismo mar de todos los veranos, escribía Esther Tusquets. El diccionario es insuficiente, dice que una biografía es la narración de la vida de una persona. La vida no es sólo una partida de bautismo y un acta de defunción. La vida no es una hipoteca, una póliza de seguros, una multa de tráfico de cuando había prisa por llegar no sabíamos dónde. Habrá que conformarse, entonces, con una semblanza dibujada al estilo de los retratos impresionistas de la plaza de Montmartre, que, si no es bastante, al menos suficiente. Se trata de evocar una personalidad tan rica, tan sencilla y compleja a la vez, como la de Ismael Yebra Sotillo que al menos sirva de consuelo pasajero para los que tanto lo quisimos, tanto lo queremos. Si escribo todo esto es porque me desborda, a ratos, la emoción. Solo trato de explicar la doble sensación, tan contradictoria como la propia vida, que siento al escribir sobre la blanca página del ordenador portátil. Gozosa, de estar pasando este verano mucho tiempo con el amigo. Dolorosa, cuando un detalle, un recuerdo, una mariposa que vuela, directa, desde el corazón de los tiempos felices, te clava el aguijón de la ausencia. A vosotras, a vosotros, que lo conocisteis, estoy seguro de que os pasaría lo mismo. Todos somos huérfanos de Ismael. Pero dejemos la “saudade” y saquemos del cajón de la mesilla de noche el retrato del niño que nació en una casa blanca, con alegres balcones, de la calle Boteros.

Para hablar de Ismael Yebra Sotillo hay que comenzar con la palabra 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” en la plaza de la Alfalfa. 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. Pepe Yebra lo recuerda perfectamente. Seguimos en la bodega. Mientras me cuenta el apartamento 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 y montañesa 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. Su hermano Ismael no olvida los ratos en la mesa de camilla de “nuestra casa materna” jugando a la oca, contando historias mientras arde el cisco al abrigo de un papel de plata, recordando anécdotas o historias mágicas que “nos contaba nuestro padre de su infancia, de los años del hambre, del estraperlo”. 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. Al fallecer Paquita Sotillo, los vecinos del piso de arriba de la calle Boteros 33, entonces 47, se ocuparon 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. Consuelo López Muñoz, la vecina del piso de arriba de la casa de la calle Boteros 33, entonces 47, se convierte en una persona fundamental en la vida del bebé que quedó huérfano de madre a los cinco meses de vida. Ismael Yebra la llamará Tata durante toda la vida. Consuelo asumió el delicado papel de sustituir a Paquita. La madre adoptante, aunque Ismael no perdiera los apellidos, sustituye a la madre biológica. Eran años difíciles, los primeros de Ismael, donde de vez en cuando, Daniel Yebra, el padre, llevaba a sus dos hijos al cementerio a dejar flores frescas en la lápida que rezaba: Francisca Sotillo Gago 1923-1956. Aún recuerda Pepe Yebra la impresión que le causaba ver el mausoleo funerario del torero Joselito “El Gallo”.

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”. Alude aquí a la inexplicable, desde un punto de vista estético y quizás ético, operación inmobiliaria que acabaría derruyendo el magnífico palacio renacentista de los Ponce de León y el convento de los Terceros que ubicaban al colegio de los Escolapios en la plaza del mismo nombre. Como consecuencia de este trueque el citado colegio se trasladó a su emplazamiento actual en Montequinto. Por dicho motivo, Victoria y Daniel estudiaron, hasta el bachillerato, en el colegio Itálica, regentado por las teresianas, en la sevillana calle de Arguijo. 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. Buena prueba de ello son sus artículos que, cada jueves, publicaba en el

“Diario de Sevilla”. La sinceridad es la ausencia de fingimiento en lo que se dice y en lo que se hace. Ismael era una persona muy franca. Recuerdo ahora la noche en que, en una bodega de la Alfalfa, me dijo, con tacto, que la primera novela que yo había publicado no le interesaba absolutamente nada. Las cosas claras. 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. Ofrecía lo mejor de sí mismo para que la amiga o el amigo que estaba a su lado estuviera en el mejor de los mundos posibles. No peco de exageración andaluza, quien gozó de su camaradería sabe bien de qué hablo.

¿Cómo era Sevilla en la infancia de Ismael Yebra? Él mismo la describe con acierto en “Memorias de Juan Calasancio”. Una ciudad provinciana, en blanco y negro, que despierta de la trágica somnolencia de la posguerra. La ciudad de “Los cielos perdidos” de Joaquín Romero Murube.

Ismael Yebra entró en el colegio 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, aunque 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.

En el libro “Memorias de Juan Calasancio”, Ismael Yebra habla con profusión de los profesores que tuvo en el colegio de los escolapios. También de sus compañeros. De entre los primeros no podemos olvidar 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, en párvulos, la importancia de la escritura y de la lectura, algo que marcaría la vida del futuro médico y escritor. Es de resaltar que de todo el profesorado, del que fue alumno en su educación calasancia, el autor sólo habla mal de uno. Elegancia y bonhomía.

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). Ismael y sus compañeros escolapios fueron la primera generación de estudiantes que hizo este curso novedoso y experimental. Compartieron su experiencia con sus

alumnos coetáneos de los salesianos, con las alumnas del vecino colegio del Valle, las alumnas de las Esclavas de la Gavidia, y las Calasancias, de la antigua calle Badolatosa, hoy Tabladilla. Una vez finalizado el COU, 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. Me recuerda un amigo común, el luminoso pintor Justo Girón, la irreductible vocación médica de Ismael Yebra Sotillo. Una noche, en el transcurso de una de las cenas que nuestro añorado dermatólogo hacía entrañables, salió a colación la célebre disyuntiva que se planteaba el exquisito escritor ruso Antón Chéjov: ¿Médico o escritor? O mejor dicho ¿antes médico o antes escritor? El autor de uno de los mejores relatos de la literatura universal, “La dama del perrito”, resolvía el dilema con una broma que es preciso situar en el contexto de la época. La medicina es mi mujer, la literatura es mi amante, decía. Ismael Yebra Sotillo, aquella noche, lo dejó tajantemente claro. Yo, antes que nada, soy médico, nos dijo. 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 transcendente, 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.

Dos cualidades esenciales del Ismael Yebra Sotillo son el llamado ojo clínico y su humanismo:

¿Qué es el ojo clínico? En líneas generales, el ojo clínico puede definirse como el don que poseen algunos médicos para realizar diagnósticos rápidos y certeros. Todo empieza con una buena anamnesis, una completa historia clínica siguiendo el magisterio de Laín Entralgo, que nos aporte la necesaria información clínica previa. Si estuviera con nosotros el doctor Yebra, seguro que, con su habitual gracejo, nos advertiría de que hoy ya no hablamos con los pacientes sino con las pantallas de los ordenadores. Después una buena exploración que, en Dermatología, obviamente se fundamenta en la inspección y las pruebas complementarias que sean

necesarias. Con todo este bagaje clínico obtenido más las percepciones, los razonamientos, los juicios, sin olvidarnos de la intuición, se articula ese concepto complejo, tan difícil de definir, al que llamamos ojo clínico y al que algunos autores denominan pericia clínica. Sea de una manera u de otra, de lo que estamos seguro es que Ismael Yebra Sotillo, el médico dermatólogo, sin perder un ápice de rigor científico, aplicaba con generosidad el ojo clínico en su consulta.

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. Recuerda bien quien esto escribe la mañana clara que aventuraba ya primavera, la augusta sala de juntas, los retratos decimonónicos en las blancas paredes, el bermellón de los sillones de los señores académicos, la araña de luces de la lámpara central. De pronto, comienza el ritual que termina con el hombre más honesto que he conocido caminando hacia el estrado con parsimonia de monje. Portaba en su mano derecha el portafolios con el discurso. Se le poblaría la cabeza de recuerdos como pájaros. Allí estaba, sentí la primera acepción de la palabra orgullo, allí iba Ismael Yebra Sotillo, mi amigo, el hijo y hermano, a mucha honra, de tabernero. Ismael Yebra Sotillo pertenecía ya también a la Real Academia de las Buenas Letras.

¿Qué es un médico humanista? A priori podríamos considerarlo como una redundancia. El objeto del acto médico es el ser humano enfermo auxiliado por el sujeto, otro ser humano, que es el médico. Luego, no cabría pensar en una medicina sin humanismo. El humanismo médico no consiste en conocer un mayor o menor número de humanidades, que también, sino en situar al individuo, único e irrepetible, en el centro de la experiencia médica. La vida de Ismael Yebra Sotillo hubiera sido muy diferente, otra, sin el aliento de sus pacientes. A ellos se entregó con unción monacal, con paciencia de monje, con espíritu teresiano. El entrañable amigo, cuya ausencia desazona como herida abierta, se aferró a la Medicina para redimirse de una vida que se le había puesto muy cuesta arriba a los pocos meses de nacer. En la consulta Ismael Yebra desarrolló los mejores valores humanos. La responsabilidad implacable que se imponía. La empatía, que desarrollaba a veces hasta la ternura. La voluntad indestructible con la que caminó por el mundo. La solidaridad que él consideraba un deber y un derecho. La compasión que no es otra cosa que convertir en tuyo el mal ajeno. La insobornable honestidad que en él suponía decoro, honra, dignidad, pudor.

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 Leprológia 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. D. 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, llamado, Ismael, defendía que su familia y él mismo eran habitantes de la Alfalfa, “municipio” en el que nacieron y tenían fijada su residencia. Larga es la tradición que tiene Triana como “república” inde-

pendiente de la ciudad hispalense. Vengo de Sevilla, voy a Sevilla, se decía nada más atravesar los ciento cuarenta y nueve metros del puente de Isabel II diseñado por dos ingenieros franceses, que se decían o eran en realidad, discípulos de Gustave Eiffel. A la Alfalfa se le atribuye la toponimia apócrifa del “pueblo más cercano a Sevilla”, frase que se le atribuye a gente variopinta desde el amigo Luis Martín Rubio, “alfalfo” practicante confeso a el maestro Álvaro Pastor Torres, conocedor como nadie de los entresijos, litúrgicos y profanos, de la ciudad de la gracia y de la desgracia. Hasta al mismo Ismael Yebra se le atribuyó esta idea que él se encargó de negarme en reiteradas ocasiones. Me quedaré, a este paso, sin desvelar uno de los muchos misterios según Sevilla que sigo teniendo.

Si alguien se merece el título de cronista oficial de la Alfalfa ese es el dermatólogo que tenía su consulta en la calle Cabeza del Rey Don Pedro. No sólo en su libro “Sevilla vista desde la Alfalfa” sino en toda su obra literaria hay alusiones a este barrio del centro de la ciudad que en realidad no existe de forma oficial. No es posible delimitar la Alfalfa como no es posible ponerle las consabidas puertas al campo. La plaza de la Alfalfa fue el útero de piedra de Ismael Yebra Sotillo. El del que esto escribe está en la plaza de San Lorenzo, barrio al que el amigo perdido, aunque nunca olvidado, consideraba parte del extranjero. Afortunadamente tuvo el detalle de concederme, con papeles que así lo atestiguan, la doble nacionalidad. Aún recuerdo el discurso de autorización a abandonarla para regresar, que no es lo mismo que retornar, al barrio de San Lorenzo. Fue en otra bodega mítica, “La Aurora”, la de los chorizos al infierno de la juventud en la calle Benito Pérez Galdós, el garbancero por antonomasia según el maléfico Ramón María del Valle Inclán. Regentaba la taberna el querido Agustín, gran amigo de Ismael, que también figura en el doloroso libro de las ausencias. Magníficas tertulias en la trastienda montañesa de esa bodega con el inolvidable Bibiano Torres, un enorme intelectual sin artificios, oficiando de maestro de ceremonias. También hay que conformarse, ay, con su entrañable memoria. Aquella noche tocaba despedirnos del barrio. Ismael Yebra nos sorprendió con un magnífico y florido discurso, en castellano antiguo, a Mamen y a mí. Con un lenguaje deslumbrante nos autorizaba a desplazarnos al lejano barrio de San Lorenzo, pero hacía constar, a lo Calderón de la Barca, la suprema equivocación que cometíamos. ¿Cómo podíamos atrevernos a abandonar la Alfalfa? ¿Abandonar el cielo para conformarnos con el purgatorio? He buscado y rebuscado el magnífico y delirante texto que se resiste a aparecer. Esas cosas ocurren. Ojalá el azar lo recupere antes de que acabe de pergeñar este retrato de Ismael Yebra quien no contento con esto se apresuró a enviarnos una postal de la Alfalfa al nuevo domicilio interesándose por la salud de nuestras hijas tras un viaje tan agotador. Por supuesto que tuvo la oportuna respuesta, en una postal de la plaza de San Lorenzo tranquilizándolo. Las niñas, salvo las molestias propias del “jet lag”, se encontraban en perfecto estado. Fue mi hija Sara a por la postal al

estanco de la plaza. Rauda volvió para que le ayudara en el dilema que le había puesto el estanquero. ¿Sello para España o para el extranjero? Para el extranjero, hija, para el extranjero.

El humor inconfundible de Ismael, de Jardiel Poncela, de Tono, de Mingote, de Berlanga y sobre todo de Gila, su adorado Gila... Otra cosa no, pero por lo menos, conmigo te has reído mucho, le decía a Victoria Mateo, su compañera de vida. El sentido del humor es una pastilla efervescente que alivia las malas digestiones de la vida. A sus amigos nos queda este parvo consuelo. ¡reímos tanto con Ismael. Y que nos quiten lo “bailao”, otra frase muy suya, con la que le sacaba la lengua a la muerte, ese engendro oscuro que no tiene humor ninguno. No te preocupes querido Ismael, poco a poco, Victoria incluida, estamos aprendiendo otra vez a reírnos contigo. Anda, dile a tu compañero Gila, que descuelgue el teléfono negro de baquelita y nos cuente el último chiste.

Umbrete, paz y vida

Para el niño de la Alfalfa el verano es Umbrete y Umbrete es el verano. Este pueblo, situado a escasos quince kilómetros de Sevilla, es esencial para entender la vida de Ismael Yebra Sotillo. El verano comienza cuando las tardes se van alargando poco a poco y el sol rojizo se va escondiendo por la cárcava de Sanlúcar. Así lo recuerda el niño Ismael, exiliado durante el curso escolar en la ciudad, cuando volvía a su paraíso de Umbrete. El verano de un niño es interminable, nos dice. Pasaba la hora de la siesta jugando en el corral, haciendo figuras y objetos de barro o bañándose furtivamente en una alberca cercana o en una tina de madera. Hasta que llegaba Enrique, con el carro de los helados, decretando el final de la noche falsa. Luego, el inocente hurto de granadas y membrillos en alguna huerta alejada, la mirada pícaro de las primeras suspicacias, las primeras chupadas a un cigarro de matalahúva. Así recuerda Ismael Yebra el verano en el pueblo, deslumbrante, para un niño de la ciudad. La aventura comenzaba en uno de esos autobuses ingleses, marca Leyland, con el conductor situado en el lado derecho. Autobuses pintados de blanco y verde que se fatigaban, asmáticos, subiendo la cuesta del Caracol.

Volver a la casa y llegar al corral era como tomar conciencia del paso de las estaciones, escribe Ismael en su “Pueblo cercano”. Los hierbajos y los arbustos habían crecido libremente. Las revolveras se habían reproducido sin respetar arriates ni alcorques. Ortigas, malvas, magarza se mezclaban con las malas hierbas. Con mucho trabajo la casa resurgía de nuevo en cuestión de horas. El niño Ismael comprobaba que allí seguían la cama de hierro de los abuelos, el catre donde dormía, la cómoda, el palanganero con su jarra de porcelana y su palangana de loza, la vieja alacena de la cocina, el tresillo de eneas, los altos maceteros de madera, la vieja mesa con cajones donde el abuelo Ismael guardaba los papeles, el paraguero con su espejo, su bastonera y sus perchas para colgar abrigos y sombreros, los viejos cuadros con esce-

nas de caza... Muchos de estos muebles y objetos se conservan, restaurados con primor, en la casa actual de Umbrete. Ismael Yebra amaba con verdadera pasión las antigüedades. Las casas de Rábano, Sevilla y Umbrete dan fe de ello. Victoria y él crearon, poquito a poco, pequeños museos de anticuario. La casa se la había comprado el abuelo Ismael, en 1940, a una señora conocida en el pueblo como la viuda de Pilatos. Ismael Yebra, nunca supo la causa. Umbrete, era para él, su retiro veraniego al estilo de los cardenales que lo hacían en el palacio arzobispal. Y lo fue hasta el último verano que pudimos disfrutarlo en su terraza de “Tarifa”, la esquina de su casa donde, como él decía, el viento daba la vuelta. La bodega era una sola nave con tejado a dos aguas, similar a otras tantas que había en el pueblo. La torre de Montaigne.

Y Umbrete es, sobre todo, Victoria Mateo. La mujer que te hizo creer en la vida y abandonar para siempre tus sueños de místico anacoreta. Quedaba entonces mucho tiempo, muchas cosas por hacer. Dos hijos, Victoria y Dani, fantásticos, por llegar. Quizás por eso te gustaba ver bailar a Victoria, aunque tú no bailases nunca. Izquierda, izquierda, derecha, derecha. Adelante, detrás, un dos, tres. Miles de veces bailó Victoria Mateo “La Yenka” de Johnny y Charley en el club de la Cabalgata o en los guateques de la Ratita. Ismael Yebra, las primeras veces, se veía obligado a bailar para seducir a aquella guapa jovencita que estudiaba COU. El pretendiente estaba ya acabando la carrera de Medicina. Sería el año 1978 mientras en España se zurraba trabajosamente la democracia bajo la presidencia de Adolfo Suárez. El año que Juan Pablo I, un papa fugaz, fallece tras treinta y tres días de pontificado. No sabemos si Ismael Yebra había hecho ya “la pedida de la puerta” al padre de Victoria, trámite que le autorizaba a entrar a la casa de la novia. Sea como sea, el noviazgo, como Dios manda, se ratificaría al mismo tiempo, mes arriba, mes abajo, que la Constitución española. La relación entre Ismael Yebra y Victoria Mateo, que sólo interrumpiría la muerte, tiene la misma edad que la recuperada democracia española.

Ismael Yebra fue muy feliz en Umbrete con su amada Victoria y sus hijos Victoria y Dani. Se consideraba umbreteño de adopción y consideraba un honor que la biblioteca pública del pueblo lleve su nombre. En Umbrete en las bodegas, en las tabernas cultivaba la amistad verdadera, sencilla. La de su compadre Rafael González la Hera, que murió en el Rocío, al día siguiente que falleciera su caballo. En la Peña Sevillista, un bético tan irreducible como Ismael Yebra disfrutaba de la compañía de Agustín el Machín, de Leonardo, el del diente de oro, de Leonino, el fontanero y el albañil Antonio el Arco. En la bodega de Rafael Porrúa, donde transcurría frecuentemente el noviazgo con Victoria, se encontraba con el Belloto, Carlos el encargado y Vicente, el árbitro, el padre de Joaquín Garro, el alcalde. Un mediodía el dermatólogo, y venereólogo, como le gustaba recalcar, operó al Belloto de una verruga en la bodega de Rafael Porrúa: Sobre una mesa con papis y todo el material quirúrgico en regla. De vez en cuando Ismael Yebra pedía un poco de anestesia. Le pasaban un vaso de mosto.

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 “Juan” 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. Sevilla cuenta con quince conventos de monjas. A la mayoría de ellos acudía Ismael Yebra para socorrer la salud de “sus monjitas” como aludía, cariñosamente, a ellas. En el libro Ismael Yebra denuncia el gran desconocimiento que existe sobre la vida contemplativa y la vida monástica, en general, entre la población. Y señala los tópicos sobre la vida en clausura que son fruto del desconocimiento. Que si solamente pueden hablar un día al año. Que si en caso de cruzarse en un paseo por la huerta, sólo se podían decir entre ellos: hermano, morir habemus. Que si los cartujos cavan cada día una palada de su futura fosa. Que si los que optan por esa vida huyen de desengaños amorosos. Que si... Defiende Ismael Yebra que si bien las palabras monje y monja derivan del griego monachos, que significa solo, esa soledad buscada es ajena al aislamiento. El monje y la monja se separan relativamente del mundo. No se apartan de él, sino de la vida mundana, que no es lo mismo. A la pregunta, infinidad de veces formulada, de para qué sirve una monja de clausura, Ismael Yebra respondía con su sorna habitual. Por lo pronto, para no molestar a nadie. Ismael Yebra Sotillo, ese monje laico, entendía, vivía, lo trascendente como ese algo que está más allá de los límites del conocimiento. Aunque no conviene olvidar la sabrosa condición terrenal de los conventos sevillanos. Bollitos en Santa Inés, mermeladas en Santa Paula, yemas en San Leandro, magdalenas en Madre de Dios, pastas de Santa Clara en Santa María de Jesús o pastelitos de Santa Gertrudis en San Clemente. Bien que conocía estas delicias Ismael Yebra que las recibía a modo de “salario” aunque se negara a cobrar nada. Aunque es justo reconocer que el mayor experto en repostería conventual sevillana es nuestro común amigo Álvaro Pastor Torres, quien quizás sea la persona más apropiada para visitar las clausuras ahora que Ismael Yebra ya no puede ir por una de esas injusticias caprichosas que tiene la vida.

Ismael Yebra Sotillo era, es, un hombre extraordinariamente afable que amaba el silencio. Silencio no significa no hablar sino hablar lo preciso. Y además hacerlo de forma constructiva, edificante, positiva y de forma equilibrada, con moderación, dice en el hermoso libro que escribió con un pie fuera y otro dentro de los claustros. El silencio debe eliminar las palabras vacías, el hablar por hablar, el hacerlo de forma maliciosa o con maledicencia. El silencio trae sosiego, paz, calma. Ismael Yebra

defendía que en los conventos se habla poco no porque esté prohibido sino porque existen pocas oportunidades para hacerlo. Nuestro amigo oraba todas las tardes, también meditaba, en su estudio de la casa de la calle Candilejo. Un aire conventual se respira en ella. Buscaba a Dios en el silencio. Hombre de fe insobornable creía, a pies juntillas, que lo encontraría el día del silencio definitivo. Que le estaría esperando en el compás azulado del cielo.

Correspondencia monástica

Somos, en gran parte, los objetos que dejamos cuando fallecemos. Se puede escribir la novela de una vida a partir de los efectos personales que la muerte abandona. La ropa de diario, los trajes de vestir, las plumas estilográficas, los relojes que paró el tiempo. Victoria Mateo, la mujer de Ismael Yebra – nunca será la viuda – ha tenido la generosidad de regalarme algunos de esos bienes de Ismael Yebra Sotillo. Dos gorras azules, una al estilo miliciano y otra más al estilo boina. Y un sombrero negro de felpa, el sempiterno sombrero de Ismael, que usaba durante los inviernos. Bajo él me cobijo del frío afilado de la ciudad que el amigo tanto amó. Con las gorras lo llevo en la cabeza. Además, Victoria Mateo me regaló la última bata blanca de Ismael que me pongo en la consulta con el deseo secreto de que se me contagie algo del gran médico que fue. Otro de los regalos que me ha hecho la mujer de Ismael, tras su pérdida, es permitirme leer sus cartas monacales. En una carpeta granate de archivos, están perfectamente clasificadas, bajo la denominación genérica de “Correspondencia monástica” que él mismo escribió con rotuladores rojo y verde. Estremece leer su letra, que es la parte escrita del alma. Ismael Yebra era el hombre más pulcramente ordenado que he conocido.

Don Mario Iceta Gavicagogeascoa obispo de Bilbao.

Monseñor Juan José Asenjo Pelegrina. Ismael Yebra y don Juan José se encontraron en más de una ocasión en torno a un almuerzo o una cena. El arzobispo escuchaba con interés las opiniones de Ismael Yebra sobre todo las que atañían a los conventos de clausura sevillanos. Ni que decir tiene que nuestro amigo jamás hablaba de estos encuentros y mucho menos de las conversaciones que en ellos se entablaban. Ismael Yebra Sotillo, uno de los hombres más discretos que uno ha conocido.

El abad del monasterio de San Pedro de Cardeña

El hermano José Couto

De la Abadía de Osera en Orense agradece el generoso donativo que Ismael Yebra le ha enviado tras recibir las publicaciones del cenobio. Con el notario e historiador medievalista Antonio Linage llegó nuestro dermatólogo a intercambiar cartas escritas en latín. Antonio Linage Conde, aunque nacido en la segoviana población de Sepúlveda, ha vivido y vive en Madrid. Es uno de los mayores expertos españoles, sino el mayor, en literatura monástica

medieval. Profesor en las universidades de Salamanca y CEU San Pablo de Madrid.

Felicitaciones de Navidad de las monjas en clausura. Prácticamente de todos los conventos de Sevilla.

Una de las más entrañables es una fotografía de diecinueve monjas del monasterio cisterciense de San Clemente, sito en la sevillana calle Reposo.

Felicitaciones navideñas con la imagen del monasterio burgalés de San Pedro de Cardeña nevado recibió Ismael Yebra varias a lo largo de los años. Guardaba Ismael Yebra una significativa fotografía a la puerta del monasterio con su buen amigo sevillano José Manuel Caballero y el que debe ser hermano hospedero...En la imagen aparece un Ismael Yebra Sotillo, sereno, plétórico de salud, en un descanso de sus periódicos retiros en San Pedro de Cardeña durante los cuales hacía la misma vida que los monjes. No le rehuía nuestro dermatólogo al frío ni a la nieve, como buen castellano viejo. Llevaba en los genes los helados inviernos de Sanabria donde pronto anochecía entre los copos de nieve que caían al aullido de los lobos. En más de una de sus estancias en monasterio las heladas lo dejaron aislados junto a la comunidad. En alguna ocasión solo y en otra con la compañía de Victoria Mateo hubo de esperar unos días al deshielo para poder regresar en coche a Sevilla. Gustaba Ismael Yebra de hacer sus retiros en Cardeña durante los meses de octubre y noviembre. Para ello solicitaba el correspondiente permiso por carta a fray Pablo, el hospedero, que cuadraba fechas en función de las necesidades del monasterio. Lo mismo hacía Ismael Yebra con el padre hospedero de Santo Domingo de Silos con el que hablaba de la Liturgia de las Horas por la que tenía una especial debilidad. En este otro monasterio burgalés pasó también nuestro amigo varios retiros.

También recibe cartas del monje camaldulense Hugo Velázquez cuyas primeras cartas las remite desde el Yermo de la Santa Cruz, en Santa Rosa de Osos, un municipio situado en la Antioquía colombiana. Ignoramos, con seguridad, si el monje camaldulense continúa en vida o no. Si no es así seguro que se habrá cumplido la profecía que le dirigió a Ismael Yebra en una felicitación navideña: “Estoy seguro de que en el cielo nos encontraremos”.

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 angioinmuno-blástico.

A partir de ahí empieza la pesadilla que Ismael Yebra Sotillo, convertido en paciente en su doble acepción, soporta con una admirable entereza. No nos detendremos en muchos detalles de los cinco años de padecimiento de nuestro entrañable dermatólogo. No serviría para mucho, sólo para incrementar la angustia. Por ello, sólo nos referiremos a algunos hechos puntuales. Las continuas idas y venidas al hospital Virgen Macarena y, posteriormente, al hospital Virgen del Rocío para el tratamiento de quimioterapia. Jamás escuchó una queja alguna por los largos días de tratamiento. Siguió el protocolo como un enfermo más sin hacer valer, en ningún momento, su condición de médico. A causa del tratamiento de quimioterapia, Ismael Yebra sufrió cardiotoxicidad por doxorubicina. Que requirió su ingreso en la clínica Santa Isabel. Por si fuera poco, en 2018, fue ingresado, de nuevo, en el mismo establecimiento sanitario por un tromboembolismo pulmonar. A todas estas complicaciones, respondía con humilde resignación y paciencia monástica. Incluso, con las escasas fuerzas que le quedaban sacaba a relucir su peculiar sentido del humor. Está convencido quien esto escribe que Ismael Yebra se apoyó en su impresionante sentido de la trascendencia para superar tantos obstáculos que la vida le iba poniendo.

Un punto de inflexión pudo haber supuesto el trasplante de médula, al que incondicionalmente se había ofrecido su hermano Pepe Yebra, en el año 2019. No pudo ser por la incompatibilidad de grupo sanguíneo que presentan ambos hermanos. Se opta, entonces, por un trasplante autólogo en Virgen del Rocío por el que Ismael Yebra permanece ingresado veintiún días en el hospital Virgen del Rocío, aislado en una de las habitaciones “burbujas”. No tiene ningún contacto con el exterior salvo

con su mujer Victoria Mateo. El azar determinó que en la habitación aislada al lado estaba ingresado otro entrañable amigo, José Antonio Muñoz. "Anchoa", como era conocido en el mundo del remo y del deporte, desgraciadamente, no pudo superar aquella fase. "Anchoa", otro hombre que pasó por la vida ayudando, irradiando luz. Ismael Yebra, gracias al trasplante, pareció recuperarse bastante hasta el punto de que en el año 2020 pudo hacer un inolvidable viaje en grupo a Fez. Poco tiempo después de regresar a Sevilla, a primeros de marzo, llegaría la pandemia del coronavirus y el inesperado confinamiento. Fue una época muy difícil, extraordinariamente complicada. Ismael Yebra tenía que continuar el tratamiento de quimioterapia en pleno estado de alarma sanitaria. Acudir al hospital Virgen del Rocío en el que el coronavirus hacía auténticos estragos. Acompañado de una incansable Victoria Mateo, que sacaba fuerzas y ánimo como podía, fue un paciente intachable. Tomaba diariamente de ocho a diez pastillas según la evolución de la enfermedad. Es incluido en un ensayo clínico en el que puso sus últimas esperanzas. En los primeros meses del año 2022 va sufriendo un decaimiento progresivo que le impide trasladarse a Rábano durante el verano. La última vez que pudo ir a su adorada Sanabria sería en agosto del 2021. Físicamente muy deteriorado se refugia en Umbrete, rodeado de libros en su torre de Babel y el afecto de su familia. Inolvidables algunas noches bajo el cielo estrellado del Aljarafe donde no perdía su afabilidad y el sentido del humor. Pobre consuelo que nos queda a sus amigos.

El otoño del año 2022 resulta fatídico para Ismael Yebra. Sigue acudiendo a la Academia de Buenas Letras de Sevilla donde, con una voluntad de hierro, cumplía con sus funciones de director. Recuerda, quien esto escribe, hablar más de una tarde con él por teléfono, mientras se encontraba trabajando en su despacho. Estuvo yendo a la Academia de la calle Abades hasta finales del mes de noviembre. Debido a las bajas defensas inmunológicas que tenía nuestro dermatólogo y las medidas hospitalarias que continuaban vigentes, teníamos que resignarnos a oír su voz a través del auricular. En ese otoño tampoco pudo asistir a la entrañable tertulia que manteníamos en la bodega de su hermano Pepe Yebra, que aún cerrada hace años, se sigue abriendo, a puerta cerrada los viernes al mediodía. Éramos seis y ahora somos cuatro. Así de implacable es la vida. Faltan los mejores, el maestro de vida Bibiano Torres y el gran Ismael Yebra, quien en sus últimos días no hizo otra cosa que emular el extraordinario verso de su compañero de Academia, Aquilino Duque: "Así mueren los hombres".

Durante el mes de diciembre de 2022 se va agravando su salud. Apenas puede andar, pasaba los días recostado en el sofá, dormía mal. En el salón de su casa de la Alfalfa, el reloj de cuco parecía sonar más lento, más debilitado. En el puente de la Inmaculada, Victoria Mateo, le hace unas emotivas fotografías en la que aparece en la torre de Montaigne leyendo

enfundado en una boina a lo Pío Baroja. La voz de alarma se la da a uno su gran amigo Ricardo Jiménez Alés, quiosquero de la Alfalfa, a los pocos días: “ya no tiene fuerzas para venir a comprar el periódico”, nos dice. El domingo 12 de diciembre fue la última vez que Ismael Yebra sale a la calle para comprar el diario. Durante la semana siguiente acude varias veces al hospital Virgen del Rocío. Se encuentra muy mal. Su hermano Pepe Yebra le pregunta si esa semana va a escribir el artículo que publicaba, todos los jueves, en el “Diario de Sevilla”. Ismael Yebra no se encuentra con fuerzas para escribirlo. A pesar de todo, el hombre con más fuerza de voluntad que uno ha conocido, lo hace. El domingo 20 de diciembre Victoria Mateo llama a la ambulancia que lo traslada directamente a la U.V.I. del hospital Virgen del Rocío. Tras estar un día en cuidados intensivos, es trasladado a planta para que su familia pueda acompañarlo. El lunes día 21 le visita un médico, José Manuel Rubio Sotillo, primo suyo, al que le confiesa sin tapujos, que siente cómo se está muriendo. A pesar de su gravedad, con unas cuantas bromas a su mujer Victoria y a sus hijos Victoria y Daniel, pretende quitarle hierro al asunto. El gran Ismael Yebra Sotillo, único, irrepetible, fallece a las nueve y cuarto de la mañana del día 22 de noviembre de 2021. Todos somos iguales, pero no somos lo mismo.

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.

Te debo un atardecer dorado en Marrakech
la mejor cena de nuestra vida en el Riad Aquaviva.
Te debo un té en el boulevard francés de Fez
cuando la vida te temblaba ya en las piernas.
Te debo la amistad sin aditivos
Te debo tu serenidad de monasterio
Te debo la risa inagotable
Te debo la Alfalfa entera
Te debo el mosto claro de Umbrete
Te debo las gloriosas caminatas en Sanabria
detrás de la luz recién amanecida
Te debo la demostración de que claro que existe el alma

Te debo la parsimonia de tu paso de monje
Te debo la alegría de lo sencillo
Te debo a Victoria madre, casi mi hermana
Te debo a Victoria y Dani, casi mis hijos
Mi padre te quería mucho, me dijeron en el tanatorio
cuando todavía respirabas, impávido, aire de esta Tierra
Nunca lo olvidaré
Te debo a tu hermano José, el gran Pepe Yebra que inventó
la elegancia suprema del tabernero
Te debo la torre de Montaigne atiborrada de libros
Te debo los versos de Cernuda, el poeta malaje
Te debo la complicidad de lo importante
Te debo las lágrimas mientras en la ciudad la lluvia caía
desesperada porque te habías ido.
Te debo el vino joven de la verdad
Te debo el aceite virgen de la autenticidad
Te debo esta biografía que no tendría que haber escrito nunca
Te debo tanta gente hermosa que conocí gracias a ti
Te debo el claustro desnudo de la honestidad
Te debo la camiseta de trece barras
Te debo el sol poniente de la Giralda
Te debo la luna del Aljarafe
Te debo la liturgia de las horas a tu lado
Te debo la lana de la cercanía
Te debo tu alegría desbordante, como agua de arroyo
Te debo un libro sobre los médicos que escriben
Te debo el otoño amarillo de Sevilla
Te debo el reloj de cuco de tu salón
Te debo tus maitines de monje
Te debo tu plenitud cuando reinaba la primavera
Te debo las seis letras sagradas de tu nombre
Te debo, amigo del alma, tanta vida...

Francisco Gallardo

CURSO DE INNOVACIÓN EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA XXXI

“LA GESTIÓN DEL DATO Y LA IMAGEN EN CIRUGÍA”

8 DE FEBRERO



Dr. Cuesta, Dr. Padillo, Dr. Infantes, Dr. Morales, Dr. Targarona y Dr. Balibrea

El 8 de febrero de 2024 tuvo lugar en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla el acto principal del tradicional Curso de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva – Cirugía Laparoscópica XXXI. Dicho acto tuvo como título “La Gestión del Dato y la Imagen en Cirugía” y fue presentado por el Excmo. Sr. presidente de esta institución, el Dr. D. Carlos Infantes Alcón, contando con los siguientes temas y ponentes:

- **La era del Dato en el futuro de la Cirugía:** Dicha disertación fue llevada a cabo por el **Dr. D. José María Balibrea del Castillo**, jefe de Sección del Hospital Germans Trias i Pujol de Barcelona, siendo comentada a posteriori por el Prof. Dr. D. Francisco Javier Padillo Ruiz, jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y catedrático de la Universidad de Sevilla.

- **La Imagen como elemento clave de la Cirugía del futuro:** Dicha disertación fu llevada a cabo por un miembro de nuestra corporación, el **Ilmo. Sr. Dr. Salvador Morales Conde**, jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla y profesor titular de la Universidad de Sevilla. Dicha conferencia fue contestada por el Prof. D. Miguel Ángel Cuesta Valentín, de la Free University de Ámsterdam, en Holanda.

A.- EL FUTURO DEL DATO EN CIRUGÍA DIGESTIVA

La cirugía digestiva está experimentando una transformación significativa gracias a los avances en tecnologías de datos y la inteligencia artificial (IA). La capacidad de recopilar, analizar y aplicar datos a lo largo de todo el proceso quirúrgico está revolucionando tanto la planificación como la ejecución de procedimientos, mejorando los resultados para los pacientes y optimizando los recursos sanitarios. A continuación, se exploran las principales áreas donde el manejo de datos impactará de manera determinante en el futuro de esta especialidad.

1. Planificación quirúrgica personalizada

El futuro de la cirugía digestiva dependerá en gran medida de la integración de datos clínicos, genómicos y de imagen para planificar intervenciones altamente personalizadas. Gracias a herramientas como la IA y el aprendizaje automático, los cirujanos podrán predecir con mayor precisión las complicaciones potenciales y elegir las técnicas más adecuadas para cada paciente. Por ejemplo:

- **Modelos 3D anatómicos:** Utilizando datos de imagen obtenidos de tomografías y resonancias magnéticas, se pueden generar modelos tridimensionales del tracto digestivo para visualizar áreas complejas y planificar procedimientos de manera virtual antes de realizarlos.
- **Biomarcadores y genómica:** La identificación de marcadores moleculares específicos permitirá predecir la respuesta del paciente a diferentes técnicas quirúrgicas y tratamientos adyuvantes, como la quimioterapia.

2. Cirugía guiada por datos en tiempo real

El uso de datos durante el acto quirúrgico también está avanzando rápidamente. La combinación de sensores, sistemas de monitorización y dispositivos quirúrgicos inteligentes está facilitando una mayor precisión en las intervenciones. Algunos ejemplos incluyen:

- **Realidad aumentada (RA):** La RA permitirá superponer información clave sobre el campo quirúrgico, como estructuras anatómicas importantes o áreas de riesgo, directamente en la visión del cirujano.
- **Robótica avanzada:** Los sistemas quirúrgicos robóticos integrados con datos intraoperatorios pueden ajustar movimientos en tiempo real, garantizando una mayor seguridad y eficacia.
- **Monitorización continua:** Sensores avanzados podrán medir parámetros fisiológicos del paciente en tiempo real, permitiendo a los cirujanos adaptarse a cambios inmediatos y tomar decisiones más informadas.

3. Análisis de resultados y aprendizaje continuo

El manejo de grandes volúmenes de datos postoperatorios será crucial para evaluar los resultados y retroalimentar los procesos quirúrgicos. Las bases de datos compartidas y los sistemas de salud conectados permitirán un análisis profundo de los resultados a nivel poblacional y de cada paciente en particular. Entre las aplicaciones clave se encuentran:

- **Evaluación de resultados:** Plataformas de análisis predictivo podrán identificar patrones en los datos para determinar los factores que contribuyen al éxito o fracaso de ciertas intervenciones.
- **Optimización de protocolos:** El aprendizaje automático podrá sugerir cambios en protocolos quirúrgicos basados en evidencia obtenida de resultados previos.
- **Recopilación de datos a largo plazo:** Registros electrónicos de salud y dispositivos de seguimiento remoto podrán recopilar datos continuos sobre la evolución del paciente, lo que permitirá ajustes en los tratamientos posteriores a la cirugía.

4. Inteligencia artificial y toma de decisiones

La IA desempeñará un papel fundamental en la toma de decisiones quirúrgicas. Los algoritmos avanzados podrán analizar datos complejos para proporcionar recomendaciones basadas en evidencia, ayudando a los cirujanos a tomar decisiones informadas incluso en situaciones clínicas desafiantes. Por ejemplo:

- **Predicción de complicaciones:** Herramientas de IA pueden evaluar factores de riesgo en tiempo real y advertir sobre posibles complicaciones antes de que ocurran.
- **Soporte a la decisión clínica:** Sistemas inteligentes podrán sugerir estrategias quirúrgicas basadas en el perfil del paciente y en datos obtenidos de procedimientos similares.

5. Ética, privacidad y regulación

A medida que el uso de datos en cirugía digestiva aumenta, también lo hacen los desafíos éticos y regulatorios. La privacidad del paciente, la seguridad de los datos y la equidad en el acceso a estas tecnologías serán aspectos cruciales a abordar. Es imperativo que las instituciones sanitarias establezcan marcos claros para garantizar la protección de los datos y promover su uso responsable.

6. Conclusión

El futuro del dato en cirugía digestiva promete un cambio paradigmático en la manera en que se planifican, ejecutan y evalúan los procedimientos quirúrgicos. La integración de tecnologías avanzadas y el manejo efectivo de datos permitirá una atención más personalizada, precisa y eficiente. Sin embargo, el éxito de esta transformación dependerá de un equilibrio adecuado entre la innovación tecnológica y el respeto por los principios éticos y humanísticos que sustentan la medicina.

B.- EL FUTURO DE LA IMAGEN EN CIRUGÍA DIGESTIVA

La evolución de las tecnologías de imagen está revolucionando la cirugía digestiva, permitiendo una mayor precisión y mejorando los resultados quirúrgicos. Desde herramientas de diagnóstico avanzadas hasta la integración de tecnologías de visualización en el quirófano, el papel de la imagen es cada vez más central en esta especialidad.

1. Diagnóstico avanzado con inteligencia artificial (IA)

La combinación de sistemas de imagen médica y algoritmos de IA está transformando el diagnóstico de enfermedades digestivas.

- **Interpretación automatizada:** Herramientas basadas en IA pueden analizar tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM) y ecografías para identificar patologías como tumores, estenosis o procesos inflamatorios agudos con una precisión igual o superior a la de los especialistas humanos.
- **Detección precoz:** La capacidad de detectar lesiones preneoplásicas o cambios sutiles en tejidos permite intervenciones más tempranas y menos invasivas.

Por ejemplo, algoritmos entrenados en el reconocimiento de imágenes endoscópicas pueden diferenciar entre tejido sano y canceroso con un alto grado de fiabilidad, guiando al clínico en tiempo real durante procedimientos diagnósticos como colonoscopias.

2. Imagen intraoperatoria en tiempo real

La tecnología de imagen intraoperatoria está revolucionando la forma en que los cirujanos abordan procedimientos complejos. Estas herramientas mejoran la precisión quirúrgica y reducen los riesgos asociados a la cirugía digestiva.

- **Fluorescencia guiada por imagen:** Técnicas como el uso del verde de indocianina permiten la visualización en tiempo real de estructuras vasculares y linfáticas, ayudando a preservar tejidos vitales y a garantizar resecciones más oncológicas y más completas, obteniendo un número mayor de resecciones R0.
- **Ecografía laparoscópica:** Esta tecnología ofrece una vista detallada de órganos y lesiones durante cirugías mínimamente invasivas, facilitando la identificación precisa de tumores o quistes.
- **Resonancia magnética intraoperatoria:** Aunque aún en desarrollo, esta herramienta promete revolucionar procedimientos complejos como la cirugía de páncreas o hígado, permitiendo a los cirujanos ajustar sus estrategias en tiempo real.

3. Realidad aumentada y realidad virtual

La integración de realidad aumentada (RA) y realidad virtual (RV) en la cirugía digestiva está marcando un antes y un después en la planificación y ejecución de procedimientos quirúrgicos.

- **Simulación preoperatoria:** La creación de modelos virtuales 3D a partir de datos de imagen permite a los cirujanos practicar intervenciones complejas antes de realizarlas en el paciente. Esto no solo mejora la precisión, sino que también reduce el tiempo operatorio y los riesgos.
- **Cirugía guiada por Realidad Aumentada:** Permite superponer imágenes preoperatorias sobre el campo quirúrgico en tiempo real, ayudando a los cirujanos a visualizar estructuras internas y a evitar daños a órganos vitales.
- **Entrenamiento quirúrgico:** Las plataformas de realidad virtual están transformando la formación de los cirujanos, proporcionando simulaciones inmersivas que replican escenarios quirúrgicos reales con un alto nivel de detalle.

4. Hacia la cirugía guiada por inteligencia visual

El futuro de la imagen en cirugía digestiva estará impulsado por la inteligencia visual, donde los sistemas automáticos no solo generan imágenes, sino que también proporcionan información procesable.

- **Reconocimiento automático de tejidos:** Sistemas integrados podrán identificar y marcar áreas de interés en tiempo real, ayudando a los cirujanos a delimitar zonas tumorales o identificar planos anatómicos o estructuras críticas.
- **Decisiones asistidas por IA:** La combinación de datos de imagen con algoritmos predictivos permitirá a los cirujanos tomar decisiones basadas en evidencias, adaptando su estrategia quirúrgica a las necesidades específicas del paciente.

5. Desafíos éticos y regulatorios

El avance en tecnologías de imagen también plantea retos importantes en cuanto a ética y regulación. La privacidad de los datos del paciente y la validación de algoritmos de IA son áreas clave que deben abordarse. Es fundamental garantizar que estas herramientas sean seguras, eficaces y accesibles para todos los pacientes, independientemente de su ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

6. Conclusión

El futuro de la imagen en cirugía digestiva está lleno de posibilidades emocionantes. Desde el diagnóstico temprano y preciso hasta la cirugía guiada por inteligencia visual, estas tecnologías prometen transformar radicalmente la forma en que se aborda esta especialidad. Sin embargo, para aprovechar plenamente su potencial, será esencial un enfoque colaborativo que combine innovación tecnológica, formación continua y un compromiso ético con el bienestar del paciente.

PRESENTACIÓN DE LIBRO “LETRAS DE MÉDICOS”

20 DE FEBRERO

Autores: Francisco Gallardo e Ismael Yebra

PRESENTACIÓN DEL LIBRO

Letras de médicos
Médicos escritores y escritores médicos
FRANCISCO GALLARDO
ISMAEL YEBRA

PRESIDEN:
D. Antonio Pulido Gutiérrez.
Presidente de la Fundación Cajasol.
D. Pablo Gutiérrez-Alviz Conradi.
Director de la Real Academia Sevillana de Buenas Letras.
D. Carlos Infantes Alcón.
Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.

INTERVIENEN:
D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé.
Académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
D. Rogelio Reyes Cano.
Académico de la Real Academia Sevillana de Buenas Letras.
D. Francisco Gallardo Rodríguez.
Coautor del libro.
D. Miguel Ángel R. Matellanes.
Editor del libro.

Martes, 20 de febrero
19.30 horas

Fundación Cajasol
Sala Salvador
(entrada por la calle Álvarez Quintero, 1)
Sevilla

algaída

TESTERÍA PALAS

ISMAEL YEBRA SOTILLO, EL MÉDICO (1955-1921)

por Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
Excmo. Sr. director de la Real Academia Sevillana de Buenas Letras
Ilmos. Sras. y Sres. académicos
Sras. y Sres.

Es un gran honor participar en este acto en representación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. El Dr. Francisco Gallardo ha manifestado su deseo de que el mismo sea en homenaje y recuerdo a nuestro querido Ismael Yebra, por lo que me ha pedido que haga un breve

recuerdo de su faceta médica. Es indudable que, hasta hoy día, el Dr. Yebra ha sido el médico humanista más destacado del siglo XXI en nuestra ciudad. Si se me permite parafrasear, diré que tardará mucho tiempo en nacer, si es que nace, un sevillano tan claro como tú, Ismael, que fuiste un médico tan generoso. Me impresionó en su duelo la cantidad de gente que había, y pensé que no era cierta la rima becqueriana: “Qué solos se quedan los muertos”, no, sus amigos estaban todos allí aquel día, y siguen estando en todos los actos en que se le recuerda.

Conocí a Ismael cuando terminé la carrera de Medicina, allá por 1982, entonces era él compañero de mi padre en el ambulatorio Dr. Fleming en el barrio de Nervión. La relación de Ismael con don Eloy, llegó a ser con el paso de los años *quasi* filial, como él mismo apuntó en su discurso de ingreso en la Academia de Medicina.

La vocación de médico le vino indudablemente de su tío Ismael Sotillo Gago, gran dermatólogo y también académico numerario. El Prof. Sotillo guio su formación a partir de cuarto curso de carrera, cuando su sobrino le expresó la idea de seguir sus pasos, contestándole: “Muy bien, pero primero tienes que ser médico”. Así que en lugar de entrar directamente como interno con él, pasó los tres últimos años de la licenciatura en la cátedra de Patología Médica, formándose en Medicina Interna. La especialidad de Dermatología la hizo, tras acabar la carrera, con su otro maestro, el Prof. D. Antonio García Pérez. Es de destacar que obtuvo el Premio Extraordinario del doctorado en 1984, con una tesis sobre la lepra, dirigida por el Prof. D. Francisco Camacho. Llegó un momento en que Ismael tuvo que decidir si continuaba o no con la carrera docente, ya que le ofrecieron la posibilidad de acceder a una plaza de profesor titular de Dermatología en Málaga, pero el arraigo con su ciudad pesó más finalmente, y ahí perdimos a un posible catedrático. El Dr. Sabaté ya nos contó lo que le dijo entonces: “Juan, no se me ha perdido nada fuera de Sevilla, me quedo en mi Alfalfa y cerca también de Umbrete”.

Y así fue, Ismael desarrolló su profesión de médico dermatólogo en Sevilla, en dos ambientes distintos, pero con el mismo entusiasmo y dedicación en ambos. En la medicina pública, como especialista en el ambulatorio “Virgen de los Reyes”, en la calle Marqués de Paradas, y en la medicina privada, en su consulta del barrio de la Alfalfa, en la calle Cabeza del Rey D. Pedro. En los dos sitios cuidó por igual a sus enfermos, dando un verdadero ejemplo de humanitarismo médico. Lo primero que hacía Ismael era dar siempre la mano a sus pacientes, subrayando de ese modo el papel benéfico de la relación médico-enfermo, como ya advertía a sus alumnos, en el siglo XIX, el famoso médico alemán Erns Von Leyden, refiriéndose a que ese era el primer acto terapéutico de todo médico. Hoy día parece que este gesto de estrechar la mano nos lo ha robado, no sé si definitivamente, la pandemia del Covid. Aunque pienso

que, en la actualidad, los principales enemigos a quienes se enfrenta la tan importante relación médico-enfermo son el teclado y la pantalla del ordenador, los cuales se llevan nuestra atención casi más que la del paciente. El médico se ha vuelto esclavo de los mismos. Como diría Rof Carballo, proféticamente, hace 60 años, nos hemos convertido en médicos siervos de las máquinas. Los expertos informáticos que desarrollan los complicados programas que nos obligan a manejar los gerentes sanitarios en nuestra práctica clínica diaria, parece que han olvidado lo importante que es que el médico pueda mirar a su paciente. Pues no, eso hoy día, ocupa cada vez menos tiempo en cualquier consulta. Para Ismael esto era impensable, siempre tuvo una mirada y un tiempo para una conversación digna con sus pacientes. Como dijo Marañón, el instrumento médico más importante es la silla, que nos permite sentarnos al lado del enfermo, escucharlo y explorarlo.

Con respecto a la Academia de Medicina, el Dr. Yebra obtuvo el título de Académico Correspondiente en 1982 al ganar el premio Dr. José Salvador Gallardo, con el trabajo “Manifestaciones óseas del mal perforante plantar”. Fue elegido Académico de Número en 2014, y leyó su discurso de ingreso en 2015: “*Dermatología y evolución social: de la lepra a la toxina botulínica*”. Fue un destacado miembro de nuestra Corporación en la que participó activamente en sesiones públicas ordinarias y extraordinarias, así como en la realización de peritaciones judiciales solicitadas a la Academia.

Quiero referirme ahora al motivo que nos reúne hoy, la presentación de este libro “Letras de médicos”. Obra amena y magnífica sobre una veintena de médicos que fueron también escritores universales, entre los que aparecen Chejov, Marañón, Baroja, Somerset Maugham, etc... Imposible imagino para sus autores poner a todos los que fueron. Por eso querido amigo Dr. Francisco Gallardo, que ya eres un consagrado médico-escritor, creo que deberías ir pensando en hacer un segundo volumen, que pudiera albergar a nuestro Mateo Alemán, por ejemplo, o a otros como Pedro Laín Entralgo, Juan Antonio Vallejo-Nájera o el ya citado Rof Carballo. Pero el que no podría faltar sería mi querido Axel Munthe, autor de la inolvidable Historia de San Michele. Qué de recuerdos me trae esta obra, verdadera autobiografía del genial médico-escritor sueco. Mi abuelo compró la primera edición española de 1935 y se la dio a leer a mi padre cuando este se decidió a estudiar Medicina en 1939. Lo mismo que él hizo conmigo en 1976 y que yo repetí a su vez con mi hijo en 2007.

La tradición en nuestra ciudad de este dualismo médico-escritor, escritor-médico o simplemente médico que escribe, es amplia y duradera. Sirva de ejemplo la lista de más de una treintena de personalidades que pertenecieron a la Real Academia Sevillana de Buenas Letras y que poseyeron además la condición de ser médico. La mayoría fueron ade-

más académicos de la de Medicina. La nómina comienza con Francisco Buendía Ponce, presbítero, médico de Cámara del rey Carlos III, Titular del Santo Oficio de la Inquisición y miembro de la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, y que fue académico de Buenas Letras en 1751 y el número 13 de los fundadores de la misma. Personaje interesantísimo que será el primero en publicar un plano topográfico de los caños de Carmona en 1765.

Entre los médicos más famosos que fueron miembros de Buenas Letras están Antonio Machado Núñez, Javier Lasso de la Vega Cortezo, Carlos Jiménez Díaz, Gabriel Sánchez de la Cuesta, Antonio Hermosilla Molina, Sebastián García Díaz o Juan Ramón Zaragoza.

Tres médicos fueron, además de académicos, directores de la Academia de Buenas Letras: Ramón de la Sota Lastra, Gabriel Lupiáñez Estévez y el último, Ismael Yebra Sotillo.

Para terminar, estimada audiencia, quisiera recordar la famosa frase de Albert Pike, que tanto le gusta a Victoria, y que se aplica perfectamente a Ismael Yebra:

“Lo que hacemos por nosotros mismos muere con nosotros,
lo que hacemos por los demás y por el mundo, permanece y es inmortal”.

Querido Ismael, tu recuerdo seguirá siempre entre nosotros, y como decía la copla final de Jorge Manrique:

“Dio el alma a quién se la dio,
el cual la ponga en el cielo y en su gloria,
y aunque la vida murió,
nos dejó hartos consuelo su memoria”

Muchas gracias por su atención.

CONFERENCIA

“NUEVAS OPORTUNIDADES EN MEDICINA DEL TRABAJO: DEL *BIG DATA* A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL”

22 DE FEBRERO

La programación de este acto desarrollado en el salón de actos “Ramón y Cajal” fue la siguiente:

- I. Introducción del acto a cargo del Ilmo. Sr. D. Pedro de Castro Sánchez, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- II. Presentación del conferenciante por el Dr. D. Alfonso Prieto Cuesta, académico correspondiente de la RAMSE y presidente de la Asociación Andaluza de Medicina del Trabajo.
- III. Conferencia titulada “Nuevas oportunidades en Medicina del Trabajo: del *Big data* a la inteligencia artificial”, impartida por el Prof. D. Manuel Vaquero Abellán, de la Universidad de Córdoba.
- IV. Clausura del acto por el Ilmo. Sr. vicepresidente de la RAMSE, Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello.



Dr. Prieto, Dr. Castro, Dr. Rodríguez de Quesada, Dr. Vaquero y Dr. León

MESA REDONDA

“EL RETO DEMOGRÁFICO: UN DESAFÍO DE NUESTRO TIEMPO”

7 DE MARZO



1.- INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO

Dr. Martín Navarro Merino

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Profesor Titular de Pediatría. Universidad de Sevilla

El reto demográfico es un desafío de nuestro tiempo y para su análisis es necesario estudiar de dónde venimos, donde estamos y cuáles son las perspectivas futuras de la situación demográfica actual, este tema será tratado en la primera ponencia.

Es evidente que el descenso progresivo de la natalidad, tiene causas multifactoriales y produce gravísimas consecuencias tanto sociales como económicas.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, podemos afirmar que la caída de la natalidad es un problema que afecta a toda España, aspecto que será tratado en la segunda ponencia, en la última década en Andalucía ha caído la natalidad un 24,8%, un índice superior a la media nacional del 24,4%, siendo su peor dato histórico de nacimientos, de esta forma, nuestra Comunidad Autónoma se mantiene en situación de invierno demográfico: mueren más personas que nacen.

Pero si es llamativo el descenso de la natalidad, también lo es el aumento de la edad de las mujeres para tener hijos, siendo mayoritario el grupo de primíparas entre 30 y 39 años (62,6%), entre 25 a 29 (17%), menores de 25 (10,4%) y mayores de 40 años ((8,4%), según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en nacimientos registrados desde Enero hasta Septiembre de 2023. Y según los últimos datos provisionales del INE 2023, refieren los porcentajes de primíparas menores de 25 años en el (9,4%), y de 40 años o más en el (10,7%), es decir nacen más niños de madres de 40 años o más, que de madres menores de 25. En resumen, podemos decir que cada vez tenemos una Maternidad más tardía

De tal forma que el análisis de la situación actual, no es suficiente por si solo, sino que tenemos que definir acciones que estudien especialmente las barreras que influyen en el nivel de fecundidad y el impacto de las políticas familiares en el nivel de fecundidad actual, y de esta forma poder realizar intervenciones en la búsqueda de un equilibrio demográfico, siendo necesario hacer estudios comparativos con las medidas tomadas en otros países y si sus resultados son positivos, poderlos aplicar en el nuestro, aspecto que será tratado en la última ponencia

El estudio de estos tres apartados constituye el objetivo de esta Mesa Redonda

BIBLIOGRAFIA

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2023). Indicadores demográficos básicos. Año 2022. Datos definitivos mnp 2022.pdf (ine.es)
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Movimiento Natural de la Población (MNP) <https://WWW.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dega/movimiento-natural-de-la-poblacion-mnp>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Sistema de Información demográfica de Andalucía (SIDEMA). <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dega/sistema-de-informaciondemografica-de-andalucia-sidema>.

2.- ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL

Juan Antonio Hernández Rodríguez

*Servicio de Estadísticas Demográficas y Sociales
Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía*

Introducción

En un contexto internacional que presenta importantes cambios respecto al pasado inmediato en lo Geoestratégico, Tecnológico y Medioambiental entre otros, se están desarrollando también modificaciones sustanciales de los patrones demográficos que inciden y se interrelacionan con los anteriores. Es quizás, el cambio demográfico, el de mayor relevancia por sus consecuencias para la vida de las personas, tanto económicas, laborales, financieras, o sociales y culturales.

En este contexto de cambios demográficos, los retos a los que se enfrentan las sociedades actuales se han convertido en un tema prioritario dentro de las agendas políticas, situándose además en el centro del debate público, contemplándose diversos aspectos de estos retos, como la baja fecundidad, las migraciones, el envejecimiento de la población o la despoblación.

Mi presentación intentará acercar estos aspectos mostrando la información disponible a día de hoy que permita reflexionar, sobre los desafíos demográficos a los que, en un horizonte de medio plazo, se enfrentará la Comunidad Autónoma de Andalucía, a través de una panorámica general de la situación demográfica actual y perspectivas futuras.

Una primera parte de la presentación se centrará en conocer dónde nos encontramos y de dónde venimos a través del análisis de la evolución de la población andaluza en los últimos 30 años desde la perspectiva de su crecimiento (total, natural y migratorio), atendiendo a las causas (natalidad, mortalidad y migraciones) y las consecuencias (envejecimiento, despoblación).

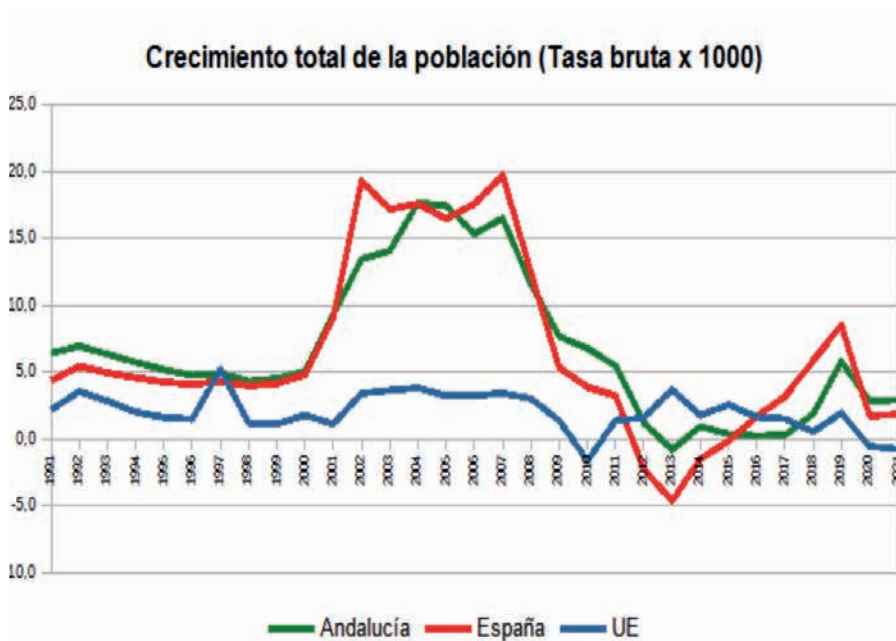
La segunda parte se centrará en un análisis demográfico de carácter prospectivo que intentará proporcionar algunas pinceladas sobre el comportamiento futuro de la población.

La evolución de la población en Andalucía

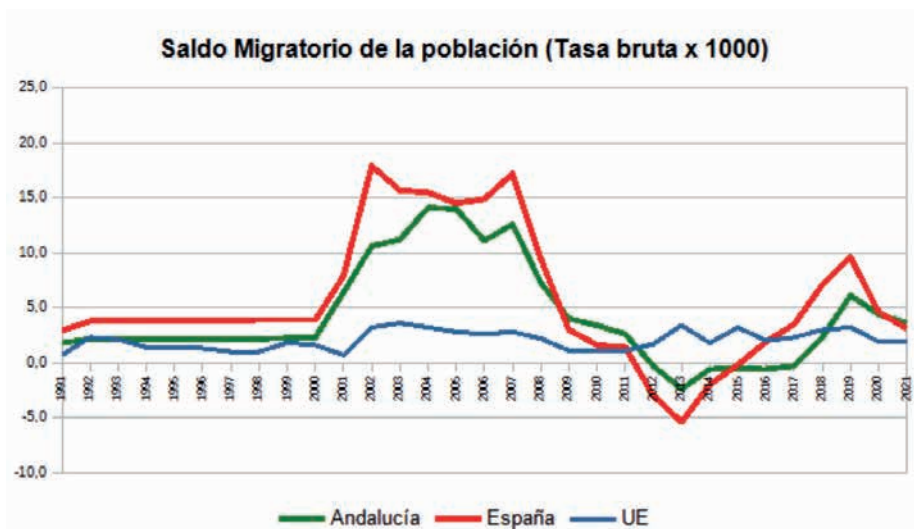
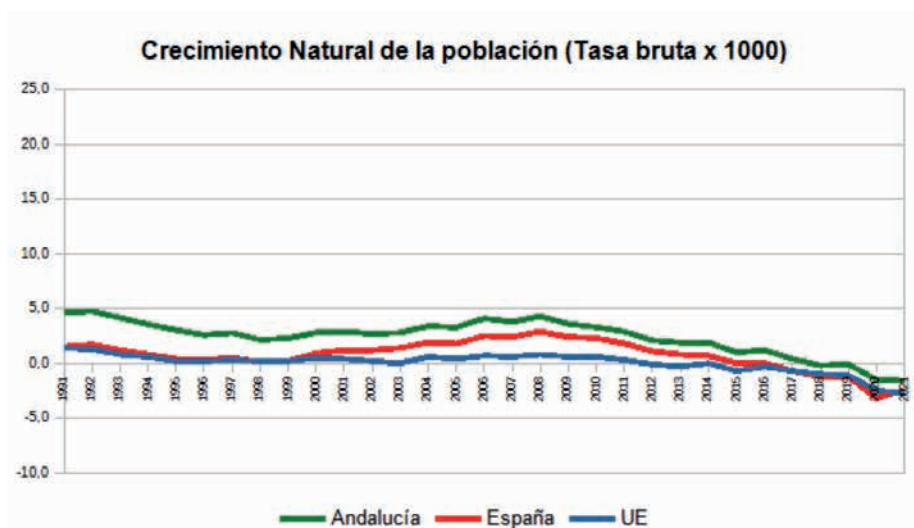
Como ya comentaba, no cabe duda, que algunos de los grandes retos que debe afrontar la sociedad actual tienen mucho que ver con la demografía. La importancia de los factores demográficos es hoy manifiesta en un país como el nuestro en el que el envejecimiento de la población, la baja fecundidad y la inmigración conforman una sociedad que es ya, y será en el futuro, muy distinta a la de hace tan solo 30 años.

Desde hace prácticamente una década, en Andalucía viven una media de 8,5 millones de personas, casi 1,5 millones más que hace 30 años. Estas cifras son el resultado de un crecimiento importante de la población de Andalucía en los últimos 30 años (22,7%) ligeramente superior a la media nacional (22,1%) y sobre todo, más del triple que el experimentado por la Unión Europea (6,5%).

Sin embargo, este crecimiento no ha sido equilibrado durante todo este periodo, destacando el mayor crecimiento experimentado en la década previa a la crisis y el perfil similar que presentan las evoluciones de España y Andalucía, más acusado que el de la Unión Europea, con crecimientos medios en este periodo cercanos al 15 por mil. Desde el inicio de la crisis (2009), este crecimiento se ha reducido a una tasa en torno al 2,7 por mil, superior a la española y a la de la Unión Europea.



Sin embargo, si descomponemos este crecimiento en los saldos que lo determinan: el crecimiento natural o vegetativo y el saldo migratorio, vemos claramente que el crecimiento poblacional refleja fundamentalmente la evolución del saldo migratorio, principal responsable de los cambios en el volumen de la población (en los primeros años del siglo XXI entran en Andalucía casi 450.000 inmigrantes netos y unos 4 millones en España). Mientras que el crecimiento natural medio de este periodo en Andalucía se sitúa en el 3,5 por mil, muy por encima del crecimiento de España y de la Unión Europea, volviéndose incluso negativo en los últimos años, el saldo migratorio medio andaluz se sitúa en casi el doble (6,2 por mil).



Pero detengámonos en el crecimiento natural, resultado de la diferencia entre los nacimientos y las defunciones, nuestro real potencial de crecimiento durante mucho tiempo y sobre todo con grandes efectos sobre la estructura de población.

Un crecimiento natural resultado:

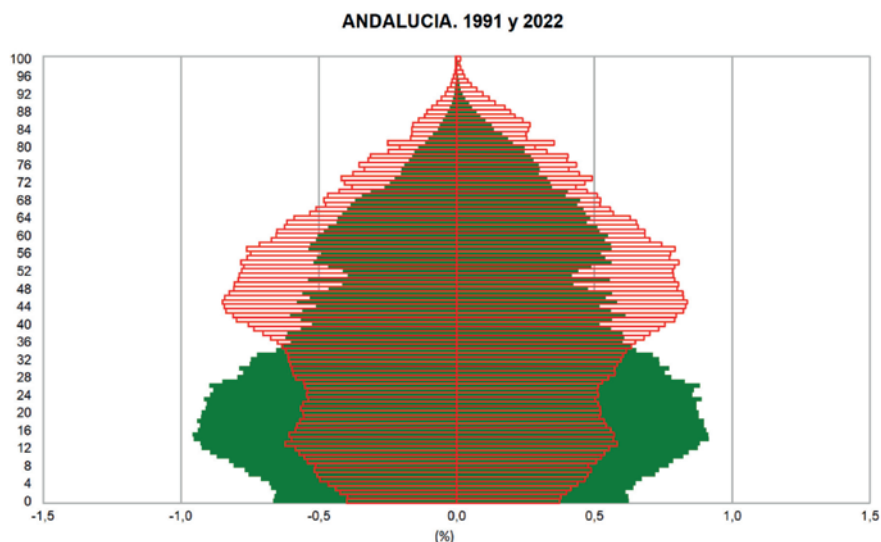
- de una evolución estable de la tasa de mortalidad, a pesar de la continuidad del aumento de la esperanza de vida en los últimos 30 años.

- y de una tasa de natalidad que mantiene la tendencia decreciente iniciada en los años setenta del siglo pasado, consecuencia directa de una combinación de diversos factores (descenso de la intensidad de la fecundidad

alcanzando niveles muy bajos, incremento de la edad media a la maternidad e inicio de un descenso de mujeres en edad fértil).

Estos comportamientos demográficos conducen por primera vez en mucho tiempo a un crecimiento natural negativo. Andalucía no experimenta saldos vegetativos negativos durante los siglos XX y XXI si obviamos la gripe de 1918 y los años de Guerra Civil.

Todo ello tiene un importante y sostenido efecto sobre la estructura de la población. Porque si en algo se manifiesta claramente estas transformaciones es en la distribución por edades de la población como puede observarse en estas dos pirámides de población.



La pirámide de población adquiere en 2022 una forma que dista de la figura que le dio nombre y que ha sido la imagen típica de esta representación durante gran parte de la historia.

En estos últimos 30 años, al igual que en España y en nuestro entorno más próximo, aunque probablemente con distinta intensidad, las generaciones jóvenes son, cada vez, menos numerosas fruto del descenso de la natalidad.

El grupo de edades más avanzadas crece gracias a una esperanza de vida, que ha aumentado en estas tres décadas (en torno a 6 años) hasta situarse por encima de los 80 años y que ha elevado la edad media de la población superando los 40 años tras crecer en Andalucía 8 años en este periodo.

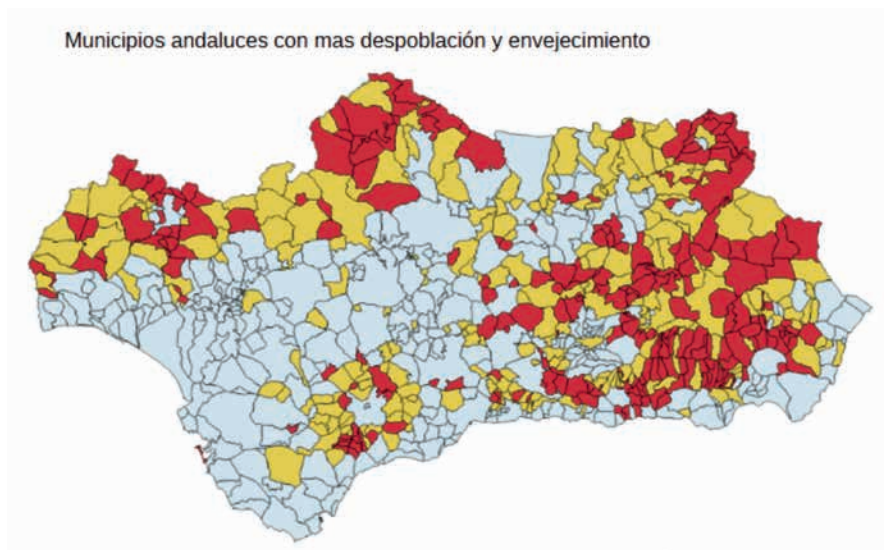
De esta manera, el peso de la población mayor de 65 años se sitúa por encima del 17% frente al 12% de 1991, en tanto que los menores se quedan en el 16% (25% en 1991). Modelo que muestra ya un envejecimiento de la sociedad andaluza, similar a la española y europea.

En estas condiciones, el índice de dependencia de los mayores de 65 años (respecto a aquella parte de la población que está en edad de trabajar) ha crecido en torno a 9 puntos porcentuales, hasta situarse en una relación de uno de cada cuatro, lógicamente con una tendencia creciente. Este es el modelo dominante en la mayoría de los países desarrollados y refleja la evolución de la esperanza de vida, de la natalidad y el impacto de las migraciones.

Esta situación, fruto del aumento de la esperanza de vida fundamentalmente, que ha crecido en numerosos países de forma significativa produce, por primera vez en la historia humana, una abundancia de población madura y longeva, consecuencia del éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico.

Es algo paradójico, que esta situación que ahora se plantea como grave problema (invierno demográfico) es el resultado de un éxito importante de nuestra sociedad que se traduce en una mayor supervivencia y poder contar con generaciones capaces de sobrevivir casi al 100% durante toda una vida, lo que algunos demógrafos denominan democratización de la supervivencia.

Sin embargo, el incremento del envejecimiento es desigual territorialmente, la población joven tiende a concentrarse en zonas urbanas y de costa, lo que acentúa la despoblación y el envejecimiento de las zonas de origen, generalmente rurales y de interior, un fenómeno que sin tener la extensión de otras regiones españolas requiere atención en Andalucía.



La proyección de la población en Andalucía

Las proyecciones de población es la herramienta con la que cuenta la demografía para responder a algunas de las cuestiones sobre la evolución y tendencias futuras de la población, y poder anticipar así algunos retos derivados de la evolución demográfica y la necesidad de adoptar, llegado el caso, las medidas

adecuadas en cuestiones tan decisivas como el futuro de nuestro sistema de bienestar social o los equilibrios territoriales asociados al devenir demográfico.

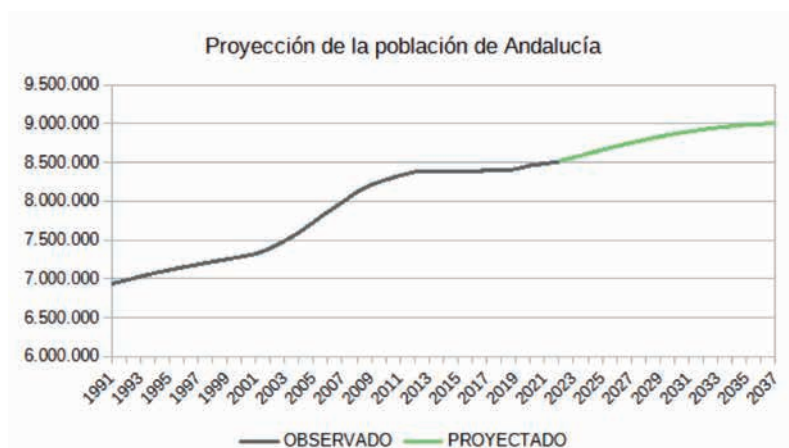
En el análisis de estas cuestiones intervienen tanto la inercia demográfica, que acota el ámbito de lo posible, como la incertidumbre en variables claves para la dinámica y la estructura de la población. Así, las proyecciones de población se convierten en una herramienta para la toma de decisiones gracias a su papel de reducción de incertidumbre y a su capacidad para proyectar en el futuro escenarios diversos.

Pues bien, la distribución por edades de la población, punto de partida de la proyección, va a condicionar en gran medida la evolución demográfica en el futuro (la inercia demográfica marca el camino) en tanto que los factores que pueden hacer cambiar el peso de unas edades respecto a otras son los mismos que pueden modificar el volumen total de la población: la mortalidad, la natalidad y las migraciones.

Plantear hipótesis de comportamiento futuro sobre los fenómenos demográficos es el objetivo de este ejercicio que resulta lleno de interrogantes. En particular el nivel de fecundidad, cuya evolución futura es hoy difícil de prever, incluso dentro de un abanico limitado, y la importancia de los flujos migratorios, muy dependientes de la evolución de la situación económica y de las políticas sobre inmigración.

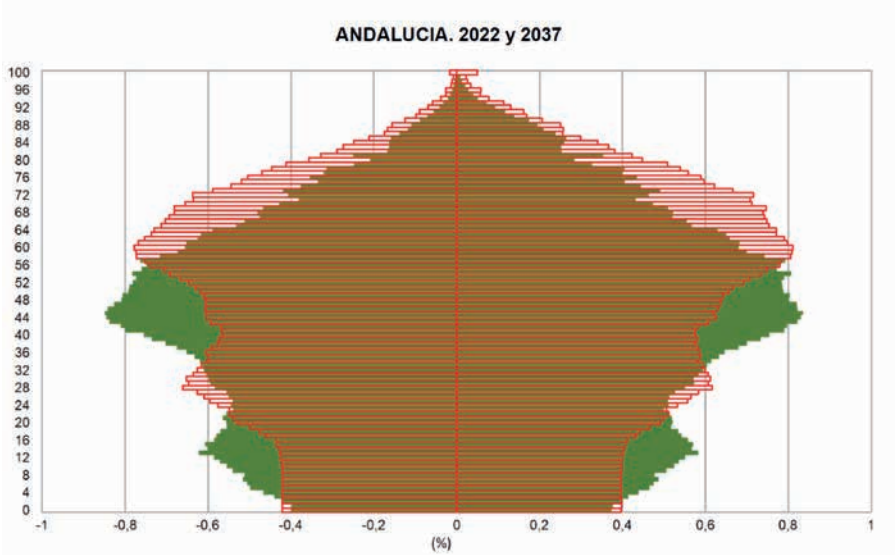
Para ilustrar esta presentación he optado por recurrir a las proyecciones de población más actualizadas, las elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística a finales de 2022 y las elaboradas por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía para ámbitos subregionales.

Como resultado de las hipótesis planteadas se estima que la población andaluza crecerá en los próximos 15 años, alcanzando los 9 millones de habitantes en 2037 como consecuencia de un escenario de comportamiento migratorio muy positivo, junto con una moderada recuperación del número de nacimientos

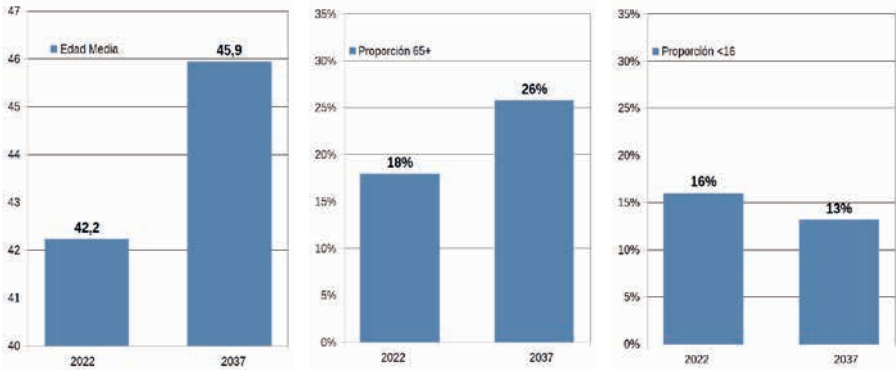


A pesar de las hipótesis de incremento en la esperanza de vida se espera un aumento apreciable del número de defunciones, principalmente, por el hecho de que las grandes generaciones nacidas en los años 60 y 70 irán superando la edad de jubilación a mediados del siglo XXI.

Se anuncia una continuidad de los cambios en la estructura por edades de la población andaluza, como muestra la siguiente pirámide de población. Básicamente, menos jóvenes y más personas mayores. El número de personas en “edad laboral” decrece y además envejece.



La situación actual anuncia, por tanto, un creciente envejecimiento poblacional. En términos relativos, el peso poblacional de los mayores crecerá considerablemente gracias a las mejoras de la esperanza de vida y la llegada a esas edades de generaciones muy numerosas. La población mayor de 65 años (actualmente el 18% del total) representará solo 15 años después, en 2037, el 26%. Por el contrario, el peso relativo de los menores de 16 años disminuirá en el periodo de proyección. La edad media de la población andaluza subirá de 42 a 46 años.



Además, la relación entre jubilados y población potencialmente activa se alterará considerablemente, pasando de 4 adultos por cada persona de 65 o más años en 2022 a 2 en 2037.

La evolución de la población potencialmente activa (16-64) depende mucho de la hipótesis de inmigración proyectada pero como ya se comentaba lo más relevante es que también envejece.

La dinámica demográfica territorial es desigual. En línea con lo que se espera a nivel regional, en los próximos quince años el crecimiento poblacional se mantendrá, aunque con tendencia a moderarse, y la población va a seguir envejeciendo en todos los ámbitos. No obstante, la dinámica demográfica no será igual en todos ellos. El litoral va a seguir siendo el área con mayor dinamismo demográfico, aumentando su población y su peso sobre el total. Por el contrario, las serranías continuarán su proceso de pérdida de población y de peso relativo.

El Valle del Guadalquivir seguirá siendo el espacio donde residen la mayor parte de los andaluces, aunque el litoral se aproximará mucho. A pesar de que estos dos ámbitos ocupan menos de la mitad del territorio, en ellos residirá algo más del 80% de la población andaluza.

Consideraciones finales

Andalucía presenta actualmente unas características demográficas que contienen la posibilidad de un crecimiento de la población acompañado de un desequilibrio en la estructura por edades que tiene como consecuencia más inmediata un envejecimiento de la población.

Este envejecimiento se traducirá en un aumento importante del número de personas mayores, potenciado en el medio plazo por la llegada a estas edades de las generaciones numerosas procedentes del “baby boom”.

Incluso con flujos (importantes) y estables de inmigrantes y una (fuerte) recuperación de la fecundidad, el aumento del número y del peso relativo de la población mayor es inevitable.

Conviene recordar que el envejecimiento de la población es consecuencia directa de un aumento general de la calidad de vida y que, por supuesto, supone un RETO importante que tendrá repercusiones directas entre otras sobre el Sistema de Salud y los Servicios Sociales.

Otro de los RETOS asociado a la evolución de la población está relacionado con la ocupación del territorio y los desequilibrios demográficos territoriales.

Los mayores incrementos de población se esperan en municipios de un tamaño intermedio, situados fundamentalmente en las áreas que ya se han identificado como más dinámicas: el litoral andaluz y las áreas metropolitanas de las grandes ciudades. En tanto que los centros rurales continuarán con el declive poblacional, perdiendo peso relativo, lo que también se pone de manifiesto con la previsible continuidad de descenso de la población en los municipios de menos de 10.000 habitantes.

3.- LA NATALIDAD Y EL PROYECTO DE DESCENDENCIA EN ANDALUCÍA

Josefina Cruz Villalón

Catedrática de Geografía Humana de la Universidad de Sevilla

Hablar hoy de la natalidad en Andalucía, es hablar del descenso, de la reducción, de la caída de la natalidad.

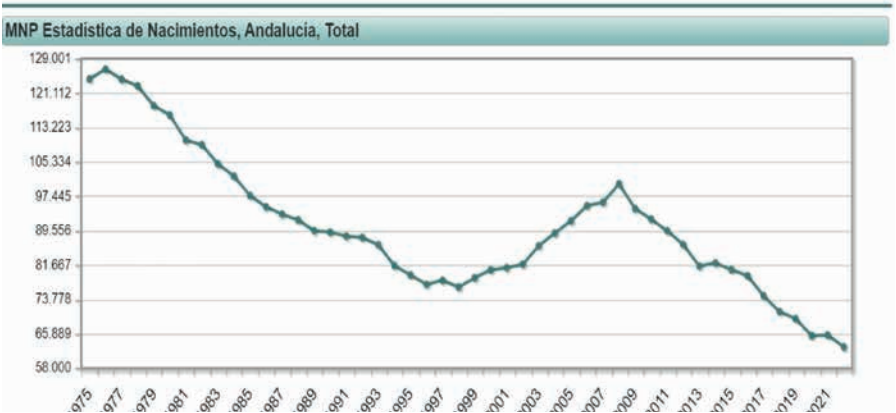
Partiremos de algunos datos básicos, antes de reflexionar sobre las causas y consecuencias de esa situación.

1. ALGUNOS DATOS BÁSICOS

1.1. Número absoluto de nacimientos.

El mayor número de nacimientos se registra en la segunda mitad del siglo pasado, alcanzándose los 126.555 nacimientos en 1976. A partir de esa fecha se asiste a un descenso continuado, llegándose a los 76.632 nacimientos en el año 1998. A partir de entonces se produce un repunte, de modo que diez años después, 2008, se superan los 100.000 nacimientos (100.293 nacidos vivos). Este repunte se explica tanto por una recuperación de la natalidad vinculada al crecimiento económico al que se asiste en el país, como a la entrada de un volumen importante de inmigrantes, con predominio de población joven. Desde 2009 el descenso del número de nacimientos ha sido pronunciado, de modo que, en 2022, último año que recoge el gráfico, se sitúa en 62.967 y, según los datos más recientes, en 2023 ha descendido a 61.748. Así pues, el número de nacimiento se ha reducido en más del 50% (51,2%) en 47 años (1976-2023). En el periodo comprendido entre 2008 y 2023 la reducción ha sido del 38,4%.

GRÁFICO N.º 1.
NACIMIENTOS VIVOS REGISTRADOS EN ANDALUCIA (1975-2022)



Fuente: INE. Movimiento Natural de Población, 2023

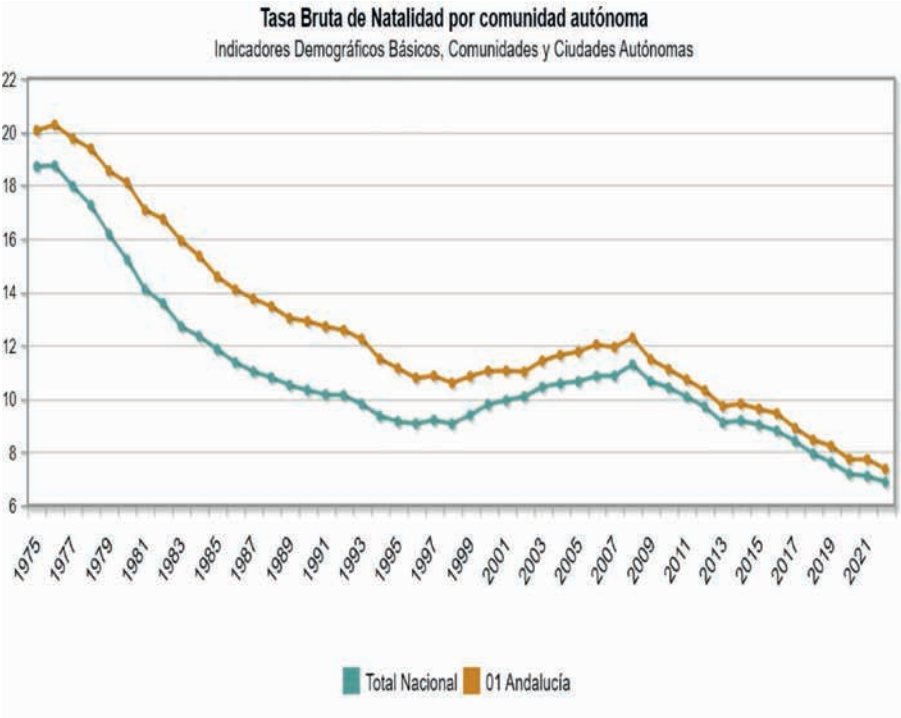
Con todo, Andalucía sigue siendo la primera Comunidad Autónoma por el número de nacidos de todo el país, con un peso relativo en torno al 19%. Prácticamente uno de cada cinco nacimientos que acontecen en España se registra en Andalucía.

1.2. La Tasa Bruta de Natalidad

La cifra absoluta de nacimientos siempre es matizada con algunos indicadores relativos que nos permiten conocer su alcance real y establecer comparaciones con otros territorios y otros periodos (no es lo mismo que nazcan 100.000 niños en una población de 5/6 millones de habitantes, que haya 100.000 nacimientos en una población de 10/12 millones).

El indicador más generalizado es la *Tasa Bruta de Natalidad*, que expresa en número de nacimientos vivos registrados en un año determinado, dividido por la población media de ese año, expresado en tantos por mil. Como se observa en gráfico nº 2, la *Tasa Bruta de Natalidad* ha experimentado un descenso progresivo en el periodo que estamos comentando. En Andalucía hemos pasado de una *Tasa Bruta de Natalidad* de más del 20‰ en 1976 (20,26‰) a un 7,37 en 2022.

GRÁFICO N.º 2



Fuente: INE, Indicadores demográficos básicos, 2023

La forma de la curva es similar a la anterior: el valor máximo se alcanza en 1976, se asiste a un descenso continuado hasta 1998, recuperándose hasta marcar un nuevo máximo en 2008. A partir de esta fecha, la *Tasa Bruta de Natalidad*, como ya hemos comentado vuelve a caer, hasta situarse en 7,37 nacimientos vivos por cada 1000 habitantes (7,37‰) en 2022.

Si lo comparamos con la *Tasa Bruta de Natalidad* de España, se advierte que la de Andalucía es ligeramente superior a la del conjunto del país, pero con recorridos prácticamente paralelos; en este siglo la tendencia manifestada es que ambas gráficas tiendan a converger; es decir, apenas hay diferencias en el comportamiento de la población andaluza respecto de la española

1.3. El Indicador Coyuntural de Fecundidad

El *Indicador Coyuntural de Fecundidad* es un indicador sintético que expresa el número de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida fértil. Se calcula poniendo en relación el número de nacidos vivos con las mujeres entre 15 y 49 años en una fecha determinada e indica los hijo/as que vendrán a reemplazar a sus madres en las generaciones venideras. El denominado *umbral de reemplazo generacional* está establecido en 2,1 hijos/mujer; es decir, es aquel que garantiza la sustitución de las generaciones actuales por sus descendientes.

En Andalucía, el *Indicador Coyuntural de Fecundidad* se situaba en 3,09 hijos por mujer en 1975, se redujo a 2,16 en 1986 y actualmente es del 1,22. El valor medio en España es 1,16. Según este indicador en Andalucía hace ya bastante tiempo que no se garantiza el reemplazo generacional: desde finales de los años 80 del siglo pasado.

Todos los países de nuestro entorno europeo registran valores inferiores al 2,1, situándose la media de la UE en 1,5. España es uno de los países que ocupa una de las posiciones más bajas en este indicador a nivel mundial. En Europa solo Malta presenta un valor ligeramente inferior al de España (1,1); a nivel mundial los valores más bajos se encuentran en China (1,2), Singapur (1,1) y Corea del Sur (0,8). En distinto grado, este descenso se da en todo el mundo y solo algunos países del África subsahariana poseen valores superiores a 5.

2. ¿POR QUÉ Y CÓMO HEMOS LLEGADOS HASTA AQUÍ?

Durante el denominado *régimen demográfico primitivo* (o preindustrial), que se extiende al menos hasta el siglo XVIII, las tasas brutas de natalidad registraban valores superiores al 40‰ (como todavía se registran en algunos países africanos: Malí, Níger o Angola, entre otros). La mejora de las condiciones alimenticias, higiénicas y sanitarias, así como el descubrimiento y aplicación de las vacunas condujo en Europa a partir del siglo XIX

(y en el siglo XX en otras partes del mundo) a la reducción de la mortalidad, en especial la mortalidad infantil y juvenil.

La reducción de la mortalidad infantil y juvenil es, a mi entender, el mayor logro de la evolución demográfica que han experimentado los países más desarrollados, España y Andalucía entre ellos. Debemos recordar que a principios del siglo XX la *Tasa de Mortalidad Infantil en España* (número de defunciones de menores de un año, en relación al número total de nacimiento de ese año) se situaba en 204‰; es decir, que uno de cada cinco nacidos no llegaba a cumplir su primer año de vida; y 4 de cada 10 no llegaban a cumplir los 15 años, por lo que no se incorporaban al ciclo reproductor ni a la vida laboral. Todavía en 1950 la *Tasa de Mortalidad Infantil* se elevaba a 117,1‰, de modo que casi un 12% de los nacidos no sobrevivían a su primer año de vida; ya en 1975 esa tasa era del 18,9‰ en España y del 21,6‰ en Andalucía, que refleja bien las diferencias socioeconómicas de Andalucía en relación a la media española. Finalmente, en 2022 se ha conseguido rebajarla al 2,64‰ en Andalucía (2,60‰ en España), que da buena cuenta del avance que hemos tenido en los factores que más inciden en la mortalidad infantil: mejoras alimenticias, higiénicas y sanitarias, y control de enfermedades y muertes por factores exógenos.

Además de la mejora de la calidad de vida de los nuevos nacidos, la reducción de la mortalidad infantil y juvenil se traduce en una elevación de la esperanza de vida, no por el alargamiento de la vida de los mayores (que también se dará), sino porque la esperanza de vida (al nacer) mide la probabilidad de supervivencia media de esa generación, y esa probabilidad se incrementa en la medida que niños y jóvenes ya no mueren a edades tempranas.

Y a su vez la reducción de la mortalidad infantil y juvenil va a venir acompañada gradualmente por la introducción paulatina de medidas de control de la natalidad. Las familias van siendo conscientes de que no es preciso alumbrar 5/6 hijos para que 2/3 sobrevivan a sus padres. En ese cambio ante la supervivencia, que es también cultural y social, llegamos a situarnos en una *Tasa Bruta de Natalidad* del 20‰ a mediados de la década de 1970, como se ha indicado anteriormente.

Desde entonces la reducción de la natalidad se explica no ya por las mejoras higiénico-sanitarias ya consolidadas o en proceso de consolidación, sino por un conjunto de factores sociales, económicos y culturales, que englobamos en esa expresión *proyecto de descendencia*. Son las parejas (a veces mujeres solas) las que toman la decisión de si tienen hijos (o no), cuántos hijos tienen y cuándo los tienen. Y en la toma de esa decisión se sopesan:

- a) las condiciones laborales de la pareja: desde la estabilidad (o precariedad) del trabajo y los ingresos que comportan, a los horarios y la posibilidad de conciliación. Pues, desde luego, la in-

corporación de la mujer ha sido y es un factor determinante en la decisión de tener hijos.

- b) El contexto socioeconómico: no solo sus propias condiciones laborales, sino la percepción que cada familia tenga de las condiciones y perspectivas futuras de la sociedad o de la economía.
- c) El entorno (o red) familiar que pueda apoyar a esa joven pareja en el cuidado de los hijos menores, ante el déficit o carencia de centros para el cuidado de niños en edad preescolar. En Andalucía ese entorno juega todavía hoy un importante papel, por tradición, cultura o familias relativamente más numerosas; pero en la medida que se reduce el tamaño de la familia extensa, menguan también las posibilidades de apoyarse en esa red.
- d) La posibilidad de acceso a una vivienda, ya sea en propiedad o alquiler. Se trata de una cuestión de gran complejidad, cuyo derecho se recoge en la propia Constitución de 1979 (el derecho a una “vivienda digna”), donde las distintas administraciones territoriales tienen competencias y en la que los derechos sociales y los intereses económicos, inmobiliarios o financieros entran en litigio.
- e) Las prestaciones públicas que puedan recibir (desgravaciones fiscales, ayudas directas, familias numerosas, bajas de maternidad y paternidad, entre otras) o la disponibilidad de centros para atender a los niños en edad preescolar.
- f) Y en el fondo: Una mayor responsabilidad respecto a los hijos, su cuidado en las edades tempranas y su educación desde la guardería hasta la entrada en la vida laboral.

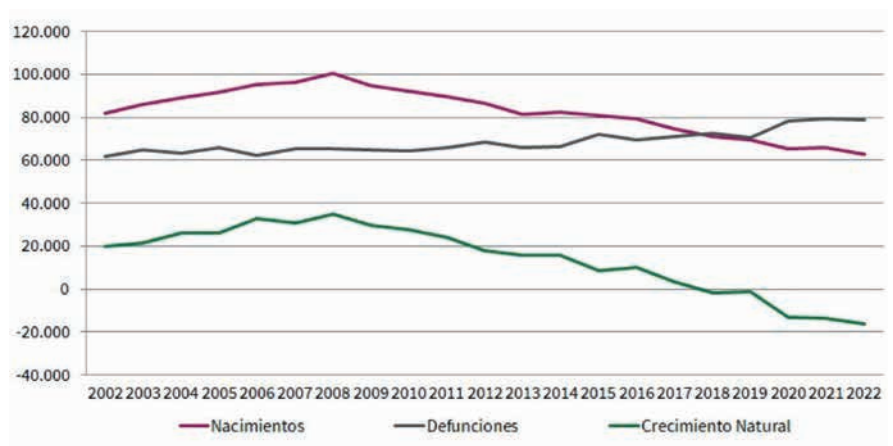
Vista la tendencia continuada del descenso de los nacimientos, quizás cabría concluir que el conjunto de factores señalados inhibe la decisión de tener hijos, o de tener más de un hijo. Más aún cuando, según la última *Encuesta de Fecundidad* (2018), existe una brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad alcanzada. Así, en Andalucía, el 19% las mujeres de más de 40 años no tienen hijos, pero ese porcentaje se reduce al 7,1%, si se les pregunta si hubieran querido tenerlos. Solo el 7,1% afirman que NO. El número efectivo de hijos de ese grupo de mujeres de más de 40 años han sido 1,61, pero se eleva a 2,07 en el caso de los hijos “que desean/desearían tener”. Es decir, que si se alcanzara el número de los hijos deseados, se llegaría al *umbral del reemplazo generacional*. De todo esto también se infiere que cualquier acción pública orientada a revertir la tendencia de la caída de la natalidad debería analizar también sus causas y no solo sus consecuencias.

3. LAS CONSECUENCIAS DEMOGRÁFICAS DE LA REDUCCIÓN DE LA NATALIDAD, EN CONCURSO CON LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD.

Entre las consecuencias más destacadas cabe indicar:

- a) No se alcanza el *umbral de reemplazo generacional*, como ya ha sido comentado, si bien sus efectos en el crecimiento se diferencian por la llegada a edades fértiles de las generaciones nacidas en el último tercio del siglo XX, las más numerosas de todo el siglo.
- b) El *Crecimiento Natural o Vegetativo* (relación entre los nacimientos y defunciones que se registran cada año) viene reduciéndose año tras año, como consecuencia tanto de la reducción del número de nacimientos, como del incremento del número de las defunciones (Gráfico nº 3). En los últimos años (desde 2019) el *Crecimiento Natural* registra valores negativos en Andalucía, como casi en toda España; si bien el crecimiento absoluto no es negativo por el aporte de las migraciones (*Crecimiento Real*).
- c) Se ha incrementado la *Edad Media* de la población. La *Edad Media* de la población andaluza era 31,2 años en 1975 y en 2023 se sitúa en 43,0 años, consecuencia más de la reducción de la mortalidad a todas las edades, en particular de niños y jóvenes.
- d) Disminuye el peso de la población joven (20,36%), se incrementa el de la población mayor (24,41%) y se mantiene estable la población adulta (55,23%).
- e)

GRÁFICO N.º 3
CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN ANDALUZA (2002-2022)



Fuente. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2023

Esta situación suscita importantes debates que supera el ámbito estrictamente demográfico en relación al mercado laboral, la atención a la población mayor, o el sostenimiento del sistema público de pensiones, así como el papel de las migraciones en este contexto y requeriría de un análisis más detallado y matizado, que supera el propósito de esta intervención.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

La caída de la natalidad, que se viene experimentado desde que contamos con registros históricos de los fenómenos demográficos, nos ha situado en los niveles más bajos expresados a través de sus principales indicadores, como son la Tasa Bruta de Natalidad o el Indicador Coyuntural de Fecundidad. En estos momentos Andalucía, como España, se sitúa en los niveles más bajos, tanto si lo analizamos en el contexto europeo como el mundial. Ello abre importantes interrogantes sobre su evolución a corto y medio plazo, en relación al reemplazo generacional y el crecimiento efectivo de la población.

Frente a otras lecturas o interpretaciones que ponen el acento en una valoración negativa de esta situación, desde una perspectiva histórica hay que destacar los avances y mejoras que se han producido en la evolución de nuestra población. Venimos de lo que se ha venido en denominar el *régimen demográfico primitivo* (o preindustrial) durante el cual nuestra población se caracterizaba por una alta natalidad, pero también una elevada mortalidad, especialmente de niños y jóvenes, de modo que la mitad de la población no llegaba a cumplir los 20 años: nacían muchos niños, pero también morían muchas personas, que en una alta proporción no alcanzaban a incorporarse al ciclo reproductor y apenas a la vida laboral. El crecimiento era, por ello, muy bajo, e incluso se experimentaban periodos de decrecimiento como consecuencias de hambrunas o epidemias, y también conflictos bélicos.

Tras esa larga travesía, hoy nos encontramos en una situación denominada *régimen demográfico moderno* (o postindustrial), caracterizada efectivamente por un bajo número de nacimientos, pero también por una reducción drástica de la mortalidad a todas las edades, en particular la mortalidad infantil y juvenil, de modo que podemos hablar de largas vidas y mayor calidad de vida. Y por ello también se considera que se ha alcanzado una mayor eficiencia reproductiva en el comportamiento de la población.

A partir de estas consideraciones, creemos que hay que poner el acento en la mayor calidad de las vidas humanas hoy, frente a la situación precedente. Ello no significa que no seamos conscientes de que en la situación actual se abren importantes interrogantes en relación a las perspectivas futuras de la población en cuanto a crecimiento, relevo generacional o incremento de la población de más edad y de la población mayor dependiente. Con todo, su valoración global no puede hacerse fuera de un contexto más amplio en el que entren también el juego el comportamiento de la mortalidad y las migraciones internacionales.

4.- ACCIONES O INTERVENCIONES EN LA BÚSQUEDA DE UN EQUILIBRIO DEMOGRÁFICO

Berta Ruiz Benítez

Socióloga. Técnica de Investigación del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Los indicadores sobre natalidad y fecundidad dibujan una transformación demográfica que supone todo un reto para la sostenibilidad del Estado de Bienestar.

Además es un fenómeno que se mantiene continuado en el tiempo, la tasa de fecundidad lleva ya tres décadas por debajo del 1,5 hijos/as por mujer, por tanto no es un fenómeno meramente coyuntural, de ahí el interés suscitado por este fenómeno.

1- BARRERAS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE FECUNDIDAD

La tasa bruta de natalidad en España se sitúa en 6,88 nacimientos por cada 1.000 habitantes, en Andalucía nos encontramos casi medio punto por encima con 7,37 nacimientos, por otro lado, el Indicador Coyuntural de fecundidad se sitúa en España en 1,16 hijos/as por mujer, en Andalucía es de 1,22 y , por último, la edad media de la maternidad en Andalucía ha pasado en veinte años de 30,27 en 2002 a 32,06 años en 2022.

Si a todos estos indicadores objetivos añadimos los datos que nos ofrecen las encuestas sobre deseabilidad de hijos/as, nos indican que el número medio de hijos/as deseados se mantiene desde hace tiempo en 2, lo que representa una brecha evidente entre deseabilidad y realidad reproductiva.

Todo ello nos hace pensar en cuales serían las barreras que están influyendo en la reproducción real y que dificultan a muchas personas hacer realidad su proyecto de vida. Entre esas barreras encontramos tres principales:

En primer lugar, aquellas asociadas con el contexto económico. Es uno de los factores que influye directamente en la decisión de acceder a la maternidad. Situaciones contextuales tales como el paro juvenil, la precariedad laboral o, incluso, aún teniendo trabajo el empobrecimiento de la vida en general, son barreras que interaccionan directamente con el planteamiento de las y los jóvenes adultos para decidir tener hijos/as.

Uno de las principales consecuencias de no tener un contexto económico favorable que les permita independizarse y acceder a una vivienda es el incremento de la edad media a la maternidad/paternidad.

La segunda barrera, sería el nivel educativo. Este indicador está muy relacionado con el anterior puesto que tejer una carrera profesional requiere un nivel elevado de estudios lo que interacciona con la decisión de retrasar la decisión de tener hijos/as.

Así lo pone de manifiesto la Encuesta de Fecundidad (2018) donde se observa que las mujeres con estudios superiores han tenido una media de hijo/as menor a aquellas mujeres que cuentan con un nivel de estudios más bajo. Es una característica de las sociedades de nuestro tiempo, en la que interaccionan en su explicación otros factores.

La tercera barrera, es la dificultad de conciliación familiar. Este factor es más influyente en la idea de tener el segundo o más hijos/as.

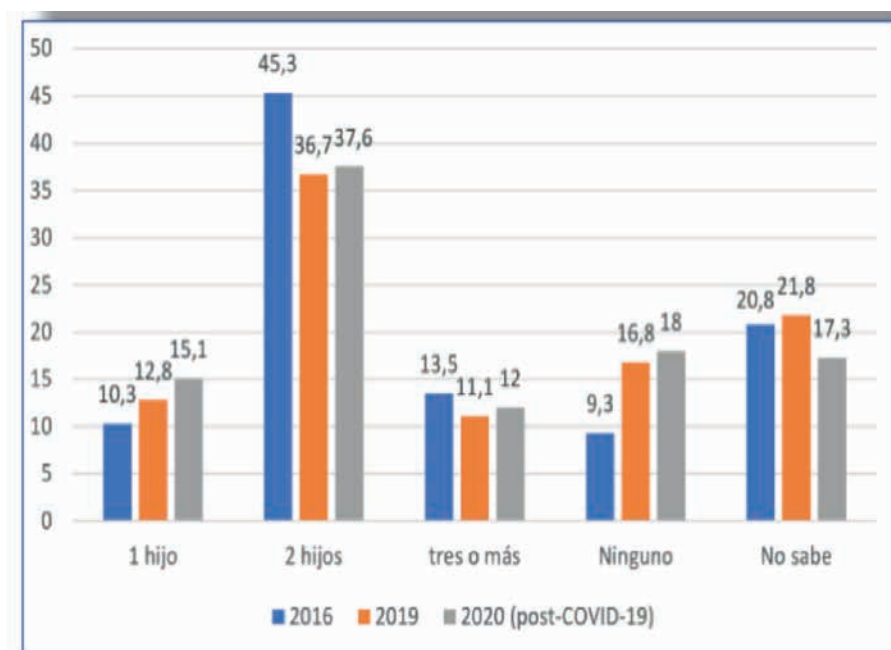
Los escasos apoyos institucionales en la conciliación laboral y familiar hacen que el cuidado siga recayendo en la red familiar, y principalmente en las mujeres, se observa un desigual reparto de responsabilidades familiares, así como falta de servicios o servicios muy caros para el cuidado de niños/as. Y si añadimos la realidad de otro tipo de familias, como pueden ser la monoparentales (una sola persona adulta con hijos/as a cargo) la situación es más complicada. En Andalucía representan casi un 10% de los hogares andaluces y cerca de un 80% están compuestas por madres solas con hijos/as (Fuente: Encuesta Social, 2019).

Igualmente, en la revisión bibliográfica realizada se han encontrado otros factores que interaccionan inversamente con los patrones de natalidad deseables para garantizar el reemplazo.

- **Cambio en los modelos de familia**, se tiende hacia familias más pequeñas que les permitan por un lado una mayor inversión por hijo/a y por otro apostar por la carrera profesional.
- **El retraso al inicio de la maternidad** es un factor a tener en cuenta puesto que hará que se tengan menos hijo/as al final de la vida fértil. Un calendario reproductivo tardío también ha incrementado los problemas de fecundidad en mujeres, con lo que se prevé un aumento de los tratamientos de fertilidad.
- **La deseabilidad social sobre tener hijos/as:** Según el Informe de la Juventud en España (2020) el número preferido de descendientes por la juventud es de 2, la evolución de este indicador muestra un descenso del porcentaje de jóvenes que desearían tener dos hijos/as pasando de 45,3% en 2016 a un 37,6% en 2020. También comprobamos que aquellos que informan que no desean tener descendencia sube más de 7 puntos respecto a 2016.

En esta última barrera habría que añadir también el **valor social de tener hijos/as**, actualmente hay un alto coste tanto económico como de tiempo en la tarea de tener hijos/as lo que hace que muchas personas se replanteen esta decisión. Y especialmente las mujeres, a las que la maternidad les pasa una mayor factura pues son ellas las que siguen postergando su carrera laboral: son las que disfrutan en mayor medida de reducciones de jornada laboral o de excedencia por cuidado de hijos/as y a medida que aumenta el número de hijos también aumenta la probabilidad de abandonar el mercado laboral reduciendo también su empleabilidad futura.

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de jóvenes según número de hijos/as que desearían tener. España, 2016-2020



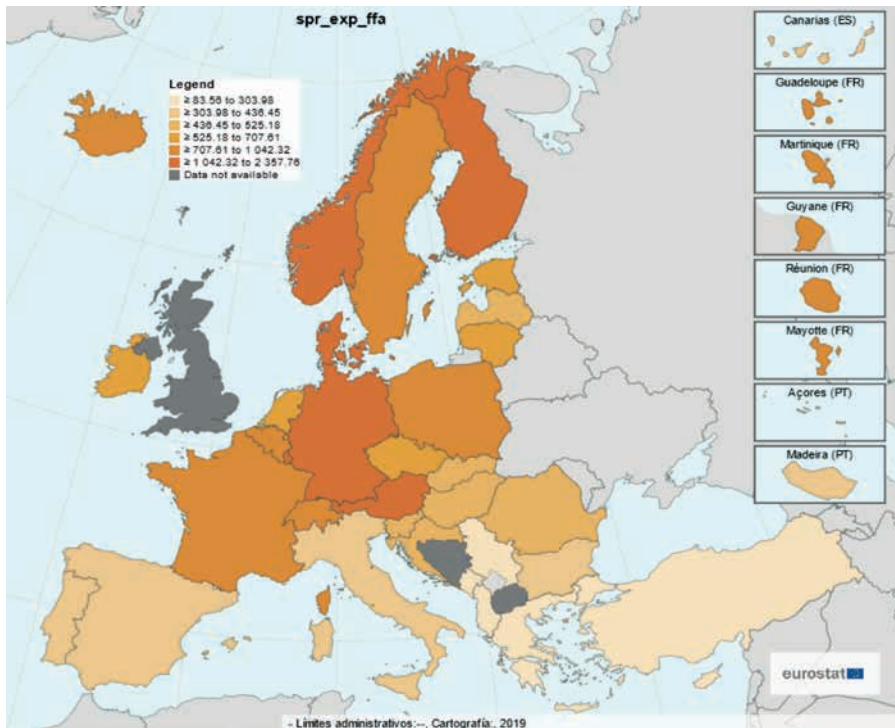
Fuente: Informe de la Juventud en España 2020. INJUVE

2- IMPACTO DE LAS POLÍTICAS FAMILIARES EN LA FECUNDIDAD

Para solventar el reto que se les plantea a los estados es necesario contar con políticas familiares con un claro impacto en la reducción de esa brecha entre deseabilidad y el nivel de fecundidad actual.

Según datos de Eurostat, el gasto público en prestaciones familiares es muy inferior en España (1,36% del PIB) frente a países europeos con una fecundidad próxima al nivel de reemplazo como puede ser Francia (3,68%) o Suecia (3,54%).

Gráfico 2. Prestaciones sociales por habitante. Gasto en familias. 2023



Fuente: OECD (2024), Family benefits public spending (indicator). Doi: 10.1787/8e8b3273-en (Accessed on 23 February 2024)

A grandes rasgos en Europa históricamente se han observado tres modelos de políticas familiares:

- **Nórdico (*Dinamarca, Noruega, Suecia y Finlandia*):** se basa en la igualdad de oportunidades, la conciliación y la integración de las mujeres en el mercado laboral, y últimamente poniendo especial atención en el bienestar de la infancia. Las prestaciones familiares se financian a través de los impuestos y se trabaja mediante un modelo de colaboración entre sociedad civil y Gobierno.
- **Continental (*Francia, Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Alemania y Austria, y de forma algo diferencial Reino Unido e Irlanda*):** este modelo más centroeuropeo centra sus políticas familiares en el sustentador principal de la familia. Las prestaciones familiares se financian de manera mixta entre contribuciones e impuestos, y la sociedad civil tiene un gran papel en la implementación de políticas.
- **Mediterráneo (*España, Italia y Portugal*):** comparte rasgos con el modelo continental, las políticas familiares se basaban más en la institución familiar y no tanto en el individuo.

Pero esta clasificación no es excluyente ya que estos modelos están supeditados por la relación de los estados con los agentes sociales y evolucionan según los modelos políticos que en cada momento rijan en los países, por ello se puede hablar más bien de rasgos comunes que pueden favorecer un modelo en distintas regiones.

Aunque los datos nos pueden dar algunas pistas sobre como las políticas familiares tienen cierta implicación en el incremento de la tasa de fecundidad, actualmente no están teniendo los resultados esperados. Tan solo han demostrado cierta eficacia algunas acciones políticas manteniendo los niveles de fecundidad. Dichas políticas se podrían dividir en dos bloques.

El primero incluye aquellas políticas destinadas a influir más en la decisión de tener el primer hijo/a. Y en este caso los estudios consultados confirman que una mejora en el acceso, estabilidad y calidad del empleo entre los adultos jóvenes, así como facilitar el acceso a la vivienda para promover la emancipación tiene un efecto positivo en la decisión de adelantar la decisión de tener hijos/as. Además, se observa que este tipo de políticas atenúan el incremento de la edad media a la maternidad, lo que implica un aumento de la vida fértil.

El segundo bloque incluye aquellas políticas destinadas a influir en la transición entre el primer y segundo hijo/a: en este sentido, los estudios consultados apuntan que apostar por políticas reales de conciliación tiene efectos positivos sobre la fecundidad. Bien es cierto que este impacto no es relación causa efecto y no es fácil de observar puesto que entran en juego el resto de políticas familiares (entendidas como un paquete completo: discapacidad, salud, educación...) y el contexto cultural-social del país en cuestión.

Son políticas orientadas a impulsar una participación equilibrada y efectiva entre los miembros de una familia tanto en la vida familiar como en el mercado de trabajo, hablamos de **corresponsabilidad**. Y especialmente se focalizan en avanzar en la igualdad de oportunidades, romper roles de género y estereotipos tradicionales de género, puesto que los datos nos informan de que las principales cuidadoras en el hogar siguen siendo las mujeres.

En definitiva, se ha observado que aquellos países con **políticas pronatalistas** como ha sido el caso de Hungría, Japón o Rusia, que no tienen en cuenta el contexto social y la diversidad familiar actual y están dirigidas solo a un determinado grupo poblacional no están dando los resultados deseados, mostrándose ineficientes en el fomento de la natalidad.

Sin embargo, aquellos países que han mantenido un nivel de fecundidad próximo a 2 hijos/as por mujer han contado con **políticas sociales dirigidas al conjunto poblacional**, en las que se han tenido en cuenta:

- Diversidad familiar atendiendo a necesidades diferenciadas (familias monoparentales).
- Iniciativas encaminadas a favorecer la emancipación residencial y económica de las y los jóvenes.

- Fomento de patrones de parentalidad compartida y una corresponsabilidad real.

Este segundo tipo de medidas cuenta además con dos rasgos importantes, que sea un paquete de políticas en las que interaccionen distintas administraciones, ya que estarían implicadas desde políticas laborales y de vivienda, aquellas relacionadas con la reducción de las situaciones de vulnerabilidad y pobreza familiar, o la atención gratuita y universal a la reproducción asistida hasta políticas educativas. Y el segundo rasgo que sean proyectos a largo plazo, si las familias observan que estarán disponibles por un tiempo limitado no habrá un cambio efectivo en la fecundidad.

Conclusiones

1- Hay un **claro desajuste entre voluntad o aspiraciones reproductivas y los hijos/as que se tienen de manera efectiva**. Muchas de las barreras que interfieren hacen que la transición a la maternidad/paternidad se produzca a una edad más tardía.

2- Las **principales barreras que han influido en el retraso**, o la inexistencia en algunos casos, de un proyecto vital estarían muy relacionadas con la precariedad laboral, la incertidumbre sobre el futuro o el escaso apoyo institucional en las responsabilidades de crianza y la desigualdad de género en el ámbito laboral y familiar. Existen además otras variables como el valor de los hijos/as en el contexto actual o la ideación del tipo de familia (contexto social/personal).

3- Aunque resulte casi imposible pensar que la fecundidad aumente hasta alcanzar el nivel de reemplazo, **es necesario poner en marcha un PAQUETE DE MEDIDAS** que implique a diferentes administraciones y que tenga por objetivo mantener un nivel moderado en la brecha existente entre deseabilidad y realidad reproductiva, haciendo de barrera para el descenso de la fecundidad.

Estas medidas deben ser planteadas tanto en un plano económico como social y deberían incluir, por un lado, las ayudas directas al acceso y calidad del empleo juvenil, en concreto el femenino, y el acceso a la vivienda que pueden incidir en no retrasar más el inicio a la maternidad/paternidad y, por otro lado, ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral incidiendo en la corresponsabilidad: adaptación de la jornada laboral, teletrabajo, incremento y equiparación de los permisos de paternidad, ayudas directas centradas en la persona menor de edad, apostar por servicios públicos que sostengan la tarea del cuidados...

4- Es muy importante **fomentar una cultura de la corresponsabilidad del cuidado en todos los ámbitos de la sociedad**: las administraciones deben favorecer esta idea legislando y reduciendo así la presión en la red familiar que cada vez es más pequeña y en ocasiones inexistente, y las empresas acatando y favoreciendo la aplicación de las normas establecidas.

CONFERENCIA

“CONVIVIENDO CON TRILLONES DE MICROBIOS DENTRO DE NOSOTROS: BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA RELACIÓN”

El jueves 14 de marzo tuvo lugar en el salón de actos de la Academia esta conferencia con arreglo al siguiente programa:

- I. Presentación del conferenciante a cargo del Ilmo. Sr. Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- II. Conferencia titulada “Conviviendo con trillones de microbios dentro de nosotros: Beneficios y Riesgos de la Relación”, impartida por el Prof. D. Gabriel Núñez Ollero, Cátedra Paul de Kruif Departamento de Patología Universidad de Michigan.
- III. Clausura del acto por el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón.



Dr. Muniáin, Dr. Núñez y Dr. Ortega

El Dr. Gabriel Núñez, sevillano de nacimiento y estadounidense de adopción, es reconocido mundialmente como uno de los principales expertos en inflamación gastrointestinal y sistémica, interacciones huésped-microbios e inmunología de la mucosa. En sus primeros trabajos, el laboratorio de Núñez realizó importantes contribuciones al campo de la apoptosis, incluida la identificación de múltiples componentes de la maquinaria de muerte celular y los pasos regulatorios clave en la vía apoptótica. A finales de la década de 1990, su laboratorio identificó NOD1 y NOD2, los miembros fundadores de la familia de receptores intracelulares similares a Nod. Su laboratorio demostró que la variación genética en NOD2 está asociada con el desarrollo de la enfermedad de Crohn, un descubrimiento innovador en los campos de las enfermedades genéticas complejas y las enfermedades inflamatorias. Más recientemente, su laboratorio se ha centrado en los mecanismos mediante los cuales el microbioma intestinal regula la colonización de patógenos y la activación de las respuestas inmunes. Colectivamente, estos descubrimientos han proporcionado una visión crítica de los mecanismos por los cuales el sistema inmune reconoce los microbios y lanza respuestas inmunes, que han impactado profundamente la comprensión de la defensa del huésped y el desarrollo de enfermedades inflamatorias.

Gabriel Núñez es doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla desde 1977. Entre 1979 y 1984 continuó su educación como investigador postdoctoral en la Facultad de Medicina de la Universidad de Texas, en Dallas. De 1985 a 1990 completó la residencia clínica en el Departamento de Anatomía Patológica de la Universidad de Washington en San Luis (Misuri), donde en 1987 se incorporó al laboratorio del oncólogo Dr. Stanley Korsmeyer. Se unió a la Universidad de Michigan en 1991 donde ejerce como profesor desde 2001. Actualmente es miembro del Centro de Cáncer Rogel y ostenta la Cátedra Paul de Kruif en Patología Académica en la Universidad de Michigan.

Núñez ha publicado más de 400 artículos en revistas especializadas, muchos de ellos en publicaciones de primer nivel como *Nature*, *Science* y *Cell* y su investigación ha sido citada más de 150.000 veces (*h index* = 176). Ha ofrecido más de 450 conferencias, siendo orador de honor en 14 reuniones científicas. Ha asesorado a más de 100 jóvenes científicos, la mayoría de los cuales son investigadores independientes y profesores en universidades de Estados Unidos, Europa y Asia. Su programa de investigación está financiado por becas del Instituto Nacional de Salud Americano. Núñez es miembro electo de la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

“CONVIVIENDO CON TRILLONES DE MICROBIOS DENTRO DE NOSOTROS: BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA RELACIÓN”

Por Gabriel Núñez,

Departamento de Patología, Universidad de Michigan, Estados Unidos

RESUMEN

Los cuerpos de todos los animales, incluyendo los de los humanos, están colonizados por una gran cantidad de microbios. Estos incluyen especies de bacterias, virus, arqueas, hongos y protozoos, que colonizan la superficie del cuerpo y las cavidades interiores expuestas al medio ambiente siendo el intestino grueso el que contiene la mayor densidad de microorganismos. Estos microbios colonizan a los humanos desde el nacimiento y esta relación simbiótica, que termina con la muerte del hospedador, es generalmente mutualística de la que se benefician tanto el hospedador como los microbios simbióticos. La conferencia describirá en detalle la relación entre el hospedador y los microbios, incluyendo los beneficios que los simbioses aportan al hospedador y este un nicho caliente y nutritivo a los microbios. En determinadas circunstancias debido al uso de algunas intervenciones como el tratamiento con antibióticos o mutaciones genéticas, ciertos microbios que viven en el hospedador pueden causar o contribuir a enfermedades como la sepsis, la enfermedad inflamatoria intestinal o la colitis pseudomembranosa. En la conferencia se describirá en cierto detalle como bacterias simbióticas pueden inducir la enfermedad de Crohn en individuos con mutaciones en genes asociados a la enfermedad. También se describirá como podemos usar la microbiota para tratar enfermedades causadas por alteraciones de la misma.

CONFERENCIA

“ENTRE LA CIENCIA Y LA FE: UN RELATO MÉDICO DE LA PASIÓN”

Dentro del Ciclo de Conferencias que desarrolla la Asociación Sevillana de Médicos Cofrades, la RAMSE acogió el jueves 21 de marzo esta disertación con esta programación:

- I. Introducción y presentación del conferenciante a cargo del Ilmo. Sr. Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- II. Conferencia titulada “Entre la Ciencia y la Fe: un relato médico de la Pasión”, impartida por el Dr. D. Fernando de la Portilla de Juan, académico correspondiente de la RAMSE.
- III. Clausura el acto el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón.



Dr. Domínguez-Rodiño, Dr. Pereira, Dr. Infantes, Sr. Vega, Dr. De la Portilla

PRESENTACIÓN DEL DR. FERNANDO DE LA PORTILLA DE JUAN

Por el Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Excelentísimo señor presidente
Excelentísimos e ilustrísimos señoras y
señores académicos numerarios
Señoras y señores académicos correspondientes
Sr. presidente y queridos amigos de la Asociación Sevillana de Médicos
Cofrades
Señoras y señores

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla abre hoy sus puertas, con gran satisfacción, para recibir a los socios de esta agrupación hispalense de médicos cofrades, que cumple ahora su segundo año de existencia de forma oficial, y a la cual me honro en pertenecer. Muchas gracias por tanto, Sr. presidente, por acogernos en la sede de nuestra tricentenaria Corporación.

Y qué mejor fecha para este acto que la de hoy, Jueves de Pasión, cuando estamos a menos de 24 horas para ver los primeros nazarenos por nuestras calles. Días de gozo, en los que empezamos, sorprendentemente, a tener añoranzas los sevillanos. Como decía Antonio Burgos: “En la alegría de lo que viene, comenzamos a sentir la inmensa nostalgia de lo que se va”.

Somos ya 150 los médicos que formamos parte de ASEMECO, que es el acrónimo de nuestra asociación. En estos dos años de breve andadura se han realizado brillantes actos litúrgicos, conferencias y exposiciones fotográficas. Hay que mostrar, por tanto, un especial agradecimiento a nuestro presidente, el Dr. José Luis Pereira Cunill, que nos guía con gran acierto y ha diseñado además una magnífica página en internet.

Aprovecho para decir a mis consocios que además estamos de estreno, ya que por fin tenemos un logotipo, un sello, este que veis en la pantalla. Y lo digo con gran orgullo, ya que lo ha realizado mi hijo Eloy Domínguez-Rodiño Ruano, profesional del Diseño Gráfico, que lo ha cedido gustosamente a ASEMECO. En nombre de la junta de gobierno de nuestra Asociación, te doy las gracias Eloy, por tu generoso gesto.

Quiero contarles ahora brevemente algunos ejemplos de la vinculación que podemos encontrar entre la Academia de Medicina y las Cofradías de Sevilla.

En primer lugar, y a nivel institucional, la Academia se relaciona desde 1867 de forma especial, con la Real Hermandad Sacramental del Santo Entierro de Nuestro Señor Jesucristo y María Santísima de Villaviciosa. En ese año se firma una Concordia entre las dos Corporaciones, por la cual la Academia cedía a la Hermandad la iglesia de San Gregorio Magno, para dar culto a sus Imágenes. Este templo formaba parte del conjunto que constituía el llamado Colegio de los jesuitas ingleses, sito en la actual calle Alfonso XII, y que le fue adjudicado en 1771 a la Regia Sociedad de Medicina de Sevilla por el rey Carlos III, tras la expulsión de la Orden ignaciana de España en 1767. Esta efeméride se conmemoró brillantemente en una sesión extraordinaria que la Academia le dedicó en 2022. Es de recordar también la mesa redonda que se celebró en 2011, titulada “Medicina y Semana Santa”, moderada por el Dr. D. Juan Sabaté y que contó con las ponencias del Cardenal Amigo Vallejo y el Dr. D. José María Rubio.

En segundo lugar, a nivel individual, a la Academia han pertenecido y pertenecen personalidades importantísimas del mundo de las cofradías.

El más importante, sin duda, el beato fray Diego José de Cádiz, socio de erudición de la Regia Sociedad de Medicina de Sevilla y autor de la famosa novena a Nuestro Padre Jesús del Gran Poder.

Pregoneros de nuestra Semana Santa, lo han sido seis académicos. En 1962 el Prof. D. Sebastián García Díaz; en 1966 el Dr. José María García Bravo-Ferrer; en 1971, el Dr. Antonio Hermosilla Molina; en 1974, el Dr. Ricardo Mena-Bernal Romero; en 1991, el Dr. José María Rubio Rubio; y en 2015, el Dr. Lutgardo García Díaz.

Hermanos mayores académicos también han sido unos cuantos: Luis Vázquez Elena, en el Gran Poder; Sebastián García Díaz, en el Valle; Eloy Domínguez-Rodiño, del Santo Entierro; o Antonio Hermosilla Molina, en Santa Cruz.

Por último, no puedo dejar de mencionar, que el pasado día 13 de marzo, nuestro presidente Carlos Infantes entregó una réplica en oro macizo de la medalla de la Fundación de la Real Academia de Medicina de Sevilla a la Hermandad de la Esperanza de Triana, para que la Virgen la porte en la estación de penitencia de este y de los próximos años. Dicha medalla ha sido encargada y costeada por nuestro compañero D. Joaquín Moeckel Gil, miembro de honor de la Fundación y letrado asesor de la Academia

Tras esta introducción, estimada audiencia, tengo ahora que presentarles al conferenciante de esta noche, el Dr. Fernando de la Portilla

de Juan, quien precisamente ingresó el año pasado en esta Corporación como académico correspondiente.

Sevillano de nacimiento, cursó sus estudios en la Facultad de Medicina hispalense, que finalizó en 1993. Se formó como residente en Cirugía General en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, obteniendo el título de especialista en el año 2000. Leyó su tesis doctoral en 2002 y continuó como Facultativo Especialista de Área hasta el año 2010 en el hospital onubense. En ese año obtendrá plaza en el Hospital Virgen del Rocío, alcanzando meses después la jefatura de Sección de Cirugía Colorrectal, especialidad en la que es un consumado experto.

En su faceta docente ha pasado por todas las etapas, logrando el pasado año la acreditación por la ANECA como catedrático de universidad.

Es autor de numerosos trabajos científicos y publicaciones, y ha sido presidente de la Asociación Española de Coloproctología en el bienio 2019-2020.

Hay otro aspecto importante que señalar, y que es la comprometida labor solidaria que desde hace años desempeña en el terreno de la cooperación médica y humanitaria en diversos países de Latinoamérica y el Norte de África.

Pero mi amigo Fernando no solo es un científico, sino también un ejemplo de médico humanista, como ya nos demostró hace unos meses en su magnífico discurso de ingreso como académico correspondiente.

Otra prueba es que el Dr. de la Portilla cursa actualmente estudios de Grado de Historia del Arte en la universidad hispalense, y además hasta tiene tiempo para escribir algún libro, como el titulado “Las vidas de la Casa de las Sirenas”.

Querido Fernando, te cedo la palabra ahora para que nos hagas disfrutar con tu conferencia, que sin duda nos hará recordar a nuestro añorado académico D. Antonio Hermosilla Molina, autor del libro “La pasión de Cristo vista por un médico”. Muchas gracias.

RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL PROFESOR FERNANDO DE LA PORTILLA

Tras la presentación a cargo del Dr. Jorge Domínguez-Rodiño, el profesor Fernando de la Portilla ofreció una brillante conferencia en la que abordó, de forma clara y concisa, los aspectos históricos y médicos relacionados con la Pasión de Cristo. Comenzó situando al público en el contexto histórico y social de Jerusalén durante la festividad de la Pascua, explicando quiénes fueron los actores implicados en los acontecimientos que marcaron el final de la vida de Jesús.

A continuación se detuvo en la Última Cena, celebrada en el Cenáculo —probablemente en una estancia perteneciente a José de Arimatea o Nicodemo—, y describió con detalle la disposición de la mesa y los movimientos de Jesús y sus discípulos tras la cena.

Posteriormente, relató el traslado al Monte de los Olivos, donde Jesús sufrió una intensa crisis de angustia, posiblemente acompañada de hematirosis, fenómeno que explicó desde una perspectiva fisiopatológica. Ya de-



tenido, Jesús recibió un golpe que pudo provocarle lesiones en el rostro, específicamente en el pómulo y el ojo.

El conferenciante analizó con rigor el juicio ante Caifás y Pilato, y profundizó en los efectos físicos de la flagelación, describiendo con detalle las lesiones sufridas y el estado crítico en el que Jesús se encontraba antes de la crucifixión.

La parte final de la conferencia estuvo dedicada al proceso de crucifixión, con una exposición exhaustiva de sus consecuencias fisiopatológicas y una revisión de las posibles causas médicas de la muerte de Jesús. Como colofón, el profesor De la Portilla presentó un completo informe forense sobre el fallecimiento de Cristo.

La conferencia estuvo acompañada de música interpretada por un cuarteto de cuerda, así como de una cuidada selección de imágenes y vídeos de la Semana Santa sevillana, que aportaron profundidad emocional y estética a la exposición.

CONFERENCIA

“EL PAPEL Y LA RESPONSABILIDAD DE LAS UNIVERSIDADES CATÓLICAS: LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA CEU (UF3)”

El jueves 11 de abril tuvo lugar esta conferencia en el salón de actos “Ramón y Cajal” organizada conjuntamente entre la RAMSE y la Universidad CEU Fernando III, con arreglo al siguiente programa:

- I. Presentación del conferenciante a cargo del Ilmo. Sr. Dr. D. Felipe Martínez Alcalá, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- II. Conferencia titulada “El papel y la responsabilidad de las universidades católicas: la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida CEU (UF3)”, impartida por el Rector Magfco. de la Universidad CEU Fernando III, D. José Alberto Parejo Gámir.
- III. Clausura el acto el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón.



Rector José A. Parejo

PRESENTACIÓN DEL DR. FELIPE MARTÍNEZ ALCALÁ

Excmo. Sr, presidente
Dignísimas autoridades
Ilmos. Sres. académicos
Compañeros de la Universidad CEU
Señoras y Señores

Tengo el honor y la enorme satisfacción de presentar al Excmo. Sr. rector de la Universidad CEU Fernando III. Es difícil resumir la impresionante trayectoria del rector magnífico José Alberto Parejo Gámir. Es impresionante y sin duda estimulante ver su extenso historial académico y profesional, así como sus logros en el ámbito de la economía aplicada y la investigación. Su dedicación y contribuciones son realmente inspiradoras.

Nacido en Badajoz en una familia numerosa de 8 hermanos, completó todos sus estudios de economía en el Colegio Universitario San Pablo CEU de Madrid.

Obtuvo el grado de doctor en Ciencias Económicas en la Universidad Complutense de Madrid con sobresaliente cum laude, donde obtuvo por oposición la cátedra de Economía Aplicada en 1988 y posteriormente la de Economía Aplicada de la Universidad CEU San Pablo en 1999.

Rector de la Universidad CEU San Pablo de Madrid desde 2001 hasta 2007, en que asume el cargo de rector de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia hasta 2010.

Ha ocupado además entre otros cargos el de presidente del Instituto de Posgrado CEU, director del antiguo Centro de Enseñanza Superior Luis Vives CEU, subdirector General de la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de la Presidencia, asesor económico del ministro de Trabajo en 1978, y colaborador del Centro de Estudios Superiores de la Defensa Nacional-CESEDEN durante varios años.

Ha participado en numerosos proyectos de investigación con financiación pública y privada, es autor o coautor de más de 40 libros científicos sobre temas de Política Económica y Sistema Financiero, así como de otros tantos artículos publicados en revistas científicas y de numerosas otras publicaciones. Ha dirigido una decena de tesis doctorales y numerosos trabajos de investigación de diverso tipo

Entre sus diversos reconocimientos ha recibido la Cruz del Mérito de la Guardia Civil.

Actualmente es el rector de la Universidad CEU Fernando III de Sevilla, donde esta además muy integrado en la sociedad sevillana, mostrándose muy agradecido por el recibimiento, que, desde el primer momento, tanto en CEU Andalucía como en las instituciones sevillanas y andaluzas, autoridades y empresas, ha recibido. Además, en esta ciudad vive una de sus hijas, varios nietos, sobrinos y otros miembros de su familia.

En palabras de Tolstoi “Que fácil resulta todo cuando hay franqueza y confianza”. Así, compartir con él las tareas académicas es fácil. Hombre católico practicante, miembro de la Asociación Católica de Propagandistas desde hace más de 30 años. Es providencialista, no sólo por fides sino también por ratio. La presencia y la voluntad del Señor siempre está presente en su vida. Es un profesor, tranquilo, culto, de trato afable e ideas claras. Resolutivo y con gran experiencia no solo docente sino como gestor académico, que ha sido capaz de poner en marcha otras universidades CEU. Con él y la extraordinaria ayuda del grupo CEU tengo la certeza que pondremos en marcha la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Una Facultad que siguiendo al presidente de la Fundación Universitaria CEU quiere los mejores profesionales, pero también buenas personas.

De acuerdo con la Declaración de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, sobre los Estándares para la educación médica, celebrada en Málaga en 2022, “Es responsabilidad de las facultades de medicina proporcionar a los futuros médicos la mejor formación científica, profesional y humana posible”.

Según uno de los mejores escritores del pasado siglo, Stefan Zweig “Hay épocas en las que las más sencillas y claras verdades de la humanidad se ven obligadas a envolverse en la niebla y a disfrazarse para llegar hasta los hombres pues las ideas más humanas y sagradas deben colarse por las puertas traseras embozadas y encapuchadas como si fueran ladrones”.

El profesor Lejeune considerado el padre de la genética moderna. Identificó en 1958 la trisomía del par cromosómico 21 que define el Síndrome de Down, lo que abrió la vía a la citogenética. Sus trabajos le llevaron a reflexionar sobre las grandes cuestiones de la vida humana y sobre el papel que la Medicina y la investigación deben tomar en defensa de los más débiles. Fue nombrado por San Juan Pablo II primer presidente de la Academia Pontificia para la Vida. Creemos con el que “La medicina no es el arte de la felicidad; es el arte de proteger la vida”.

La verdad es difícil de encontrar, pero es sin duda un objetivo esencial del hombre, que nos hace libres y nos guía el camino de la vida. Como proclamo el papa y doctor de la iglesia San Gregorio Magno “Si la verdad escandaliza, dejemos que se produzca el escándalo antes que renunciar a la verdad”.

De igual modo el humanista renacentista Sebastián Castellio, el gran defensor de la libertad decía que “Buscar y decir la verdad tal y como se piensa no puede ser nunca un delito. La conciencia es libre”

En el entorno de libertad y respecto, que son la esencia de la Universidad y de nuestra Academia de Medicina va a dictar la conferencia sobre “El papel y la responsabilidad de las universidades católicas: la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida CEU (UF3)”,

RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL RECTOR D. JOSÉ ALBERTO PAREJO GÁMIR

“El papel y la responsabilidad de las universidades católicas: La Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad CEU Fernando III”

Comienza el profesor Parejo Gámir señalando que la educación en general constituye una tarea maravillosa, que nos compete a todos (a las familias, profesores, a la Iglesia, a los buenos ciudadanos, y subsidiariamente al Estado) y que implica hacer a las personas libres e independientes, enseñarles a pensar y resolver problemas, seducirlas con ideales y ejemplaridad y transmitirles valores.

Una tarea constante, continua, vocacional, compartida y difícil, pero ilusionante como pocas, en la búsqueda de la verdad.

Y la formación universitaria en particular, que goza de todas esas mismas características, señala en segundo lugar, implica para las universidades hasta 5 misiones específicas: la enseñanza de conocimientos, habilidades y destrezas a sus alumnos, preparándoles adecuadamente para su posterior actividad profesional; la creación de esos conocimientos a través de la investigación, la innovación y el desarrollo; la transmisión de cultura y de valores; y el servicio a la sociedad, como factor de desarrollo económico, social y cultural.

Es decir, en palabras del célebre Informe Delors de 1995, la universidad debe ofrecer a sus estudiantes “aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser”. Aprendizaje este último muchas veces olvidado o relegado, y en el que las universidades católicas deben poner un énfasis especial, sobre todo en un mundo como el actual, tan globalizado como tecnificado y competitivo, con frecuentes crisis económicas, sanitarias y políticas, relativista y descristianizado, para formar personas realmente desarrolladas, con sus conocimientos y habilidades, pero también con un gran y amplio bagaje cultural espiritual.

Destaca igualmente el conferenciante que en esa tan difícil tarea de mantener e incrementar la excelencia en todos los ámbitos de la actividad universitaria, juegan un papel fundamental los profesores, destacando las virtudes que deben ejercitar en su labor docente, investigadora y, a veces, de gestión.

Pasa luego a centrarse en el análisis de la situación de la Universidad que dirige, destacando que debe cumplir 4 características fundamentales:

- Ser una verdadera universidad, llevando a cabo por tanto todas las funciones a ellas atribuidas;
- Ser una universidad CEU, perteneciente a este primer Grupo educativo español de iniciativa social, sin ánimo de lucro, que acaba de cumplir 91 años, que cuenta ya en nuestro país con otras tres universidades, casi 5 mil empleados, 44 mil alumnos, 230 mil alumni, 25 centros educativos de todos los niveles, más de 10 mil convenios con empresas de todo tipo y sector, con casi 400 convenios vivos con universidades extranjeras (algunas de ellas entre las más famosas del mundo), con 64 grupos de investigación reconocidos y casi 500 investigadores, con un 94% de tasa de inserción laboral de sus alumnos universitarios, con una excelente posición de sus universidades en los diversos rankings universitarios del mundo....
- Ser una verdadera universidad católica, defensora y transmisora de los valores del humanismo cristiano, como obra de la Asociación Católica de Propagandistas;
- Ser una universidad que busque la excelencia en todos sus campos de actuación, una universidad inteligente y dual, moderna, innovadora, tecnológicamente avanzada, con vocación internacional, orientada a la empleabilidad de sus alumnos, que busca formar excelentes profesionales y magníficas personas...

Y tras informar de diversos elementos adicionales de la Universidad CEU Fernando III (ubicación en el magnífico Campus CEU de Bormujos, instalaciones y equipamientos, profesorado, inversiones previstas, titulaciones de Grado y Posgrado a impartir, empleo a generar etc.) acaba su intervención refiriéndose a la futura Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida, orientada a formar médicos católicos, capaces, polivalentes, altamente cualificados, comprometidos personal y socialmente con sus pacientes, con destacables y necesarias virtudes (responsabilidad, empatía, prudencia, respeto, capacidad de afrontar sus retos y desafíos...), en una Facultad moderna, innovadora, investigadora, muy bien equipada y gestionada, permanentemente actualizada... y ofreciendo una formación con profundo hincapié en los valores humanos y la defensa de la vida.

CONFERENCIA

“DIOSES Y HÉROES DE LA MEDICINA GRIEGA”

En el salón de actos “Ramón y Cajal” de la Academia tuvo lugar el día 28 de mayo esta conferencia con arreglo a la siguiente programación:

- I. Presentación de la conferenciante a cargo del Ilmo. Sr. D. Vicente Perea Florencio, antiguo letrado mayor del Parlamento de Andalucía y administrador civil del Estado.
- II. Conferencia a cargo de D.^a María Dolores Muñoz Fernández, heleenista y divulgadora del mundo clásico.
- III. Clausura del acto por el Excmo. Sr. presidente D. Carlos Infantes Alcón.



D. Benito Valdés, D. Carlos Infantes, D.^a María Dolores Muñoz y D. Vicente Perea

RESUMEN DE LA CONFERENCIA DE LA DRA. D.^a MARÍA DOLORES MUÑOZ FERNÁNDEZ

“Dioses y héroes de la medicina griega”

El 25 de mayo de 2024, tuve el honor de dirigirme a esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (RAMSE) que es la Academia médica más antigua del mundo, y cuyos orígenes se remontan a 1693. Quiero agradecer a su presidente, doctor don Carlos Infantes Alcón y a la junta de gobierno, su amable invitación.

Asumí el extraordinario reto de hablar de la Mitología de la Medicina y descubrir ante prestigiosos galenos una afirmación que me acompaña en mis conferencias y escritos: «todo está en los mitos griegos». Aunque, a priori, pudiera sonar a cuentacuentos. Pero hay que recordar que el filólogo clásico es un científico. Que, sin el conocimiento directo y profundo de los textos y escolios, cualquier exposición queda en manos del criterio o la explicación de otros. El filólogo helenista no está sujeto a la contaminación de otros campos del saber, donde el mundo griego es sólo un apartado, sino que conoce todo el entorno social y lingüístico, como centro de su especialización. Sin filtros ni tópicos simplistas. Por tanto, centrada en el fascinante mundo de los antiguos griegos, Desde la autoridad que me otorgan los clásicos en sus textos y la especialización en el lenguaje de la medicina. Hablé de muchos aspectos, procedentes de la mitología griega y que recogen múltiples actos médicos.

Voy a transmitirles aquí algunos de los contenidos que expuse en la conferencia. .

Mi conferencia versó sobre los orígenes, o más bien, sobre los primeros testimonios de prácticas médicas en la Mitología griega, pero desde una óptica que no suele ser habitual en un foro donde sus más prestigiosos colaboradores exponen cuestiones médicas del más novedoso interés. No obstante, su ilustre presidencia aboga cada vez más por la aportación humanística dentro de las actividades de esta institución incomparable.

Durante la conferencia, resalté el papel esencial del análisis de los textos originales griegos y los conocimientos etimológicos que incluyen múltiples conexiones entre los diversos términos utilizados para actos médicos y otros ámbitos de interacción social.

El origen de la medicina occidental hunde sus raíces en la Mitología griega. Cualquier cuestión relativa al humano encuentra en ella una ex-

plicación o antecedente, que, cuando hablamos de mitos, no pueden ser datados. Es muy importante el conocimiento del contexto cultural heleno y de las tablillas, los textos y las etimologías que, a lo largo de los siglos, han adquirido matices y significados nuevos, aunque nunca se desvincularon de su valor inicial salvo excepciones, como el vocablo bacteria. En el mundo antiguo, y hasta bien entrada nuestra era, la griega fue la lengua de la medicina. Nos interesan el origen de esta ciencia y los métodos terapéuticos de los pueblos primitivos. Desde un punto de vista etnológico estos hechos están en lo más profundo del subconsciente colectivo. La medicina primitiva es una praxis y, como tal, no se apoya en un sistema coherente de principios generales, sino que sería como un conjunto de noticias sobre procedimientos dispares.

Desde una época muy arcaica los griegos intentan desvincular el carácter religioso de la práctica médica, digamos de secularizarla. La medicina es un arte, *techne*, término traducido por los romanos como *ars*.

Insistí ante mi honorable audiencia, en que la convivencia de formas de curación, tanto de tipo empírico como religioso se corresponde con la pluralidad de sistemas médicos existentes en una sociedad de alto alcance intelectual como fue la griega. Los pueblos antiguos se regían por parámetros e intereses diferentes a los nuestros, lo que no implica en absoluto que fueran menos inteligentes o fuesen ilógicos. La carencia de medios hacía el resto.

Importantísima fue la figura del poeta Homero, datado en el s. VIII a. C., autor de los poemas *Ilíada* y *Odisea*, que abren la puerta a la llamada literatura occidental. En la *Ilíada*, por ejemplo, se habla ya de médicos buenos, hijos de Asclepio, dios de la medicina, que acompañaban al ejército aqueo en la guerra de Troya. Aparecen suturas y curaciones de heridas, ayudándose de vino y narcóticos, además del lavado de las mismas.

En la terapéutica griega, tanto mitológica como histórica se usaban plantas, dietas de alimentos y de líquidos, además del ejercicio físico. Las enfermedades internas y mentales se abordaban mediante la sugestión y rituales simbólicos destinados a expulsar la enfermedad del organismo. Se practicaba la cirugía incluida la trepanación y los trasplantes.

Entre la aspiración científica y la realidad de la época.

La contemplación de cadáveres abandonados, privados del ritual de la incineración y en proceso de descomposición, proporcionaba a los médicos muchos datos importantes. Las enfermedades podían tener un origen natural o divino. Naturales eran indisposiciones, resfriados, accidentes, heridas y divinas las enfermedades internas, que se relacionaban más con lo mágico y lo desconocido. Era muy importante el papel de la palabra y la sugestión.

La mayoría de las divinidades griegas tienen propiedades sanadoras o realizan actos médicos, entre ellos, Apolo o su hijo Asclepio.

Asclepio, al que los romanos llamaron Esculapio, era una especie de semidiós con atribuciones sanadoras. Una asombrosa figura que consiguió resucitar a varios muertos, lo que tuvo como consecuencia el desequilibrio cósmico.

El dios ordenaba remedios simples (cataplasmas, tisanas) y prodigaba consejos de higiene: necesidad de hacer ejercicio físico (deporte y paseos), regulación del régimen alimenticio. Hubo en la Antigüedad unos 320 santuarios para la veneración de Asclepio, en Atenas, Pérgamo, o el más famoso, en Epidauro (fundado en el siglo VI a.C.). Fue el centro de curación más importante de la Antigüedad; recibía visitas de toda Grecia de aquellos que buscaban una cura para sus males ya fuera por intervención divina o mediante las medicinas administradas por los sacerdotes que vivían allí.

Estos centros se convertirían en verdaderas escuelas de medicina, donde se formaron entre otros Hipócrates. La práctica de la medicina se vinculó a grupos familiares. Se llamaba asclepiadas a los descendientes de Asclepio. Los más ilustres fueron Hipócrates del siglo V a. C. y el filósofo Aristóteles, del IV a. C.

Despedí mi disertación con algunas sentencias sobre la práctica médica y el papel del sanador, como figura imprescindible.

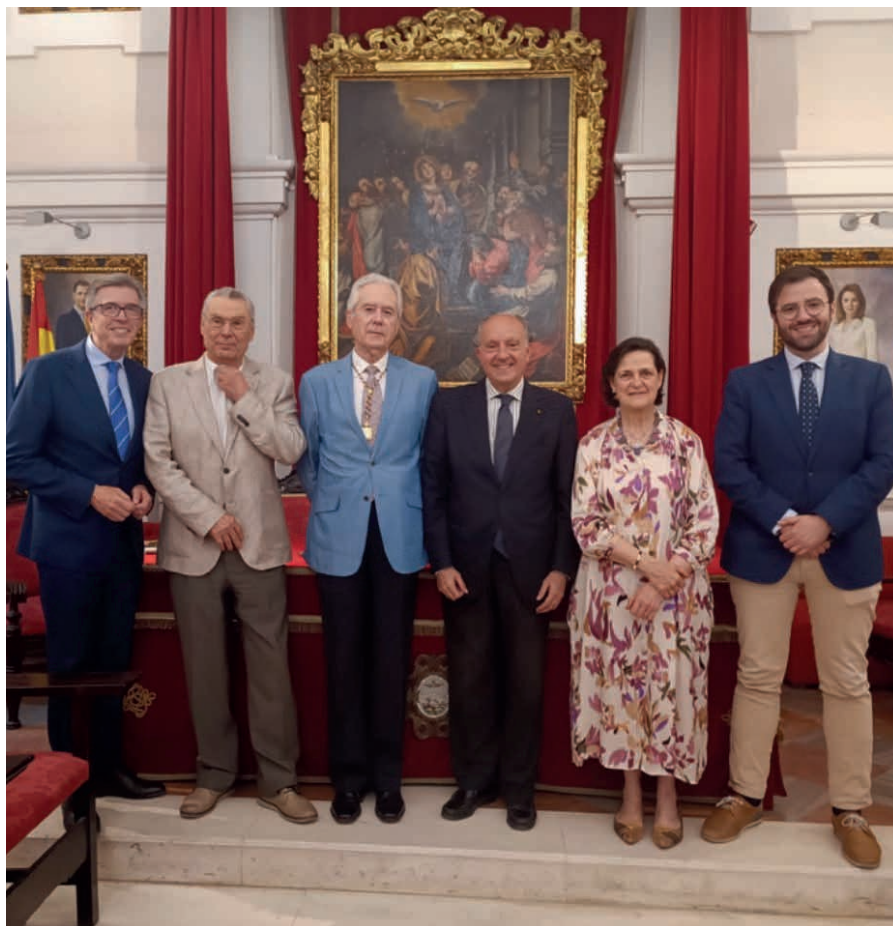
El médico era muy respetado en la sociedad griega, como muestran expresiones de la época: «Un médico, por sí mismo, vale como muchos hombres».

Dra. M.^a Dolores Muñoz Fernández
Helenista, conferenciante y escritora.

VI CONGRESO MONÁSTICO FRAY MANUEL DE GRANADA

El día 8 de junio de 2024 se celebró en el salón “Ramón y Cajal” de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, el VI Congreso Monástico Fray Manuel de Granada, organizado por la **Asociación Monástica Fray Manuel de Granada** y la **Orden de San Clemente y San Fernando**.

Estuvo presidido por el Ilmo. Sr. D. José A. Milán Martín, en representación del Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, y por D. Antonio María González-Pacheco y Vázquez, presidente regidor de la Real Orden de Caballeros de San Clemente y San Fernando.



Los ponentes fueron:

D. Agustín Galán García, licenciado y doctor en Geografía e Historia por la Universidad de Sevilla. Línea de investigación: La evangelización en América con especial atención a la Compañía de Jesús. Catedrático EU de la Universidad de Huelva, área de Historia e Instituciones Económicas. Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública. Vicerrector de la Universidad Internacional de Andalucía, que impartió la conferencia titulada “*La Iglesia y el mestizaje en la América Española. El mestizaje y sus consecuencias socio-religiosas*”.

D. Rafael Ruiz Andrés, profesor de Sociología en el Departamento de Sociología Aplicada de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, que impartió la conferencia titulada: “*La secularización: ¿proceso universal o solo occidental? El proceso de la secularización española y sus características*”.

D.^a Margarita Cantera Montenegro, profesora titular de la Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Historia de América y Medieval y Ciencias Historiográficas, Facultad de Geografía e Historia, Universidad Complutense de Madrid, que impartió la conferencia titulada “*Controversias sobre el origen del monacato cristiano. ¿Ahonda sus raíces en la predicación de Cristo o de sus apóstoles?*”.

Todas las conferencias fueron seguidas de discusión.

En el cierre del acto intervinieron D. Antonio María González-Pacheco y el Dr. Milán Martín.

CONFERENCIA

“DESPEJANDO DUDAS SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO”

El 13 de junio se celebró sesión en el salón de actos con la siguiente programación:

- I. Presentación del conferenciante a cargo del Ilmo. Sr. D. Jesús Loscertales Abril
- II. Conferencia “Despejando dudas sobre el consentimiento informado”, impartida por el Ilmo. Sr. D. Francisco Baena Bocanegra, académico numerario de la Real Academia Sevillana de Legislación y Jurisprudencia.
- III. Clausura por el Excmo. Sr. presidente D. Carlos Infantes Alcón.



PRESENTACIÓN DEL CONFERENCIANTE

Dr. Jesús Loscertales Abril

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Sevilla, Dignísimas Autoridades y
Representaciones, Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos Numerarios;
Sres. Académicos Correspondientes,
Señoras y Señores:

Es para mí un honor haber sido designado para la presentación del Excmo. Sr. D. Francisco Baena Bocanegra, que nos va a impartir la conferencia titulada “DESPEJANDO DUDAS SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO”, tema de gran interés para médicos y cirujanos, en general, pero también para los enfermos, que deben saber qué es lo que firman, antes de que las actuaciones médicas o quirúrgicas recaigan sobre él.

Creo, sin embargo, que es una osadía por mi parte presentar en Sevilla, y más en ambientes Académicos, al Letrado D. Francisco Baena, ya que esto equivale a presentar, por ejemplo, a Curro Romero en Sevilla en ambiente taurino. Es tan conocido profesional y socialmente, que yo recuerdo a uno de sus maestros, el Prof. Navarrete Urieta, que siempre decía “Usted puede matar a su mujer tranquilo, siempre que tenga asegurada la defensa por D. Francisco Baena”.

Pero, entremos en materia.

Francisco Baena Bocanegra nació en Coín en 1942, pero a los 12 años vino a vivir a Sevilla, donde desde entonces residió permanentemente, así que se le puede considerar un sevillano de pro y no hay mucha gente que sepa que es malagueño de nacimiento. Como decía nuestro añorado Hugo Galera, uno no escoge donde nace, pero sí donde quiere vivir y morir, y nuestro Letrado escogió Sevilla.

Estudió Derecho en la Universidad de Sevilla terminando sus estudios en 1965, haciendo en 1966 el Examen de Grado de Licenciatura, en el que obtuvo la calificación de Sobresaliente, empezando entonces a colaborar en la Catedra de Derecho Penal regentada por el Prof. Navarrete Urieta.

En Septiembre de 1967 causó alta en el Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla, comenzando inmediatamente a ejercer la abogacía, ejercicio en el que continúa activa e ininterrumpidamente hasta el día de la fecha. Pertenece además a los Colegios de Madrid, Badajoz, Málaga, Córdoba, Huelva, Jaén,

Cádiz y Jerez de la Frontera, ya que por todos esos territorios se extiende su ejercicio profesional.

Ha asistido a numerosos cursos para completar su formación, y limitando su número a los que tienen relación directa o mediata con la ciencia médica, o con su ejercicio y su repercusión en el orden penal, incluso con la responsabilidad derivada de su práctica, se cuentan en número de diez y, asimismo, limitando a los que tienen relación con la Ciencia Médica, ha impartido un total de ocho.

Pertenece a numerosas Academias; es ACADÉMICO NUMERARIO DE LA ACADEMIA SEVILLANA DE LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA y de la ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS JURÍDICAS DE BOLIVIA.

Es además Académico Correspondiente de varias Academias, la de CIENCIAS, BELLAS ARTES Y BUENAS LETRAS “VÉLEZ DE GUEVARA” de ÉCIJA, la NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES de CÓRDOBA (Argentina), La REAL ACADEMIA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN de GRANADA, la ACADEMIA COLOMBIANA DE JURISPRUDENCIA, la ACADEMIA MEXICANA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN.

Por último, la REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA de CÁDIZ, le nombró en Abril de 2001 ACADÉMICO CORRESPONDIENTE DE MÉRITO, que es el equivalente de lo que en nuestra Academia se llama ACADÉMICO DE ERUDICIÓN, nombramiento que hace escasas fechas recayó también en nuestro Académico D. Carlos Pera.

Ha dictado numerosas Conferencias, más de 250, y cabe destacar que muchas han sido a petición del Tribunal Supremo y del Consejo General del Poder Judicial, e impartido también en alto número cursos de Formación en relación con la responsabilidad penal en el ejercicio de la Medicina y asimismo cursos y conferencias de su especialidad, tanto en España, por toda ella, como en el extranjero, en Chile, Argentina, Bolivia, Méjico, Colombia, etc.

Pertenece a la Association Internationale de Droit Penal y es miembro fundador de la Unión Española de Abogados Penalistas.

Ha publicado numerosos artículos de su especialidad, aunque es bien sabido que entre los abogados en ejercicio y con gran prestigio, como el que nos ocupa, sus mejores piezas escritas son Recursos de Casación en el Supremo, y de Amparo ante el Tribunal Constitucional, Recursos ante los Tribunales Autonómicos y Ordinarios, etc., en los cuales se puede apreciar su verdadero conocimiento del Derecho y su estilo literario. Lástima que estas piezas escritas, no se publiquen, porque servirían para la enseñanza de las nuevas generaciones y deleite de los expertos, que las leerían con gusto.

Y quienquiera corroborar esto, no tiene más que leer el magnífico artículo que publicó en ABC el 6 de Junio pasado, donde a propósito de hacer una elegía de un amigo letrado, ya fallecido, hace primero una magnífica descripción de qué es un abogado y de las formas de ejercer la abogacía. Y todo en una página, elegía y descripción, partiendo el espacio al 50%.

Ha recibido distinciones como la CRUZ DE LA ORDEN DE SAN RAIMUNDO DE PEÑAFORT, la MEDALLA DE ORO DEL INSTITUTO ANDALUZ DE ACADEMIAS y la MEDALLA DE LA CIUDAD DE SEVILLA.

En Abril pasado se le otorgó la MEDALLA AL MERITO EN LA ABOGACÍA, la condecoración más importante del CONSEJO GENERAL DE LA ABOGACÍA ESPAÑOLA, a solicitud del Colegio de Abogados de Sevilla, solicitud que fue apoyada por el resto de los Colegios de España, que le fue impuesta el 29 de mayo pasado por la Presidente de dicho Consejo, y fue calificado en dicho Acto por el Presidente de la Academia Sevillana de Legislación y Jurisprudencia como una LEYENDA VIVA DE LA ABOGACÍA SEVILLANA Y ESPAÑOLA.

Por último, no es gratuito reivindicar el reconocimiento y la proyección profesional en el ejercicio de la Abogacía de que goza el interesado como especialista en Derecho Penal, y muy especialmente en la defensa de los numerosísimos casos asumidos en supuestos de responsabilidad penal del médico y en el ejercicio de la Medicina en equipo, campos y materias por los que es reconocido unánimemente en el Foro Jurídico de España como un verdadero experto. Su trayectoria profesional ha sido puntualmente seguida por los especialistas informativos en casos jurídicos de verdadera gravedad, complejidad y trascendencia social y correlativo interés mediático, seguimiento que hace innecesaria su cita por sobrada constancia en archivos y hemerotecas, mereciendo algunos de ellos trabajos académicos, a más de artículos de prensa y comentarios científicos.

Goza de especial prestigio en el Foro como consumado y experimentado jurista y procesalista, dominador de la técnica del Recurso de Casación ante la Excm. Sala 2ª del Tribunal Supremo (Corte de Casación) ante la que ha formalizado innumerables recursos, así como promoviendo el Recurso de Amparo ante el Tribunal Constitucional, y todo ello con un alto índice de estimación de sus pretensiones. Igualmente ha ostentado la dirección jurídica de demandas ante la Corte Europea de Derechos Humanos con sede en Estrasburgo, denunciando la violación de derechos esenciales reconocidos en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales,

Y es curioso que a lo largo de su extensa e intensa vida profesional, habiendo actuado en mas 17.000 causas, sólo haya ejercido la acusación particular en tres de ellas, en las que la culpabilidad de los acusados fue declarada por el Tribunal de la Instancia y ratificadas posteriormente por los Tribunales superiores.

Tiene además un enorme **PRESTIGIO SOCIAL** en la Sociedad Sevillana, donde, como todos sabemos, no es fácil obtenerlo y fuera de Sevilla también, y así, ha sido nombrado en 1991 PRESIDENTE DEL COMITÉ ANDALUZ DE DISCIPLINA DEPORTIVA por la Consejería de Cultura y Medio Ambiente, en 1995 REY GASPAR DE LA CABALGATA DE REYES MAGOS DEL EXCMO. ATENEO DE SEVILLA, en 2005 fue designado PRESIDENTE DE LA SECCIÓN DE FILOSOFÍA, SOCIOLOGÍA Y DERECHO DEL EXCMO. ATENEO DE SEVILLA, VICEPRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN ANDALUZA DE TAUROMAQUIA y MIEMBRO DEL JURADO DE LA REAL MAESTRANZA DE CABALLERÍA DE SEVILLA QUE OTORGA ANUALMENTE LOS PREMIOS TAURINOS DE LA FERIA DE SEVILLA, en 2009 fue designado por Excmo. Ateneo de Sevilla PREGONERO DE LA CABALGATA DE REYES MAGOS DE 2010, pronunciando el Pregón el 28 de Diciembre de 2009, En marzo de 2010 el EXCMO. ATENEO DE SEVILLA LE NOMBRÓ VICEPRESIDENTE DE LA HERMANDAD DE REYES MAGOS DE LA DOCTA CASA y el EXCMO. AYUNTAMIENTO DE HUELVA en julio de 2011 le designó PREGONERO DE LAS FIESTAS COLOMBINAS, exaltación que pronunció el día 1 de agosto de 2011.

Pero, sobre todo, por encima de su prestigio social y de su consideración altísima como jurista, él se define llanamente como un CURRANTE DE LA TOGA, Paco Baena es una gran persona, sencillo, leal, afable, franco, amigo de sus amigos, que sabe valorar la palabra dada, en suma, una persona en quien se puede confiar, tanto personal, como profesionalmente.

Si, como decía Leriche el gran cirujano francés, todos los médicos llevamos un cementerio dentro, los abogados penalistas deben llevar una cárcel. Pero es cierto que a medida que es mayor el conocimiento y mejor el ejercicio profesional médico, el cementerio se reduce muchísimo en habitantes y, por esta misma premisa, la cárcel de Baena Bocanegra debe ser muy pequeña, una sola habitación, no más.

Y para terminar parafrasearé a John F. Kennedy, cuando preguntó a su público en un mitin si le comprarían un coche usado a un tipo como Richard Nixon, señalando así la personalidad trapacera de este último; yo le respondo ahora diciendo que Paco Baena es ese tipo al que se le puede comprar un coche usado.

He dicho

“DESPEJANDO DUDAS SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Francisco Baena Bocanegra

Un ilustre Jurista, Magistrado del Tribunal Supremo D. José Manuel Martínez-Pereda Rodríguez uno de los grandes especialistas en responsabilidad médica con el que, a más del regalo de su amistad, tuve el honor de compartir en numerosas ocasiones tribuna de conferencia y opinión, solía decir que la Medicina y el Derecho necesariamente habían de entenderse y respetarse, dados los bienes jurídicos esenciales comprometidos en el ejercicio del arte de sanar y a los que nuestra Constitución dota de especial protección, consagrando, entre otros, el derecho a la vida y a la integridad física.

Sirva este sentido recuerdo a tan dignísimo Magistrado, cuando hoy buena parte de la sociedad, se alarma ante la excesiva “judicialización” de la actividad médico-sanitaria, por más que ello no sea nada nuevo, ya que es imposible olvidarse que la exigencia de responsabilidad del profesional de la Medicina no es, ni mucho menos, un fenómeno nuevo, y hay que remontarse, ni más ni menos que al año 1.728 a. de J.C. para encontrar en el Código de Hammurabi y entre los 282 artículos que lo componían, nueve dedicados a los médicos,¹ algunos de los cuales contemplaban las faltas que merecían castigo, imponiendo sanciones económicas a las equivocaciones leves y aplicando los fallos graves en forma increíblemente severa, generalmente con amputaciones de miembros², código que se aplicó durante toda la antigüedad, extendiéndose hasta dos tercios de las tierras habitadas, o como en Roma -siguiendo la estela griega del “Corpus Hipocraticum”³ fueron nu-

1. Llama la atención que se regulase el contrato entre médico y paciente, por el que este último había de pagar en moneda o en especie el servicio que aquel le prestaba, o diferenciando lo que hoy conocemos como responsabilidad civil y penal, distinguiéndolas perfectamente.

2. así, entre otros, se ordenaba que, “*Si un médico abre a alguien una gran herida con el cuchillo de bronce y lo mata, o si vacía a alguien una cavidad con el cuchillo de bronce y le deja sin ojo, se le deberán cortar las manos*”

3. Compuesto por unos cincuenta escritos médicos que abarcan más de mil páginas escritos en dialecto jónico, redactados entre los siglos V y IV a.C, que, entre otras razones. por su heterogeneidad de estilos y teorías médicas se atribuyen a sus discípulos más que a Hipócrates, entre los que destacan “*Sobre el arte medico*” y el “*Libro de los Aforismos*” dos importantes piezas de ética médica, de obligada referencia.

merosos los textos que contemplaban y sancionaban la impericia del galeno, los experimentos peligrosos, el abandono culpable del enfermo⁴, incluso el error profesional, o la administración inoportuna de medicamentos; en la Edad Media se configura la responsabilidad médica desde una concepción Deontológica y ética⁵, sin que, paralelamente falten en su caracterización elementos religiosos,⁶ y en el Fuero Juzgo prevenía la entrega del médico a los parientes del enfermo si este fallecía, no siendo menos riguroso el Fuero Real que disponía que en caso de muerte del paciente “*si hijos hubiere, here-den sus hijos el haber y el cuerpo sea a merced del Rey*”,⁷ y si bien ya en Las Partidas y la Novísima Recopilación dispondrán normas que contemplaran la responsabilidad y correlativa obligación de resarcir los daños causados por culpa, para desembocar en el siglo XVIII y XIX en cuyo tiempo se despierta un verdadero interés doctrinal, principalmente de los teóricos del Derecho Penal, en orden a delimitar una doctrina de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Sin embargo el progreso de la Ciencia Médica, los descubrimientos alcanzados en la Medicina y los avances tecnológicos no han sido suficientes para frenar buena parte de la actitud social reivindicativa de exigir una mayor responsabilidad al médico, siendo desalentador ver como crece el número de las más variadas reclamaciones que salpican el espacio jurídico español, en el que las condenas de médicos vienen ocasionadas más que por su impericia o negligencia profesional, por la ausencia de la debida información al paciente sobre las consecuencias posibles derivadas de la ejecución de determinado acto médico; en definitiva, juega un papel importante como justificación de buen número de sentencias condenatorias esta ausencia de información como determinante de la responsabilidad civil médica, pese a que su actuación profesional curativa haya sido impecable, y ello, insistimos, por no acreditar como es obligado legalmente que la información dada al paciente ha sido la suficiente y necesaria para que este emita libre y voluntariamente su consentimiento a tal intervención, ya que si no conoce «*ex ante*» los riesgos no los puede asumir.

Y ello es así, ya que como dice la Jurisprudencia despejando cualquier duda sobre este particular, la mera prestación formal del consentimiento por el paciente no es equivalente a que fuese previa y suficientemente informado sobre las consecuencias y posibles complicaciones

4. Que con Alejandro Magno era castigado con la crucifixión como reo de homicidio.

5. Las leyes Góticas imponían una multa de 10 *solidi*, unos 6 euros de hoy, al médico que gastase bromas inmorales a sus pacientes femeninas.

6. Y de ello es buena prueba la bella “*Plegaria del Médico*” escrita por un judío cordobés de proyección universal: Maimónides.

7. A más de establecer la prohibición del ejercicio de físico o de maestro de llagas sin haber sido aprobado por los físicos de la villa y el otorgamiento de los Alcaldes,

“normales” y “corrientes” que se pudieran producir antes o con posterioridad a la actuación en cuestión;

Por tanto, es de todo punto indiscutible que el derecho a la asistencia sanitaria no se agota en la prestación de atenciones médicas y farmacéuticas como seguidamente veremos, sino que incluye el derecho esencial de información previa al sometimiento a cualquier intervención de las previstas legalmente (art. 8 de la Ley núm. 41/2002) y a las que más adelante aludiremos como obligación del profesional y trámite inicial para obtener el preceptivo consentimiento previo a la misma.

* * *

También para muchos, esta delicada cuestión erróneamente se entiende como algo reciente, novedoso, y no es así, de ahí la conveniencia de bucear en los antecedentes de lo que hoy conocemos como “*consentimiento informado*” ya que, sin duda, nos ayudará a despejar más de una incertidumbre a su alrededor, y en tal sentido es necesario remontarse ni más ni menos que a una resolución que tiene lugar en el año 1767 en Inglaterra, el llamado caso “*Slater versus Baker Stapleton*” en el que la señora Slater que había sufrido una fractura en una pierna, como considerara que el tratamiento impuesto de llevar vendada la pierna se prolongaba en exceso en el tiempo, reclamó a sus médicos que le retiraran los vendajes pero aquellos no lo hicieron protestando que la fractura no estaba consolidada, incluso y sin consentimiento de la paciente le refracturaron la pierna a fin de probar con ella un aparato ortopédico que habían diseñado, por todo lo cual los médicos fueron condenados por sus malas prácticas.

Mas de un siglo y medio después, en 1914, encontramos una decisión adoptada por la New York Court of Appeals en el caso “*Mary Schloendorff versus Society of New York Hospital*” como consecuencia de la reclamación que la citada demandante interpuso contra la institución, ya que tras autorizar que el médico le examinara bajo anestesia si el tumor fibroide que presentaba en el estómago era benigno o maligno, pero sin extender su autorización a su extirpación o exéresis, pese a lo cual el cirujano decidió eliminarlo, siendo lo cierto que en el post operatorio se presentó una gangrena que hizo necesaria la amputación de varios dedos de la mano izquierda; la sentencia que dictó la Corte de Apelación siendo ponente el Juez Benjamín Cardozo, se basó para condenar por primera vez en la historia de los tribunales americanos en la ausencia de consentimiento expreso del paciente como condición o presupuesto esencial para el ejercicio de su libre determinación (*right to self-determination*).⁸

8. Salvador TARODO SORIA, “*La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano*” publicada en “Derecho y Salud” revista oficial de la Asociación Juristas de la Salud, vol. 14, núm. 1 enero-junio 2006, págs. 127 a 147.

Sin embargo, la expresión “*informed consent*” surge por primera vez como tal, en la jurisprudencia norteamericana en el año 1957, en el caso “*Salgo versus Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*”,⁹ caso que juzgó la reclamación del Sr. Martin Sargo que afectado de arterioesclerosis se le practicó una aortografía diagnóstica con contraste y bajo anestesia, siendo lo cierto que al día siguiente de su práctica, presentó como complicación de la misma una parálisis irreversible de los miembros inferiores, complicación de la que nadie le advirtió pudiera presentarse. El médico responsable de dicha prueba, Dr. Gerbode, excusó los resultados de su actuación bajo el argumento que si los pacientes fueran enterados de todos los riesgos conocidos que pudieran presentarse, ningún paciente se sometería a los tratamientos, argumento que fue desestimado por el Tribunal, la *California Court of Appeals* bajo ponencia del Juez Bray, condenando al médico responsable por no haber informado al paciente de los riesgos y obviando su consentimiento y la posibilidad de que el mismo adoptara una decisión libre frente a los mismos.

Podemos afirmar que el derecho al “*informed consent*” como derecho fundamental está constitucionalmente amparado en los Estados Unidos por la *Enmienda 14^a* que protege la libertad personal, derecho que excepcionalmente puede limitarse en los supuestos de “*irresistible interés del Estado*” (*«compelling Governmental interest»*)

* * *

Pero ¿tenemos claro que hemos de entender por consentimiento informado?, o ¿tal vez conviene a efectos prácticos que hagamos una diferenciación entre los conceptos teóricos y la realidad que se advierte en la diaria práctica médica en la que la exigencia de tal consentimiento las más de las veces se convierte en un mero acto formal con el que se despacha la inexcusable obligación de información al paciente como trámite previo a la obtención de su consentimiento pare el acto médico que así lo exija?

Mucho me temo que sí, que debemos reflexionar sobre este delicado tema ya que a pesar del simplismo de la cuestión, la realidad acredita que no siempre en la experiencia diaria del ejercicio de la Medicina se entiende correctamente la esencia y trascendencia de lo que realmente es el consentimiento informado, muy posiblemente por tratarse de una materia sometida a un proceso de relativización, que a la postre se viene revelando como causa y razón de muchos de los problemas judiciales que buena parte del estamento

El argumento esencial fue que “*que todo ser humano adulto y capaz tiene derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; y un cirujano que lleva a cabo una operación sin consentimiento del paciente, comete un ataque por el que es responsable de los daños*”.

9. JC Galán Cortés “*Responsabilidad civil médica*” (Editorial Thomson Reuters, 2022), pág. 821.

médico padece, y que exige una reconsideración y toma de conciencia sobre los riesgos de tal actitud consciente o inconsciente pero cada vez más generalizada entre los profesionales de la ciencia curativa, restando la importancia que merece a tan delicada cuestión, cuando es lo cierto, como tendremos ocasión de examinar que su omisión permite sostener con riguroso fundamento a la luz de la reiterada y uniforme Jurisprudencia que en los supuestos de ausencia o vicio de consentimiento, los profesionales responsables de ello asumen los riesgos por sí solos, en lugar de la paciente o de la persona llamada a prestar su consentimiento.

* * *

Comencemos por tanto por concretar desde el plano de los principios, que hemos de entender por consentimiento informado que, como recuerda la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el *“proceso en el que se proporciona a los pacientes información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico”*.

Conviene precisar que, si bien el instituto del consentimiento informado era una materia ajena a la tradición médica hasta la Ley núm. 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad que lo vino a regular en su art. 10, apartados 5 y 6, de forma no muy apropiada como acertadamente puso de relieve el TS en una Sentencia histórica como fue la de 23 de abril de 1992¹⁰, la cuestión se mantendría hasta la más precisa y rigurosa¹¹

10. La **STS de 23 de abril de 1992** (Sala de lo Civil) bajo ponencia del Excmo. Sr. Gullón Ballesteros, que siguiendo la tesis de la Sala de Apelación reconoce que el alegar como se alega *“una inexistencia de culpa (que) está en contradicción con la apreciación de la Sala de Apelación, que este Tribunal comparte; la operación a la que fue sometida la menor Ariadna no era ineludible y necesaria, siendo posible otros tratamientos alternativos, evitándose así el alto riesgo de la intervención quirúrgica que se le practicó; que no se advirtió a la madre de Ariadna de los riesgos de la operación ni de las otras alternativas, para que ella decidiera. Estas son las actividades y omisiones culposas, que llevan a la Sala de Apelación a sostener fundadamente que los demandados asumieron los riesgos por sí solos, en lugar de la paciente o de la persona llamada a prestar su consentimiento tras una información objetiva, veraz, completa y asequible.”*

11. Así lo califica la **STS de 4 de diciembre de 2012**, bajo ponencia del Excmo. Sr. Lecumberri Martí con cita de la de 26 de marzo del mismo año, tras reconocer que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es la exigencia del *“consentimiento escrito del usuario”* (art. 10.6 Ley General de Sanidad, 14/1986, art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas y si bien actualmente también se prevea respecto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Todo ello, a salvo claro está de situaciones en que deban adoptarse

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, “*Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*”,¹² Ley que con observancia de las previsiones del “*Convenio relativo a los derechos humanos y la Biomedicina*” de 4 de abril de 1997 al que seguidamente haremos referencia, en su art. 2º tras exigir con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, “*que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada*”, y que “*se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley*” (apartado 2), en el art. 3º y entre otras definiciones se refiere al consentimiento informado como esencial derecho de información en el específico ámbito de la asistencia sanitaria como “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*”¹³, así como en el art. 8.3 de la precitada Ley, que impone como

decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.

12. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recuerda en su art. **Artículo 2** como Principios básicos:

1. *La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.*

2. *Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.*

3. *El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*

4. *Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.*

13. La **Ley 41/2002** en su **art. 4º**, sobre información asistencial, se precisa:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, **que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.**

2. La **información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales**, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente **le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.**

parte de la información, la instrucción de los posibles riesgos derivados de la actuación que se propone¹⁴ que afecta a la salud.¹⁵

Es cierto que en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) no existe una norma específica referida a la protección de la integridad física y moral, pero el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) la ha englobado en la noción de “*vida privada*”¹⁶ cuyo respeto se consagra en el art.

14. El **artículo 8**: Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

15. En apretada síntesis, asimismo quedan recogidos el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El **art. 4** regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). **Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que “[t]oda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias del caso”,** y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito. Como excepción se permite llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables para la salud del paciente sin necesidad de su consentimiento en supuestos tasados (**art. 9.2**).

16. Como también ha incluido en el mismo concepto versus derechos, la participación de los individuos en la elección de los actos médicos de los que sean objeto así como las relativas a su consentimiento, y así entre otras las SsTEDH de 24 de septiembre de 1992, “*caso Herczegfalvy c. Austria*”, § 86; y de 29 de abril de 2002, “*caso Pretty c. Reino Unido*”, § 63).

8.1 CEDH.¹⁷ En este sentido, el Tribunal de Estrasburgo ha sido contundente al destacar la importancia del consentimiento de los pacientes, considerando que la imposición de un tratamiento médico sin ese consentimiento, si el paciente es adulto y sano mentalmente, supone un ataque a la integridad física del interesado que puede poner en cuestión los derechos protegidos por el art. 8.1 CEDH¹⁸, resaltando, también, la importancia para las personas que ven afectadas su salud de tener acceso a la información que les permita valorar el riesgo que ello entraña.¹⁹ concretamente en la Sentencia dictada en el “*caso Codarcea c. Rumanía*” de 2 de junio de 2009, en su párrafo 105, el TEDH ha señalado que los Estados parte deben imponer las normas precisas para que los médicos se pregunten sobre las consecuencias previsibles de la intervención médica proyectada sobre la integridad física de sus pacientes e informen a éstos convenientemente sobre aquéllas, de modo que la persona pueda consentir el acto con conocimiento de causa, lo que supone reconocerle al paciente una facultad de autodeterminación que le legitima para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas, de suerte que, si se consuma un riesgo previsible sin que el paciente haya sido informado por el médico, el Estado concernido podría llegar a ser directamente responsable al abrigo del art. 8 CEDH.²⁰

En este sentido es obligado traer a colación con finalidad hermenéutica, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea,²¹ con el mismo valor jurídico que los Tratados por el art. 6.1 del Tratado de la Unión Europea²².

17. 8.1 “*Derecho al respeto a la vida privada y familiar*”

1. *Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia*. Véanse, entre otras las Sentencias de citado TEDH de 16 de diciembre de 1997, “*caso Raninen c. Finlandia*”, § 63; y de 24 de febrero de 1998, “*caso Botta c. Italia*”, § 32),

18. STEDH de 29 de abril de 2002, “*caso Pretty c. Reino Unido*”, § 63.

19. SsTEDH de 19 de febrero de 1998, “*caso Guerra y otros c. Italia*”, § 60; y de 2 de junio de 2009, “*caso Codarcea c. Rumanía*”, § 104)

20. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: **la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal** (STEDH de 29 de abril de 2002, “*caso Pretty c. Reino Unido*”, § 63), **y también por el Tribunal Constitucional** (véase la Sentencia núm. 154/2002, de 18 de julio, FJ 9).

21. Y reconocida tal como fue adaptada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo

22. Tratado de Lisboa de 13 de diciembre de 2007, en vigor desde el 1 de diciembre de 2009

El art. 3 de la Carta reconoce el derecho de toda persona a la integridad física y psíquica, obligando a respetar, en el marco de la medicina y la biología *“el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley”*.²³

En esta misma línea, el *“Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina”* (en adelante, Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado por España por Instrumento de 23 de julio de 1999²⁴ se refiere en su Capítulo II al *“consentimiento”*, estableciendo en el art. 5 la regla general, según la cual, sólo podrá realizarse una intervención en el ámbito de la sanidad *“después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”*, a cuyo efecto, *“deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias”*.

No obstante, y así conviene anticiparlo, este derecho esencial cede en supuestos de riesgo para la salud pública en general (el interés general es prevalente sobre el individual), o cuando por motivos de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, y será posible proceder inmediatamente *“a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”* (art. 9.2, Ley 41/2002).

En consecuencia, alejémonos de toda consideración que relegue el consentimiento informado al mundo de una simple diligencia o formalidad articulada en la abigarrada burocracia de exigencias, secularmente propia de nuestra administración sanitaria. Como dice LLAMAS POMBO²⁵, el consentimiento informado es la habilitación que da el paciente al profesional de la salud para que este pueda traspasar la barrera de su integridad corporal en los términos que el mismo le permita.

Y el Tribunal Supremo ha sido concluyente rechazando la exigencia de tal consentimiento como un mero acto burocrático, para elevarlo a *“presupuesto y elemento esencial de la «lex artis» y como tal forma parte de toda actuación asistencial”*²⁶ (...), *constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica*”, antes con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y ahora con más preci-

23. apartado 2 a)].

24. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999, con entrada en vigor el 1 de enero de 2000.

25. Eugenio Llamas Pombo *“Estudios sobre la responsabilidad sanitaria. Un análisis multidisciplinar”*. LA LEY (Madrid) 2014, pág. 45.

26. Entre otras, SsTS 29 de mayo; 23 de julio de 2003; 21 de diciembre 2005; 15 de noviembre de 2006; 13 y 27 de mayo de 2011

sión, con la ley 41/2002, de 14 de noviembre de la autonomía del paciente, en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad²⁷, llegando incluso a proclamar en su Sentencia de 12 de enero de 2001 que el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental,²⁸ como derecho a la libertad personal a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la auto disposición sobre el propio cuerpo, por más que, a nuestro modesto entender parece excesivo dar carta de naturaleza por tan Alto Tribunal a la existencia de un derecho humano fundamental que no aparece en nuestra Constitución.²⁹ En definitiva, constituye una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica o como dice la STS (Sala III) de 4 de abril de 2000³⁰ “*que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente*”; es decir, el consentimiento informado es un acto clínico más, necesario e ineludible cuando como tal es exigible.

* * *

Y para que el paciente pueda dar su consentimiento con plena libertad sobre los actos médicos que le afectan, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información, insistimos, podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos.

27. Y una constante jurisprudencia (Sentencias TS de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso de casación 2033/2003, de 22 de octubre de 2009, recurso de casación 710/2008, sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008) insiste en que el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la “*lex artis*” y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.

28. Sentencia de 12 de enero de 2001 (ponente Excmo. Sr. Martínez-Pereda Rodríguez) en la que textualmente declara y reconoce que “*El consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la auto disposición sobre el propio cuerpo.*”

29. En el mismo sentido XIOL RÍOS y BASTIDA FREIJEDO en obra colectiva “*Autonomía del paciente, responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales*”, editado por la Fundación Coloquio Jurídico Europeo; Madrid 2012, págs. 178 y ss.

30. Recurso núm. 8065/1995, Pte. Excmo. Sr. Xiol Ríos.

El Tribunal Supremo en su Sentencia ya citada de 12 de enero de 2001 previo reconocer que esta información no supone un mero formalismo,³¹ configura la misma como un derecho que se fundamenta y apoya, a más de otras normas y tratados internacionales, en la misma Constitución Española, en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su artículo 10,1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupan el art. 1,1, reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, siendo lo cierto que el Tribunal Constitucional invariablemente ha venido reconociendo que el derecho a recibir información por el paciente es un derecho esencial que se residencia en el art. 15 de la CE³², y así en la STC núm. 37/2011 de 28 de marzo³³ que contempla el supuesto de un paciente que ingresado en el

31. Bajo ponencia del Excmo. Sr. Martínez-Pereda Rodríguez, literalmente consigna que *“Ciertamente que la iluminación y el esclarecimiento, a través de la información del médico para que el enfermo pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto e incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención, no supone un mero formalismo, sino que encuentra fundamento y apoyo en la misma Constitución Española, en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su artículo 10,1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupan el art. 1,1 reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias* -sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989, de 18 de junio- en el artículo 9,2, en el 10,1 y además en los Pactos Internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, principalmente en su Preámbulo y artículos 12, 18 a 20, 25, 28 y 29, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de Roma de 4 de noviembre de 1950, en sus artículos 3, 4, 5, 8 y 9 y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 16 de diciembre de 1966, en sus artículos 1, 3, 5, 8, 9 y 10.

32. Si bien el art. 15 CE no contiene una referencia expresa al consentimiento informado, ello no implica que este instituto quede al margen de la previsión constitucional de protección de la integridad física y moral, siendo de recordar que las **SsTC núm. 212/1996**, de 19 de diciembre, FJ 3, y **116/1999**, de 17 de junio, FJ 5, declararon que *“los preceptos constitucionales relativos a los derechos fundamentales y libertades públicas pueden no agotar su contenido en el reconocimiento de los mismos, sino que, más allá de ello, pueden contener exigencias dirigidas al legislador en su labor de continua configuración del ordenamiento jurídico, ya sea en forma de las llamadas garantías institucionales, ya sea en forma de principios rectores de contornos más amplios, ya sea, como enseguida veremos, en forma de bienes jurídicos constitucionalmente protegidos”*.

33. Pte. Excmo. Sra. Pérez Vera. Es de señalar que el Ministerio Fiscal al adherirse al recurso entendió vulnerado el derecho a la integridad física del demandante de amparo en relación con el deber de motivar las resoluciones judiciales centrando la cuestión en la carencia de información suficiente al paciente, con la perspectiva del art. 15 CE que, a su juicio, implica la prohibición de intervenir en el cuerpo de otra persona sin el previo

servicio de urgencias de un hospital clínica presentando dolor precordial, fue sometido al día siguiente a un cateterismo cardiaco por vía radial derecha, sin que se le informara previamente de las posibles consecuencias de la intervención ni se obtuviera su consentimiento para la práctica de la misma, siendo así que tras la intervención, la mano derecha del recurrente evolucionó negativamente, hasta sufrir su pérdida funcional total, Sentencia que previo centrar el examen constitucional a si la intervención a la que se le sometió sin informarle previamente de sus riesgos y posibles consecuencias supuso o no, una lesión de su derecho a la integridad física y moral, derecho como hemos dicho constitucionalmente amparado de forma autónoma en el art. 15 CE, reconoce que este derecho, según doctrina reiterada de este Tribunal,³⁴ protege *“la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular”*,³⁵ derechos, destinados a proteger la *“incolumidad corporal”*,³⁶ ámbito de protección que la STC 119/2001 -con cita de la doctrina del TEDH- amplía -más allá de las injerencias mencionadas- a los *“riesgos que puedan surgir en una sociedad tecnológicamente avanzada”*³⁷.

De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación. En suma, estamos en presencia de un derecho esencial del paciente a recibir

consentimiento de ésta, siendo preciso para obtenerlo una previa información suficiente que abarque la expresión del acto invasor y sus posibles consecuencias. Con cita de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, del Convenio Europeo de Derechos Humanos y del tratamiento dado a la cuestión por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, así como del desarrollo legal del consentimiento informado en España (Ley 41/2002), invoca el Fiscal la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional en lo relativo al consentimiento informado y al derecho fundamental a la integridad física, respectivamente (SSTC 120/1990, 207/1996, y 154/2002, así como AATC 192/1993 y 57/2007).

34. Con cita entre otras de las **SsTC 220/2005**, de 12 de septiembre, FJ 4, y **160/2007**, de 2 de julio, FJ 2

35. **SsTC 120/1990**, de 27 de junio, FJ 8, y **119/2001**, de 24 de mayo, FJ 5

36. **STC 207/1996**, de 16 de diciembre, FJ 2

37. **STC 119/2001**, de 24 de mayo, FJ5 Ponente el Excmo. Sr. don Manuel Jiménez de Parga y Cabrera; con cita de la jurisprudencia del **Tribunal Europeo de Derechos Humanos**, como se refleja en las Sentencias de **21 de febrero de 1990**, *“caso Powell y Rayner contra Reino Unido”*; de **9 de diciembre de 1994**, *“caso López Ostra contra Reino de España”*, y de **19 de febrero de 1998**, *“caso Guerra y otros contra Italia”*.

la información, para que este pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto, incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención.³⁸

Y es que **como recuerda la sentencia 680/2023, de 8 de mayo**³⁹:

“[...] la «lex artis» abarca no sólo la utilización de los medios y técnicas necesarias que el estado actual de conocimientos de la medicina....; seguir las prevenciones aceptadas por la comunidad científica para el tratamiento de la patología padecida; sino también la prestación de la información precisa, con antelación temporal suficiente, de manera comprensible, sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, riesgos típicos y prevenciones a seguir en el proceso de curación de la enfermedad; abstenerse de actuar en contra o al margen del consentimiento informado del paciente, que habrá de obtenerse, con mayor rigor, en el caso de la medicina voluntaria o satisfactiva; ...”.

* * *

Y la pregunta surge de inmediato: ¿Y cuál es el contenido de la información médica previa? ¿Basta una somera información o por el contrario la misma en todo caso o supuesto es exhaustiva y agotadora; en definitiva, ¿dónde están los límites de la información que debe facilitarse al paciente?

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre,⁴⁰ es concluyente en cuanto al contenido básico para obtener el consentimiento informado del paciente (art. 10):

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

Por demás

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

38. Esta doctrina consagrando el derecho del paciente a decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, “*caso Pretty c. Reino Unido*”, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9).

39. Recurso núm. 2467/2019, bajo ponencia del Excmo. Sr. Seoane Spielberger; en el mismo sentido la STS núm. 204/2024 de 19 de febrero, mismo ponente.

40. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre tiene por nombre “*Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*”.

Y con ello la advertencia (art. 10.2 de que el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

No obstante, tampoco debe olvidarse que el art. 5.3 reconoce que “*el derecho de información pueda limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica*”, y es que como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso, Sección 4ª) de 19 de septiembre de 2012, la información excesiva puede convertir la atención médica en “*desmesurada*” y en “*un padecimiento innecesario para el enfermo*”.⁴¹

Señalaremos, finalmente, que en lo que interesa al consentimiento informado en casos de urgencia, la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de julio de 2010, relativa a un caso de parto⁴² en el que la paciente se presenta

41. Recurso núm. 8/2010, Ponente Excmo. Sr. Martínez-Vares García; textualmente se indica:

“Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada --puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente-- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica --no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión--, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario”

42. Pte. Excmo. Sr. Lesmes Serrano, Recurso núm. 2985/2006. Textualmente dice

“Es indudable que la falta de información al paciente y la ausencia de su consentimiento constituyen una infracción de la «lex artis» y puede dar lugar al reconocimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria que ha omitido esta garantía esencial. Así lo viene reconociendo la jurisprudencia de esta Sala. Sin embargo, aquí se da la circunstancia de que la asistencia sanitaria se produce a instancia de la paciente, que se presenta en el servicio de urgencias del hospital en una situación de parto inminente, sin que quepa más opción que la realizada. Así se indica en la sentencia de instancia en su fundamento jurídico octavo: “En las circunstancias en que estaba la gestante resultaba ilógico recabar el consentimiento informado, ya que se trataba de proseguir con el proceso de parto ya iniciado, en cuya gestación necesariamente había sido atendida e informada”. Ningún reproche puede hacerse a este razonamiento pues como es obvio el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos

en el servicio de urgencias del hospital en una situación de alumbramiento inminente, iniciándose la actuación médica sin informar a la misma, el Alto Tribunal tras hacer propio el razonamiento de la instancia de que en tales circunstancias en que estaba la gestante resultaba ilógico recabar el consentimiento informado, ya que se trataba de proseguir con el proceso de parto ya iniciado, en cuya gestación necesariamente había sido atendida e informada, el Tribunal Supremo concluye que

“ningún reproche puede hacerse a este razonamiento pues como es obvio el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos”.

Por demás la Ley 42/2001 contempla las cuestiones derivadas de la incapacidad del paciente para entender la información que se le facilite, sea por su estado físico o psíquico en cuyo caso con carácter general se deriva dicha información las personas vinculadas por razones familiares o de hecho (art.5.3), regulando en el art. 9.3 con minuciosidad y de una forma abierta los supuestos de quien deberá autorizar por representación la actuación médica en caso de inhabilidad del paciente, incluso contemplando los casos en que deba acudir a la autoridad judicial por existencia de conflicto de intereses, y por demás, la posibilidad de que el facultativo pueda justificar su actuación cuando la urgencia no le permita recabar la autorización judicial, situaciones que califica como de cumplimiento de un deber y estado de necesidad.

Y es que como dice buena parte de la doctrina más autorizada⁴³ el consentimiento informado es un elemento integrante de la «*lex artis*», y como tal forma parte de toda actuación asistencial, constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica o como dice la STS (Sala III) de 4 de abril de 2000 “*que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente*”; es decir, el consentimiento informado es un acto clínico más, necesario e ineludible cuando como tal es exigible, exigencia que la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en forma rotunda y constante viene matizándolo como “*deber inexcusable del médico actuante o responsable del acto quirúrgico*”, doctrina plenamente asumida por el Tribunal Supremo definitivamente desde su sentencia de 16 de octubre de 1998 en la que mantiene de forma concluyente (Fto. Jdco. 2º) que la obligación de informar correspondía a los profesionales que practica-

tos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente, pero no es ésta la circunstancia que aquí aconteció. El motivo debe ser desestimado”

43. Por todos J.C. Galán Cortés en su obra “*Responsabilidad médica y consentimiento informado*”. Editorial Cívitas, 2001.

ron la prueba y al Centro hospitalario, criterio reiterado en la sentencia de 28 de diciembre de 1998 (Fto. Jdco. 5º), indicando que la información al paciente es deber del profesional de la medicina, por ser quien se halla en situación más favorable para conseguir su prueba,⁴⁴ hasta el punto de que, como dice la STS de 26 de noviembre de 2004 que “*el defecto del consentimiento informado se considera como incumplimiento de la «lex artis ad hoc»*”.

* * *

Otra leyenda generadora de dudas es aquella que declara la suficiencia de este acto médico, reduciendo la obtención del consentimiento a un mero acto de firma de un documento, las más de las veces momentos antes de la realización del acto médico que lo exige, documento más o menos amplio, de contenido por lo general, abigarrado, de redacción excesivamente técnica y por ello poco comprensible a quienes no posean una mínima cultura sobre el particular.

Y tenemos que ser tajantes a la hora de rechazar enérgicamente tales actitudes, relegando toda tentación de considerar el carácter formulista o meramente de trámite de ésta actuación médica como desgraciadamente muchos profesionales lo entienden, y aceptemos sin margen a la discusión, que es un acto que debe materializarse con tiempo y dedicación bastante y que obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Dicho de otra forma, este “hacer” ha de cumplirse de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado y, en vista de ello, elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e, incluso, acudir a un especialista o centro distinto.

Y este sentido el art. 4.2 de la Ley 41/2002 es terminante sin dejar margen a la duda: “*la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad*”; por tanto es de todo punto evidente que la eficacia del consentimiento dependerá de forma directa e inmediata de que el médico cumpla con su obligación de informar en términos comprensibles.

Tampoco resulta ocioso traer a primer plano la Orden de 8 de julio de 2009 de la Consejería de Salud de la JUNTA DE ANDALUCIA por la que se daba instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario de la Comunidad

44. En el mismo sentido la STS de 19 de abril de 1999 (Fto. Jdco. 4º) y la de 7 de marzo de 2000. Este criterio es seguido no solamente por la jurisdicción civil sino también en el orden jurisdiccional contencioso-administrativo y social.

en relación con el consentimiento informado⁴⁵ al disponer en forma precisa que *“la información ha de comunicarse a la persona interesada de forma comprensible, evitando en lo posible el uso de tecnicismos, de tal forma que, sin menoscabar la veracidad científica se optimice al mismo tiempo la comunicación efectiva”*.⁴⁶

Aún más precisa resulta la exigencia contenida en la Ley de Salud de la Comunidad Autónoma de la Rioja, de que la información se lleve a cabo *“en un lenguaje comprensible, atendiendo a las características personales, culturales, lingüísticas, educacionales etc., de manera que (el paciente) pueda disponer de elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que le afecte”*.

Ello nos aboca a la interrogante de si a los efectos de obtener el consentimiento: ¿puede trasladarse la información al paciente por medio de correo electrónico u otros medios de comunicación telemática?

En principio -y sin olvidar que ningún documento de consentimiento informado escrito sustituye a una información verbal, clara, comprensible por cualquiera y veraz- nada se opone, siempre y cuando:

- a) tal comunicación a más de hacerse mediante texto comprensible y en relación con la formación cultural del paciente, evitando tecnicismos y permitiendo que el interesado tome su decisión con los necesarios elementos de juicio, decisión que suscribirá con su firma a pie de este, bajo la fórmula “lo he leído, entendido y muestro mi conformidad a su realización” y devolverá por la misma vía al profesional médico, que lo incorporará a la historia clínica como documento propio.
- b) Antes de iniciarse el acto médico para el que se ha recabado el consentimiento, el facultativo deberá comprobar que la información enviada ha sido entendida y en su caso recabar la ratificación del paciente, haciéndolo constar en la historia clínica.

La inmediata consecuencia que se deriva de las exigencias aludidas no es otra que el no poder entender en ningún caso, que el consentimiento prestado mediante documentos impresos carentes de todo rasgo informativo adecuado sirva para conformar debida y correcta la información. Tales documentos resultan ética y legalmente inválidos, pues se limitan a obtener la firma del paciente, aun cuando pudieran proporcionarle alguna informa-

45. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía núm. 152, de 6 de agosto de 2009

46. **Instrucción 1ª, apartado 5º.** En análogo sentido, véase la **Ley Foral de Navarra, núm. 17/2010 de 8 de noviembre** (art. 5.6 al reconocer en materia de asistencia sanitaria el derecho *“a recibir información de forma accesible, comprensible, suficiente y adecuada sobre su estado de salud y sobre las distintas opciones de técnicas diagnósticas, terapéuticas y farmacológicas que puedan existir en relación con su proceso asistencial”*).

ción, pero no es la que interesa y exige la norma como razonable para que conozca la transcendencia y alcance de su patología, la finalidad de la terapia propuesta, con los riesgos típicos del procedimiento a utilizar y los que resultan de su estado, y otras posibles alternativas terapéuticas. Desde luego, ni siquiera sirven para defensa del médico que difícilmente podrá excusar su actuación en tales documentos insuficientes.

Es, en definitiva, una información básica y personalizada en la que también el paciente adquiere una participación activa, para, en virtud de la misma, consentir o denegar la intervención que se propone en el marco de una actuación médica de carácter curativo y urgente en la que, a diferencia de la medicina voluntaria o satisfactiva, no es preciso informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que no tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria.

La Jurisprudencia viene refrendando tales consideraciones y así la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª de lo Civil) núm. 1132/2006 de 15 de noviembre⁴⁷ razona en forma inequívoca:

“Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente y que obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud.”

Y respecto a la forma de su desarrollo, *“hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto”*, advirtiendo inmediatamente que *“en ningún caso el consentimiento prestado mediante documentos impresos carentes de todo rasgo informativo adecuado sirve para conformar debida ni correcta información⁴⁸. Son documentos ética y legalmente inválidos que se limitan*

47. Fundamento Jurídico Tercero; Ponente Excmo. Sr. Seijas Quintana.

48. Con cita de las **SsTS de 27 de abril de 2001** (Pte. Excmo. Sr. Villagómez Rodil) al decir que la información es *“comunicación completa y continuada, que incluya tanto diagnóstico como pronóstico y alternativas de tratamiento, por lo que, en términos de exigencia que debe presidir todas las cuestiones relativas a la salud humana, la información habrá de ser exhaustiva, es decir que, en la comprensión del destinatario, se integre con los conocimientos suficientes a su alcance para entenderla debidamente, y también ha de tratarse de información suficiente a fin de poder contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que el facultativo o los servicios médicos le proponen”* y **29 de mayo de 2003. BAJO LA MISMA PONENCIA** *“La información al paciente ha dicho esta Sala ha de ser puntual, correcta, veraz, leal, continuada, precisa y exhaustiva, es decir, que para la compren-*

sión del destinatario se integre con los conocimientos a su alcance para poder entenderla debidamente y también ha de tratarse de información suficiente que permita contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que los servicios médicos le recomiendan o proponen. El consentimiento prestado mediante documentos impresos, carentes de todo rasgo informativo adecuado, como son los que quedan referidos, no conforma debida ni correcta información (Sentencia de 28 de abril de 2001 y 26 de septiembre de 2000), siendo exigencia que impone el artículo 10-5 de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1.986 y aunque se permita su práctica en forma verbal, al menos debe quedar constancia de la misma en la historia clínica del paciente y documentación hospitalaria que le afecte, como exige la Ley de 14 de noviembre de 2002, lo que aquí se ha omitido y acrecienta la presunción de que no se practicó información alguna, pues la conclusión que al efecto sienta la sentencia recurrida de que corrió a cargo de otros profesionales desconocidos, no se compagina y hasta resulta contradictorio con el hecho probado de que la ligadura de trompas fue practicada con ocasión de la cesárea del tercer parto en unidad de acto médico.

Esta Sala de Casación Civil ha precisado los requisitos, contenido y alcance de la información médica (Sentencia de 13 de abril de 1.999) y así ha declarado que **ha de referirse como mínimo a las características de la intervención quirúrgica a practicar, sus riesgos, ventajas e inconvenientes, en lo que cabe incluir el pronóstico sobre las probabilidades del resultado y si esta información no se lleva a cabo en la forma adecuada** que se deja dicho, a fin de que el consentimiento del enfermo lo sea con conocimiento de causa bastante, **se infringe la “lex artis ad hoc”**, al violentarse el hecho esencial del contrato de arrendamiento de servicios médicos, no procediendo reducir este deber médico inevitable al rango de una mera costumbre o simple formulismo sin el contenido necesario, que por desgracia suele practicarse en el ámbito médico hospitalario.

STS 13-abril. 1999 Pte. Excmo. Sr. Martínez-Calcerrada Gómez “En cuanto a la esencia a que debe referirse el derecho o deber de información, no es posible exponer un modelo prefijado, que albergue “a priori” todo el vasto contenido de dicha información, si bien abarcaría como mínimo y, en sustancia, por un lado, la exposición de las características de la intervención quirúrgica que se propone, en segundo lugar, las ventajas o inconvenientes de dicha intervención, en tercer lugar, los riesgos de la misma, en cuarto lugar, el proceso previsible del post-operatorio e, incluso en quinto lugar, el contraste con la residual situación ajena o el margen a esa intervención; al respecto se expone en Sentencia de 2-10-1997 de esa Sala: ‘Un elemento esencial de la ‘lex artis ad hoc’ o núcleo esencial del contrato de arrendamiento de servicios médicos es el de la obligación de informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo. Para definir lo que se puede estimar como información correcta hay que recurrir al art. 10.5 L. 14/1986 de 25 de abril (Ley General de Sanidad), precepto que especifica que el paciente o sus familiares tienen derecho a que, en términos comprensibles para él y sus allegados, se les dé información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. En resumen, el consentimiento prestado por el enfermo sus parientes ha de ser informado. Tal información comprenderá, para no incurrir en responsabilidad, el diagnóstico de la enfermedad o lesión que se padece, el pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y los riesgos del mismo’...”; **asimismo, en Sentencia de 16 de octubre de 1998** se decía: “...es cierto que la Ley 26/1.984, de 19 de Julio, General para la defensa de los Consumidores y Usuarios, determinó la expresa obligación de informar al paciente -sic- ...Ahora bien, ... se subraya -sic- el Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones, aprobado por Orden de 7 de Junio de 1.972, del cual, se desprende el derecho del enfermo de ser informado de las posibles consecuencias de las inter-

a obtener la firma del paciente pues aun cuando pudieran proporcionarle alguna información, no es la que interesa y exige la norma como razonable para que conozca la trascendencia y alcance de su patología, la finalidad de la terapia propuesta, con los riesgos típicos del procedimiento, los que resultan de su estado y otras posibles alternativas terapéuticas.”

Y la Sentencia núm. 1367/2006 de 21 de diciembre⁴⁹ no deja margen a la duda al referirse a la información que debe proporcionarse al paciente: *“Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente (...) Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista, elegir rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto” (...)*Es, en definitiva, una información básica y personalizada, y no un simple trámite administrativo, en la que también el paciente adquiere una participación activa, para, en virtud de la misma, consentir o negar la intervención”

* * *

Por ultimo quiero dejar siquiera una breve referencia al consentimiento informado en el marco de la llamada medicina satisfactiva, siendo necesario partir de una afirmación rotunda: si amplia ha de ser la información que ha de facilitarse al paciente en los casos de medicina curativa, tales exigencias se hacen mucho más intensas y exhaustivas en el caso de medicina voluntaria o satisfactiva⁵⁰, en cuyo espacio o modalidad la información no sólo debe ser objetiva, veraz, completa y asequible, comprendiendo las posibilidades de fracaso de la intervención, es decir, el pronóstico sobre la probabilidad del resultado, sino también cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, con independencia de su frecuencia, dada la necesidad de evitar que se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria o de una necesidad relativa, lo que se traduce en que el paciente tiene un mayor margen de libertad

venciones quirúrgicas, y, por otro lado, resulta incuestionable que el deber informativo forma parte de las normas deontológicas de los Colegios Médicos y su observancia, además, es una elemental aplicación derivada de principios lógicos, morales y éticos indiscutibles, sin que, por tanto, la obligación informativa quepa reducirla al rango de una costumbre usual existente en el ámbito médico-hospitalario...”

49. Ponente Excmo. Sr. D. José Antonio Seijas Quintana.

50. SSTs 21 de octubre de 2005; 4 de octubre 2006 ; 29 de junio 2007 ; 27 de septiembre 2010 ; 20 de enero 2011).

para optar por su rechazo, habida cuenta la falta de necesidad o de la urgencia de la misma.⁵¹

Se ha reiterado en numerosas sentencias, de la que es buen ejemplo la STS núm. 330/2015, de 17 de junio⁵² que la obligación del médico es una obligación de actividad (o de medios) en el sentido de que debe prestar al paciente el cuidado correspondiente a su enfermedad y excepcionalmente es una obligación de resultado, cuando se ha comprometido a la obtención de un resultado; distinción que tiene consecuencias en orden al cumplimiento o

51. Véanse entre otras, las SsTS 21 de octubre de 2005; 4 de octubre 2006; 29 de junio 2007; 27 de septiembre 2010; 20 de enero 2011.

52. Pte. Excmo. Sr. Seijas Quintana, con cita de las SsTS la sentencia de 20 de noviembre de 2002, 3 de marzo de 2010, 19 de julio 2013 y 7 de mayo de 2014, textualmente reconoce que **“La responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual (SSTS 12 de marzo 2008 ; 30 de junio 2009)”**.

3.- Es asimismo doctrina reiterada de esta Sala que los actos de medicina voluntaria o satisfactiva no comportan por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la existencia de un aseguramiento del resultado por el médico a la paciente cuando resulte de la narración fáctica de la resolución recurrida (así se deduce de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las SSTS 25 de abril de 1994 , 11 de febrero de 1997 , 7 de abril de 2004 , 21 de octubre de 2005 , 4 de octubre de 2006 , 23 de mayo de 2007 , 19 de julio 2013 y 7 de mayo de 2014).

4.- En el caso examinado, debe considerarse inamovible la conclusión probatoria de la sentencia recurrida,

según la cual se ha probado que se informó a la paciente de la “naturaleza de la actuación médica y las alternativas” y “que no ha sido privado de su derecho a decidir con suficiente conocimiento de causa del tratamiento que más le convenía”, no habiendo daño imputable a una omisión del deber de informar. **Tampoco se le garantizó el resultado, ni este resulta del relato de hechos de la sentencia.”**

incumplimiento, a la responsabilidad y a la prueba y que han destacado, entre otras, las sentencias de 22 de abril de 1997, 27 de junio de 1997, 21 de julio de 1997 y 13 de diciembre de 1997.

Es cierto que en una etapa ya superada y en relación con la denominada medicina satisfactiva o voluntaria, singularmente en el campo de la estética, se entendió que la obligación del médico era una obligación de resultados⁵³ siendo doctrina jurisprudencial de nuestro Tribunal Supremo aquella que establecía dentro del campo de la cirugía, la distinción jurídica entre una cirugía asistencial, que identificaría la prestación del profesional con la «*locatio operarum*» y una cirugía satisfactiva (destacadamente, operaciones de cirugía estética), que identifica aquella con la «*locatio operis*», esto es, con el plus de responsabilidad que, en último caso, comportaba la obtención del buen resultado o, dicho con otras palabras, el cumplimiento exacto del contrato en vez del cumplimiento defectuoso⁵⁴ y ello por entenderse como efectivamente sostiene la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª Civil) de 11 de diciembre de 2001⁵⁵ que “...en la medicina llamada voluntaria la relación contractual médico-paciente deriva de un contrato de obra, por el que una parte -el paciente- se obliga a pagar unos honorarios a la otra -médico- por la realización de una obra; la responsabilidad por incumplimiento o cumplimiento defectuoso se produce en la obligación de resultado en el momento en que no se ha producido éste o ha sido defectuoso”.

No obstante, actualmente es doctrina reiterada de esta Sala que los actos de medicina voluntaria o satisfactiva no comportan por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la existencia de un aseguramiento del resultado por el médico a la paciente cuando resulte de la narración fáctica de la resolución recurrida.⁵⁶

53. En tal sentido, son de citar algunos casos que la jurisprudencia ha tratado: operación de cirugía estética (**lifting**) en la sentencia de 28 de junio de 1997, tratamiento para alargamiento de las piernas en la de 2 de diciembre de 1997, colocación de dispositivo intrauterino anticonceptivo en la de 24 de septiembre de 1999 e intervención en oftalmología en la de 2 de noviembre de 1999. La sentencia de 28 de junio de 1999 contempla el caso de un tratamiento odontológico, rehabilitación de la boca que no logró el resultado y fue otro odontólogo el que la rehabilitó finalmente.

54. Ver entre otras, SsTS 11 diciembre 1997, 19 febrero 1998, 28 junio 1999, 5 febrero 2001 y 4 febrero 2002

55. Excmo. Sr. Xavier O’Callaghan Muñoz; Recurso núm. 2017/1996

56. Así se deduce de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las SsTS 25 de abril de 1994, 11 de febrero de 1997, 7 de abril de 2004, 21 de octubre de 2005, 4 de octubre de 2006, 23 de mayo de 2007 y **19 de julio 2013**.

Esta última bajo ponencia del Excmo. Sr. Seijas Quintana con cita de la STS de 22 de noviembre de 2007 (rec.4358/2000), en línea con otras anteriores, reitera que “Los actos de medicina voluntaria o satisfactiva no comportan por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la existencia

De tal modo que cuando de la actuación del médico derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informada⁵⁷ y el facultativo no demuestra que se hubiese informado a quien hubiese de decidir (paciente o, en su caso, familiares) acerca del riesgo mínimo que se corría con la intervención, equivale a tener por probado el incumplimiento de este deber, en virtud del principio de la carga de la prueba,⁵⁸ principio *general* de la carga de la prueba que

de un aseguramiento del resultado por el médico a la paciente cuando resulte de la narración fáctica de la resolución recurrida (así se deduce de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las SSTS 25 de abril de 1994 , 11 de febrero de 1997 , 7 de abril de 2004 , 21 de octubre de 2005 , 4 de octubre de 2006 y 23 de mayo de 2007)”.

Dice la sentencia de 20 de noviembre de 2009, y reitera la de 3 de marzo de 2010, que “La responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la «lex artis», cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual (SSTS 12 de marzo 2008 ; 30 de junio 2009).

57. En el mismo sentido, **la STS /Sala III) de 14 de octubre de 2002**, con cita de la Sentencia de **2 de octubre de 1997** (recurso de casación 1109/93, fundamento jurídico primero) y **3 de octubre de 2000** (recurso 3905/96, fundamento jurídico undécimo)..

58. **Sala III, Sección 6ª**, núm. Recurso: 8065/1995 Pte. Excmo. Sr. Xiol Ríos, que en justificación de tan rotunda afirmación sobre la carga de la prueba de dicha información, textualmente precisa:

Para sentar esta conclusión debemos partir de lo que dispone la Ley General de Sanidad. Su artículo 10 expresa que toda persona tiene con respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias, entre otros aspectos, derecho «a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diag-

nóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento» (apartado 5-DEROGADO); «a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención», (apartado 6-DEROGADO) excepto, entre otros casos que ahora no interesan, «cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas» [letra b)]; y, finalmente, «a que quede constancia por escrito de todo su proceso» (apartado 11).

Se da así realidad legislativa al llamado **«consentimiento informado»**, estrechamente relacionado, según la doctrina, **con el derecho de autodeterminación del paciente característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas y que en la fecha en que se produce la intervención quirúrgica que da lugar a este proceso constituye una institución reciente en el plano de nuestra legislación.**

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal pone de manifiesto el carácter consustancial que el elemento de la información tiene con la prestación de consentimiento en relación con la disposición de los datos personales, pues en el **artículo 3.h)** define el consentimiento del interesado como **«toda manifestación de voluntad, libre, inequívoca, específica e informada, mediante la que el interesado consienta el tratamiento de datos personales que le conciernen»** y en el **artículo 11.3** dispone que **«Será nulo el consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal a un tercero, cuando la información que se facilite al interesado no le permita conocer la finalidad a que destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquel a quien se pretenden comunicar».**

Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario. Por ello la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, invocada en su defensa por la

sufre una notable excepción en los casos en que la obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar su cumplimiento, de modo tal que la falta de demostración de este, tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, y en tal caso de no acreditarlo, se tiene por probado la falta de dicho consentimiento.

* * *

Y concluyo: Sr. presidente le agradezco el honor que me ha concedido de exponer mis consideraciones sobre una cuestión que tanto preocupa no sólo a los servidores de la Medicina sino también a los juristas; si mis reflexiones han servido para crear un espacio de reflexión sobre una cuestión de tanta trascendencia y compromiso en nuestros respectivos ámbitos, me sentiré profundamente satisfecho y reforzará sobradamente mi gratitud a éste admirado Colegio académico, por permitirme libremente dejar constancia de mis opiniones, en esta admirada casa de la ciencia médica. Muchas gracias.

Sevilla, 13 de junio de 2024

Administración recurrida (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información. Es bien sabido que el principio general de la carga de la prueba sufre una notable excepción en los casos en que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por la Administración. Por otra parte, no es exigible a la parte recurrente la justificación de no haberse producido la información, dado el carácter negativo de este hecho, cuya prueba supondría para ella una grave dificultad.

Al no haberlo apreciado así la sentencia de instancia debe concluirse en la existencia de la infracción del citado precepto legal.

I JORNADA DOLOR Y ORTOPEDIA

“ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN METÁSTASIS ÓSEA EN RAQUIS”

El día 24 de septiembre se celebró esta jornada en nuestra sede académica de calle Abades. En la misma intervinieron profesionales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.



Como directores de la formación estuvieron:

Dr. José María López-Puerta, Unidad de Columna HUVR

Dr. Isaac Peña, Unidad del Dolor HUVR

Dra. Reyes Bernabé, Servicio de Oncología Médica HUVR

El programa de la jornada fue el siguiente:

- Bienvenida y apertura, Dr. José María López-Puerta
- Situación actual, Dra. Reyes Bernabé

- Fragilidad y supervivencia del paciente con enfermedad metastásica ósea, Dr. J. Antonio Virizuela
- Caso clínico, Dr. Rafael Buezas
- Tratamiento radioterápico de la metástasis vertebral, Dr. José Gordito
- Terapia sistémica. Lo que necesitan saber los cirujanos, Dra. Alejandra Falcón
- Procedimientos intervencionistas sobre las metástasis vertebrales, Dr. José María López-Puerta
- Cirugía de separación o corpectomía. Cómo, cuándo y porqué, Dr. Antonio Martín
- Infusión intratecal para el dolor oncológico, Dr. Isaac Peña
- Marco decisión para el tratamiento de pacientes con columna metastásica, Dra. Irene Carrasco
- Cierre y conclusiones

MESA REDONDA

“ACTUALIZACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA”

El día 8 de octubre se celebró esta mesa redonda moderada por el académico correspondiente D. Fernando Docobo Durántez.



PRESENTACIÓN

Dr. José Manuel Cordero Lorenzo.

Presidente de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASEC-MA). Especialista en Anestesiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Los constantes avances en la cirugía ambulatoria nos motivan a efectuar su difusión. Por lo que agradecemos a la RAMSE la posibilidad de realizar esta mesa redonda, en la que los Dres. Dieter Morales, Juan Manuel Suárez Grau y José María Capitán expondrán los avances en diversas áreas de la cirugía. El Dr. Fernando Docobo Durántez será el moderador de la misma. Todos con gran experiencia en el tema.

INTRODUCCIÓN

Dr. Fernando Docobo Durántez.

Especialista en Cirugía General y Digestiva. Académico correspondiente RAMSE. EBSQ, FACS, master en CMA.

El objetivo de esta actualización es aproximar la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) a la RAMSE para propiciar su conocimiento, formación y desarrollo.

La historia y la evolución de la CMA en nuestro país tiene pocos años y prácticamente en paralelo al desarrollo mundial surgido en las décadas de los años 80 y 90. En estas décadas la CMA tiene un gran impulso a nivel internacional y nacional, siendo destacables las siguientes fechas:

En 1988 se publica el primer estudio de CMA en España por los Dres. J. Rivera, M.Giner y M.Suhn: "Cirugía ambulatoria. Estudio piloto". Al año siguiente, 1989, tiene lugar el I Simposio CMA en la ciudad de Toledo, que coincide con la visita del Dr. Gregorio Sicard, cirujano del Barnes Hospital (Washington Medical School Medicine) de Saint Louis, destacado referente de la Day Surgery en USA.

En 1990 se crea la British Association for Day Surgery (B.A.D.S.) y la primera Unidad de CMA en España, la de Viladecans, dirigida por el cirujano Enrique Sierra Gil y la anestesista Dra. M.^a J. Bassons.

En 1991 se publica la Primera Guía de Organización y Funcionamiento de la CMA por parte del Ministerio de Sanidad. También se celebró en Bruselas el 1º Congreso Europeo 1 DAY Surgery. Este mismo año se constituye la Unidad de CMA "El Tomillar" del Área Sanitaria de Valme dirigida por el Dr. J. Marín Morales.

En 1992 tiene lugar el 1º Congreso CMA en Viladecans, Barcelona. Se publica el "Informe de la Agencia de Evaluación de Tecnológica Médica de Cataluña. También se publica el cambio de pago en CMA respecto al paciente ingresado. Los doctores E. Sierra, J. Colomer y F. Pi-Sigues publican su experiencia en una unidad autónoma integrada en un hospital. "La cirugía mayor ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital: organización, funcionamiento y experiencia".

En 1993 se celebra el 2º Congreso Belga de CMA y en 1994 el Simposio CMA en Toledo, con la Fundación de ASECMA. Los días 9 y 10 de mayo, en una reunión celebrada en Orlando (Florida), se establecieron las bases para la creación de una asociación internacional. Lo que se realiza en 1995 con la creación de la International Association for Ambulatory Surgery (I.A.A.S.), siendo su presidente fundacional el Dr. Claude de Lathouwer y de la que ASECMA es miembro fundador.

En 1996, tras concurso libre de méritos se constituye la Unidad de CMA del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Unidad de tipo multidisciplinar,

autónoma y sin posibilidad de pernocta. Se incorporan desde un principio la cirugía oftalmológica (patologías de cataratas, estrabismos, etc.) la patología ORL (adeno-amigdalitis, cirugía laríngea y auditiva). También la patología ortopédica del pie y de la mano, la cirugía general con la patología herniaria de la pared abdominal, la patología mamaria, la proctológica y la colecistectomía laparoscópica como procedimientos de rutina.

La formación en CMA, tanto en el pregrado y postgrado, en las distintas especialidades quirúrgicas y anestésicas fue, desde un principio, uno de los objetivos principales. Es de destacar la estrategia anestesiológica, al proporcionar la anestesia y analgesia adecuada a cada caso (control del dolor, náuseas y vómitos), con lo que conseguía que los pacientes pudieran ser alta en la unidad con porcentajes próximos al 99%, sin que esto repercutiera sobre los ingresos tras el alta a domicilio. Existió desde su inicio control telefónico a las 24-48 horas y una línea abierta de consultas durante 24 horas todos los días.

La CMA es pues un ejemplo práctico y claro de lo que significa la innovación, como modelo organizativo histórico y cuya vigencia y actualidad es, si cabe, aún más patente en un momento de profunda crisis económica, social y sanitaria por la pandemia COVID-19. Estando en la actualidad bien definidas en nuestro medio las indicaciones quirúrgicas para su realización en CMA, los posibles tratamientos a aplicar y el seguimiento postoperatorio en nuestro medio de forma segura y eficaz.

Sin embargo, las tasas de ambulatorización e índices de sustitución de diversos procedimientos permanecen en cifras similares a las de la década precedente.

Aunque es bien conocido que la CMA ofrece un producto sanitario más eficiente, al asociar la calidad asistencial con el ahorro de los costes derivados de la misma. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, la CMA presentaba escasamente el 43,04 % del total de la actividad quirúrgica en España en 2013 y el 47,2% en 2019.

¿Cuáles son las causas? Es conocido que, en su desarrollo, las unidades de CMA representan un elemento básico en el proceso asistencial sin ingreso hospitalario. Estas deben garantizar tanto el acceso preoperatorio, como la intervención quirúrgica, la recuperación postoperatoria y el control postoperatorio inmediato en el domicilio del paciente. Actualmente estas unidades de CMA no están censadas y en general no reúnen las exigencias de determinadas características para obtener su acreditación.

Para poder aproximar estos datos a la realidad nacional, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) desarrolló el Proyecto DUCMA entre 2013-15 con idea de crear un Directorio de Unidades de CMA. A este formulario contestaron un total de 38 unidades y la recomendación final del proyecto en su publicación era continuar recopilando datos para ampliar la muestra y redefinir la encuesta. Con posterioridad, y para poder aumentar la respuesta alcanzada, se realiza nueva versión, obteniendo

los resultados en 2024. Un total de 90 UCMA completaron la encuesta. La media del índice de ambulatorización (IA) global es de 63%.

Más de la mitad de las UCMA (52%) son de tipo integrado. En la mitad de las unidades se imparte formación para médicos (51%) y personal de enfermería (55%). Los indicadores de calidad más utilizados son la tasa de suspensiones (87%) y de ingresos no previstos (80%). Se concluye que es necesaria una mayor coordinación entre administraciones para obtener datos fiables. Para ello se deben implementar los sistemas de calidad y desarrollar programas de formación adecuados.

CIRUGÍA DEL TIROIDES SIN INGRESO. ¿ES SEGURA?

Dr. Dieter Morales-García. FEBS, FACS, FEA de la Unidad de Cirugía Endocrina. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Servicio de Cirugía. Hospital Quirón Salud Marbella. Prof. Asociado de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

La seguridad del paciente es la primera cualidad de cualquier programa de Cirugía Ambulatoria y no radica en el hecho de estar ingresado en el hospital o no, sino de una adecuada selección de pacientes y una cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica, como afirmaron en 1962 David H Cohen y John B. Dillon tras desarrollar su programa de cirugía ambulatoria en la Universidad de Los Ángeles (California).

Desde los años 90, distintas publicaciones como la de Mowcheson y Hodin, han demostrado que la cirugía tiroidea es factible, segura y costo eficiente, a pesar de lo cual, en el año 2024 persiste la controversia y no todos los grupos que hacen Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), hacen cirugía tiroidea de esta manera.

Cuando además de usar la evidencia bibliográfica, preguntamos a la inteligencia artificial acerca de la seguridad de la misma, esta nos dice que la CMA es segura en pacientes seleccionados adecuadamente. Varias investigaciones han demostrado que, con criterios de selección apropiados y cuidados postoperatorios específicos, los resultados pueden ser comparables a los de la cirugía convencional con hospitalización.

Además, la cirugía tiroidea en régimen de CMA ofrece una serie de beneficios potenciales:

- Reducción del riesgo de infecciones nosocomiales
- Mayor comodidad para el paciente al recuperarse en su hogar
- Disminución de costos hospitalarios
- Liberación de camas hospitalarias para otros pacientes

Sin embargo, la posibilidad de aparición de complicaciones, hacen que los grupos deban de estar preparados para asumirlas y tratarlas correctamente.

En la actualidad, con la neuromonitorización del nervio recurrente, la determinación de PTH intraoperatoria, las nuevas tecnologías de sellado vascular, las técnicas miniinvasivas y robóticas, la fluorescencia y la detección de las paratiroides con nuevos dispositivos como el PTI, favorecen el poder hacer cirugía tiroidea en CMA con total seguridad.

La duda se plantea ante el temor de la aparición de un hematoma sofocante. Para ello debemos ser muy cuidadosos en la selección de pacientes y en la cirugía y tener en cuenta que en cuando este aparece, lo hace en su mayoría en las seis primeras horas tras la cirugía, momento en el que el paciente sigue en el hospital. Además, es fundamental detectarlo a tiempo, diferenciándolo de otras situaciones que lo pueden simular, y tratarlo de manera inmediata.

La evidencia científica muestra que los pacientes ancianos tienen una menor mortalidad en cirugía tiroidea que la población en general y que la mortalidad es menor del 1% en la población general, por lo que la edad avanzada no debería de ser una contraindicación para este tipo de cirugía.

Las indicaciones y contraindicaciones para una cirugía tiroidea en CMA de manera segura, se exponen en los apartados 1 a 3.

1. CRITERIOS MÉDICOS, SOCIALES Y DE CMA DE INCLUSION DE PATOLOGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA

Criterios Médicos

- Paciente mayor de edad motivado con el procedimiento (18-85 años)
- Historia de patología tiroidea uni o bilateral sin datos de hiperfunción o sospecha de malignidad
- No tratarse de bocios de gran tamaño o intratorácicos
- Quistes del conducto tirogloso y/o quistes branquiales
- Técnica de ROLL en casos seleccionados
- Ausencia de antecedentes de cirugía cervical previa o irradiación cervical
- Preoperatorio, incluyendo hormonas tiroideas, normal. El valor de la Fosfatasa Alcalina nos puede alertar a cerca de la posibilidad de hipocalcemia postoperatoria por hueso hambriento en el hiperparatiroidismo
- HPT1° con dos pruebas de localización positivas y disponibilidad intraoperatoria de protocolo de MIAMI.
- Pacientes ASA I-II, o ASA III estable
- Ecografía cervical sugestiva de bocio simple uni o bilateral sin signos de sospecha de malignidad
- Ausencia de patologías concomitantes tales como cardiopatía descompensada, toma de anticoagulantes o antiagregantes

Criterios Sociales

- Vive acompañado en su domicilio de un adulto responsable
- Domicilio en condiciones adecuadas de confortabilidad, y a menos de 60 minutos del centro
- Posibilidad de estar en comunicación telefónica con la unidad de CMA-Disponer de vehículo y conductor para el mismo
- Aceptan, colaboran y comprenden adecuadamente el procedimiento y las posibles complicaciones-En este caso condicionados por la patología y la técnica quirúrgica

Criterios de CMA

- Duración de la intervención menor de 2 horas
- Pérdidas hemáticas escasas
- No se dejan drenajes o estos se retiran antes del alta
- Profilaxis peroperatoria de las náuseas, los vómitos y el dolor
- Fácil control postoperatorio del procedimiento
- Existencia de vías clínicas y protocolos rigurosos de control peroperatorio sobre el procedimiento en la unidad

2. CRITERIOS DE EXCLUSION DE CMA EN CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA

- Bocios gigantes o de gran tamaño
- Bocio endotorácico
- Bocio hiperfuncionante
- Enfermedad de Graves-Basedow con glándula de alto volumen
- Sospecha o confirmación de malignidad con o sin invasión de tejidos adyacentes
- Necesidad de linfadenectomía
- Hiperparatiroidismo secundario y terciario
- Adenomas mediastínicos
- Parálisis recurrential preoperatoria
- Reintervenciones
- Pacientes anticoagulados o antiagregados

3. CRITERIOS EN EL MOMENTO DEL ALTA

- Estabilidad de signos vitales
- Ausencia de tumefacción cervical
- Ausencia de signos de hematoma o equimosis en la herida quirúrgica
- Ausencia de signos respiratorios
- Ausencia de dolor, náuseas y o vómitos

- Ausencia de signos clínicos de hipocalcemia
- Buena tolerancia oral a la dieta
- Deambulación normal
- Capacidad para el autocuidado personal

“ESTADO ACTUAL DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA EN CMA”

Dr. Juan Manuel Suárez Grau. Cirujano Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Coordinador Sección CMA de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Introducción

Las intervenciones sobre hernias inguinales son las que más frecuentemente realiza un cirujano en su vida profesional. Son el proceso quirúrgico más prevalente a nivel mundial. Las variantes técnicas para su reparación son múltiples y se encuentran en continua evolución.

El avance en materiales y procesos quirúrgicos ha permitido una importante disminución del dolor postoperatorio y, unido al interés de los distintos servicios de salud, ha favorecido de forma masiva la ambulatorización. De este modo, se ha pasado, en poco tiempo, de una intervención necesariamente con ingreso a una cirugía en que la ambulatorización es el estándar y sólo se ingresan determinados casos por su complejidad, sus patologías asociadas o sus complicaciones, según veremos.

Aunque las hernioplastias se realizan como CMA de forma mayoritaria, con una tasa de sustitución muy alta, todavía queda mucho camino por recorrer hasta la ambulatorización completa.

En la actualidad el reto está en la inclusión de procedimientos mínimamente invasivos laparoendoscópicos para fomentar la mejora de resultados en cuanto a dolor y complicaciones. Todo ello intentando mantener el estándar de ambulatorización de la hernia inguinal conseguido hasta la fecha.

Situación actual:

En las cifras de 2008 todavía ingresaron en España 33.786 pacientes afectados de hernias inguinales o crurales, que generaron 65.956 estancias, ocasionando un gasto estimado de casi 18 millones de euros. La ambulatorización completa no evita todos los gastos asociados al proceso, pero sí que disminuye todos los asociados a la hostelería y libera recursos hospitalarios para otros pacientes que puedan necesitarlos. Según fuentes del Ministerio, la tasa de ambulatorización ($\text{Número de intervenciones sin ingreso} \times 100 / \text{número total de intervenciones}$) es de un 42,11%, por lo que nos queda un arduo camino por recorrer.

La tasa nacional oscila en torno al 40% de ambulatorización de procesos. En una utopía ficticia la ambulatorización de las hernias inguinales debería de rozar el 80%.

Los motivos por los que no se acercan a estas cifras han sido estudiados y analizados.

Criterios de inclusión: no difieren de otros procesos. Este tipo de patología se presta a la ambulatorización ya que se adapta como ninguna a estos criterios, que serían:

1. Criterios quirúrgicos:
 - a. Intervenciones que no requieran una preparación preoperatoria compleja.
 - b. Procesos sin gran pérdida de volumen anatómico o hemático (<500 ml).
 - c. Cuidados postoperatorios sencillos y poco riesgo de complicaciones.
 - d. No requerimiento de tratamiento parenteral posterior.
 - e. Dolor postoperatorio controlable con analgésicos orales.
2. Criterios anestésicos:
 - a. Pacientes ASA I, II y III estable. Podrían considerarse los ASA IV para intervenciones con anestesia local.
 - b. Duración de la intervención inferior a 90 minutos con anestesia general.
3. Características del propio paciente.
 - a. Participación voluntaria y consentimiento informado del paciente o responsables para la intervención como cirugía ambulatoria.
 - b. Paciente cooperador y capaz de entender las órdenes, tanto orales como escritas.
 - c. Entorno social:
 - i. Soporte social o familiar adecuados: posibilidad de disponer de la atención de un adulto responsable durante el traslado al domicilio y durante las primeras 24 horas del postoperatorio.
 - ii. Disponibilidad de transporte.
 - iii. Tiempo de acceso a su centro de referencia desde el domicilio inferior a una hora.
 - iv. Domicilio apropiado a las necesidades del paciente, disponibilidad de teléfono y requisitos elementales de habitabilidad, confort e higiene.

Los criterios de inclusión no difieren de otros procesos realizados en CMA

Criterios de exclusión: tampoco son diferentes de otros procesos:

1. Absolutos:
 - a. Paciente ASA III inestable o ASA IV con anestesia general o loco-regional.

- b. Obesidad con IMC>35 y complicaciones respiratorias o cardiovasculares.
 - c. Cardiopatía isquémica grado IV.
 - d. Antecedente de infarto agudo de miocardio en los seis meses anteriores.
 - e. Insuficiencia cardíaca congestiva grados III y IV.
 - f. Apnea del sueño con anestesia general y opiáceos postoperatorios.
2. Relativos:
- a. Diabetes mellitus con mal control metabólico.
 - b. EPOC severo (procesos con anestesia general).
 - c. Procesos psiquiátricos, drogadicción o alcoholismo severos.
 - d. Antecedentes de complicación anestésica.
 - e. Utilización de oxígeno domiciliario.
 - f. Tratamiento con anticoagulantes, IMAOs , corticoides o inmunosupresores.
 - g. Embarazo.
 - h. Antecedente de hipertermia maligna.
 - i. Epilepsia.
 - j. Edad superior a 85 años.

Los criterios de exclusión no difieren de otros procesos realizados en CMA

Actualmente nos encontramos con un gran desarrollo de la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal. A pesar de ello la ambulatorización de estos pacientes intervenidos por laparoscopia se está viendo frenada por los criterios de exclusión comentados y también por criterios subjetivos que no atienden a valoraciones clínicas o propias de las unidades de CMA. Esto nos hace pensar en la importancia de la formación en CMA que debe ser impartida desde pregrado, ya que se eliminan obstáculos para poder aplicar este sistema de trabajo no solo en la patología herniaria, sino en la gran cartera de servicio de los hospitales que se benefician de la ambulatorización de los procedimientos.

Normas de alta: el alta debe ser resultado del acuerdo de los servicios de Cirugía y de Anestesia, basándose en los protocolos al respecto de la Unidad de CMA. Los cirujanos valorarán que durante la cirugía no han surgido complicaciones que hagan inviable el alta (sangrado excesivo, dificultad técnica...) y el servicio de anestesia que no han surgido complicaciones específicas durante o tras la anestesia (hipotensión, dolor torácico, retraso en el despertar...). Estas situaciones deberán determinar inmediatamente la necesidad de ingreso hospitalario, con lo que deberemos gestionar una cama para el paciente. En condiciones normales, cuando el procedimiento discurre de forma estándar, sin complicaciones, el cumplimiento de los criterios de alta

debe ser valorado por el personal de enfermería, perfectamente capacitado para esa función.

Al paciente se le entregará la siguiente documentación:

1. Informe de alta médica y de enfermería.
2. Documento específico sobre instrucciones postoperatorias.
3. Teléfono de contacto durante las 24 horas al día.
4. Fecha, hora y lugar de la primera cura o visita.
5. Receta electrónica de los fármacos prescritos.

El control domiciliario, como garantía de continuidad asistencial, puede realizarse mediante consulta telefónica al día siguiente, por parte del personal de la Unidad de CMA. Tiene el cometido de reforzar la información facilitada, conocer la efectividad de la medicación pautaada y la presencia de posibles complicaciones. En nuestro centro se realizó durante la puesta en marcha de la unidad, suspendiéndose al constatar que ese control era innecesario y añadía más trabajo, pero no más seguridad al proceso.

Los criterios de alta deben estar definidos en cada Unidad de CMA.

Criterios de alta domiciliaria:

Constantes hemodinámicas estables durante la última hora.

Ausencia de signos de depresión respiratoria.

Orientación témporo-espacial.

Capacidad para vestirse y deambular con ayuda relativa, sin signos de ortostatismo.

Ausencia de dolor o dolor moderado controlable con analgésicos orales.

Ausencia de sangrado de la herida quirúrgica.

Ausencia de náuseas y vómitos. Buena tolerancia a la ingesta oral.

Micción espontánea.

Presencia de acompañante responsable y medio de transporte adecuado.

Conclusiones

La CMA de la hernia inguinal es una realidad, ya sea mediante procedimientos abiertos o láparo-endoscópicos. La tasa de ambulatorización actual ronda el 40% aproximadamente, pero el objetivo es que llegue en torno al 80% en un periodo de 5-10 años. La formación en CMA es básica para el avance y la optimización de los recursos. El sistema de gestión CMA ha demostrado coste-eficiencia en todos los procedimientos actuales y la hernia inguinal es el fiel reflejo de patología estrella de las unidades de CMA y de la innovación en procedimientos aplicando nuevas técnicas (TEP/TAPP) y nuevos dispositivos (mallas, pegamentos, etc.). Finalmente hay que destacar que el equipo humano debe estar concienciado con este proceso y fomentarlo, lo cual es clave de su éxito.

INDICADORES DE CALIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Dr. José M.^a Capitán Vallvey. Especialista en Cirugía General y Digestivo. Secretario de ASECMA

La preocupación por la calidad asistencial en los Servicios de Cirugía ha sido progresiva a lo largo del siglo XX y, en la actualidad es una parcela obligada en la gestión de la actividad quirúrgica hasta el punto de forjarse el concepto y el desarrollo de la propia gestión de la calidad.

Aunque existen antecedentes en lo concerniente a la calidad asistencial (Nightingale, 1859; Grooves, 1908; Wetherill, 1915), no es hasta los estudios de Ernest Avery Coodman (1869-1940), cirujano del Hospital General de Massachusetts, cuando se desarrolla el concepto de estandarización de la asistencia hospitalaria, según aspectos como la estructura, la organización de personal, los sistemas de trabajo, la documentación clínica y los equipos. Su primer programa de estandarización de la asistencia hospitalaria marcará un hito en la calidad asistencial y fue el germen de los programas de acreditación hospitalarios.

Iniciando sobre la calidad de los registros hospitalarios, y siguiendo la evolución de cada uno de sus pacientes, Codman desarrolló el concepto del resultado final de las intervenciones y la importancia de la identificación de los errores de diagnóstico y tratamiento, como determinantes de dicho resultado final.

Los postulados de Codman darán lugar, en 1951, a la constitución de la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (y más tarde a la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* y a la *Joint Commission International*), tras la alianza entre el *American College of Surgeons*, el *American College of Physicians*, la *American Medical Association*, la *Canadian Medical Association* y la *American Hospital Association*.

A lo largo del siglo XX la preocupación por la calidad asistencial hospitalaria, y en concreto por la calidad de la asistencia quirúrgica, ha propiciado el desarrollo de indicadores por parte de gobiernos, asociaciones profesionales e instituciones.

La Cirugía Mayor Ambulatoria se ha consolidado en los sistemas sanitarios como un modelo de gestión que aporta múltiples ventajas, tanto para el paciente como para la organización sanitaria. Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria desarrollan un gran volumen de procedimientos quirúrgicos cada vez más complejos y con menos limitaciones en pacientes más complejos, y como en toda actividad asistencial es trascendental saber cómo se hace y qué resultados proporciona. Para ello se establecen los indicadores de calidad.

La calidad asistencial se puede y se debe medir, y para ello se han identificado múltiples indicadores. Su monitorización nos permite medir lo que estamos haciendo y analizar las posibles desviaciones respecto al objetivo que nos hemos propuesto. Por tanto, un indicador es una medida cuantitativa cuyo análisis periódico nos permite conocer la calidad de aquello que mide.

Todo indicador debe ser concreto, preciso, válido, específico, accesible y resistente a la manipulación.

En las últimas décadas en nuestro país son diversos los estudios que aportan experiencias concretas de Unidades de CMA, pero no permiten definir los estándares a nivel nacional (Giner, 199; Rivas, 2001, 2004; Jiménez, 2002, 2004; Moral, 2006; Linares, 2005; Porrero, 2007; Mateo, 2007; Cabadas, 2015; Moreno, 2015; Palos, 2017; Docobo, 2008, 2013, 2018, 2022; García, 2020; Muñoz, 2024).

La *International Association of Ambulatory Surgery*, tras el proyecto europeo *Day Surgery Data Project* -financiado por la Comisión Europea-, asume que uno de sus principales objetivos ha sido establecer los indicadores de calidad universales para Cirugía Ambulatoria y recomienda el siguiente panel de indicadores básicos de calidad:

- Tiempo medio de lista de espera para cada proceso.
- Porcentaje de pacientes con estudio preoperatorio.
- Índices de Ambulatorización y de Sustitución.
- Tasa de complicaciones a los 30 días tras el procedimiento.
- Porcentaje de pernoctas no planificadas.
- Porcentaje de ingresos no planificados en los 7 días tras el procedimiento.
- Porcentaje de pacientes con error en la identificación, en el lado quirúrgico o en el procedimiento.
- Porcentaje de infección del sitio quirúrgico.
- Porcentaje de pacientes satisfechos con el proceso.
- Porcentaje de no comparecencias en la Unidad.
- Porcentaje de suspensiones tras el ingreso en la Unidad.

Con criterios similares, recientemente la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) recomienda a la Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria establecer sus propios indicadores en función de sus características estructurales, organizativas y funcionales.

ASECMA contempla como indicadores esenciales aquellos que miden la eficiencia del sistema, la calidad científico-técnica y la calidad percibida. Entre ellos se deben destacar:

- Índice de Ambulatorización (% intervenciones realizadas en CMA).
- Índice de Sustitución (% intervenciones potencialmente ambulatorizables del total).
- Índice de cancelaciones (% que no acuden a la Unidad el día previsto).
- Índice de Suspensiones (% no intervenidos por algún motivo).

- Índice de Reintervenciones en el mismo día.
- Índice de pernocta no planificada (Indicador clave. % no dados de alta en el día).
- Índice de Visitas urgentes (72 horas tras el alta).
- Índice de Reingresos (72 horas tras el alta).
- Índice de Satisfacción (encuesta de satisfacción).
- N° de quejas y reclamaciones (N° y motivo de queja y/o reclamación).
- Puntuación neta del promotor (Recomendación a familiar o amigo del sistema CMA).

También ASECMa recomienda, en Unidades más experimentadas, emplear otros indicadores avanzados, tales como el Índice de ocupación de quirófano y de complejidad quirúrgica, lista de espera y demoras de intervención, dolor postoperatorio, Índice de infecciones y complicaciones, índice de mortalidad, horas de estancia postoperatoria y gestión económica.

En cualquier caso, siempre se debe tener en cuenta que la importancia de cualquier indicador radica en su empleo para instaurar acciones de mejora.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA “PRESENTACION – INTRODUCCION”

Docobo Durántez F., Mena Robles J., Cordero Lorenzo J.M., Sánchez Gómez S., Montero de Espinosa Escoriaza I.

La cirugía mayor ambulatoria (C.M.A.) una nueva frontera quirúrgica para el siglo XXI. Memorias Académicas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. pp 47-60. 2001

J. Rivera; M. Giner; M. Suñer.

Cirugía ambulatoria. Estudio piloto. Cir.Esp. 1988;44:865

E. Sierra; J Colomer; F. Pi-Sigues

La cirugía mayor ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital: organización, funcionamiento y experiencia. Cir.Esp.1992, (52):255-260

Hidalgo L.

Cirugía Mayor Ambulatoria en España. ¿Dónde estamos? Editorial. CIR MAY AMB. 2021. Vol. 26, N.º 4 www.asecma.org

Docobo Durántez F

Análisis comparativo de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España y el resto del mundo.

En: JL Porrero, B Porrero. Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia en la asistencia sanitaria. ISBN: 978-84-944403-0-4. Madrid, Edita Win2win worldwide. 2015. P.42-55.

Porrero Carro JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro país. Cir Esp. 2000; 68:1-2

Docobo Durántez F.

Formación de Cirugía Mayor Ambulatoria en el postgrado. Cir. May Amb. 2009; 14 (supl.1): 33-38

Duran A., Docobo F., Mena J., Cárave A., Vázquez J., Duran I.

Levels of satisfaction and perceived quality in a day surgery unit of a tertiary referral hospital. Rev Esp.Enfer.Dig 2003; 95 (12): 851-862

Morales-García D., Zaballos García M., Cajigas Lanza J.C., Docobo Durántez F., Hidalgo Grau L.A.

Proyecto DUCMA 2.0. Puesta al día sobre la situación actual de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria en España.Cir Esp.2024; 102(3): 142-149

BIBLIOGRAFIA “CIRUGÍA DEL TIROIDES SIN INGRESO. ¿ES SEGURA?”

Mowschenson P.M., Hodin R.A.. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: a prospective study of feasibility, safety and costs. Surgery 1995; 118: 1051-4.

Morales-García D., Fernández Serrano J.L., Soler Humanes R., Ocaña Wilhelmi L.T. Ambulatory surgery in thyroid and parathyroid surgery. Cir Andal 2023; 34: 127-134.
<https://doi.org/10.37351/2023342.6>

D. Morales. Cirugía Endocrina en Cirugía Mayor Ambulatoria.

En: JL Porrero, B Porrero. Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia en la asistencia sanitaria. ISBN: 978-84-944403-0-4. Madrid, Edita Win2win worldwide. 2015. P.387-400.

Reinhart HA, Snyder SK, Stafford SV, Wagner VE, Graham CW, Bortz MD, et al. Same day discharge after thyroidectomy is safe and effective. Surgery. 2018;164:887-94. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.06.019>

Terris DJ, Snyder S, Carneiro-Pla D, Inabnet WB 3rd, Kandil E, Orloff L, et al. American Thyroid Association Surgical Affairs Committee Writing Task Force. American Thyroid Association statement on outpatient thyroidectomy. Thyroid.2013 Oct;23(10):1193-202.<https://doi.org/10.1089/thy.2013.0049>

Noel CW, Griffiths R, Siu J, Forner D, Urbach D, Freeman J, et al. A Population Based Analysis of Outpatient Thyroidectomy: Safe and Under-Utilized. *Laryngoscope*. 2021 Nov; 131(11):2625-2633. doi: 10.1002/lary.29816.

Joaquín Gómez. Cirugía Endocrina 3. edición. Guía Clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Aran ed, Madrid 2020.

D Morales, F Docobo, JM Suarez. Cirugía Mayor Ambulatoria. En: P Parilla, E Garcia-Granero, E Martin, S Morales, S Navarro, EM Targarona. Cirugía AEC, 3ª edición. ISBN: 978-84-9110-104-8. Editado por Panamericana, S.A., Madrid 2022, P 1291-1307.

Cohen DD, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA* 1966; 26: 1114-16.

BIBLIOGRAFIA “ESTADO ACTUAL DE PATOLOGIA HERNIARIA EN CMA”

Liu J, Zhang H, Qiao X, Wu M, Wang H, Ran K, Luo H, Chen Y, Sun J, Tang B

The feasibility and safety of laparoscopic inguinal repair as a 24-h day surgery for patients aged 80-years and older: a retrospective cohort study *Hernia*. 2023 Dec; 27 (6): 1533-1541. doi: 10.1007/s 10029-023-02912-x. Epub 2023. Oct 29. PMID: 37899874

Guillaumes S, Hidalgo MJ, Bachero I, Juvany M,

Outpatient hernia repair in Spain, 2023 Jan; 75 (1); 65-75 a population-based study of 1,163,039 patients-clinical and socioeconomic factors associated with the day of surgery. *Updates Surg*. 2023 Jan; 75 (1): 65-75. doi: 10.1007/s13304-022-01407-1. Epub 2022 Oct 26. PMID: 36287386; PMCID: PMC9834115

BIBLIOGRAFÍA “INDICADORES DE CALIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA”

Day Surgery Data Project. International Association for Ambulatory Surgery.
<https://theiaas.net/day-surgery-data-project1>

Indicadores de calidad. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. (<https://www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA%20PROPUESTA%20INDICADORES%20CALIDAD.pdf>)

Capitán del Río I, Capitán Vallvey JM.

Seguridad del paciente e indicadores de calidad en CMA. *Cir Andal*. 2022;33(4):451-461. DOI: 10.37351/2021334.10

MESA REDONDA

“MENOPAUSIA: CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS VASOMOTORES. NUEVOS TRATAMIENTOS”

Tuvo lugar esta mesa redonda el día 10 de octubre teniendo como ponentes al Prof. Dr. Santiago Durán García, académico de número de Endocrinología y Nutrición de la RAMSE y al Prof. Dr. Antonio Cano Sánchez, catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valencia, y director del Grupo de Investigación en Salud de la Mujer. INCLIVA.



Dr. Durán, Dr. Infantes y Dr. Cano

“FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES EN LA MENOPAUSIA”

Prof. Dr. Santiago Durán García

Introducción: recordando en primer lugar al maestro y la sesión celebrada en nuestra sede con motivo del centenario de la publicación de la Edad crítica (2019).



Emoción y fenómenos vasomotores. Relación directa entre trastornos emocionales y frecuencia e intensidad de los sofocos.

Tratamiento de los fenómenos vasomotores: opoterapia, belladona. Los sofocos típicos del climaterio exigen como tratamiento en primer lugar la “opoterapia ovárica total”. Ocurre muchas veces que la medicación es empleada a dosis insuficientes. Pequeñas dosis de extractos suprarrenal y tiroideo contribuyen a encauzar el equilibrio vasomotor que origina los sofocos. Especialmente útil la fórmula de Pende: extracto ovárico 25-50 mg, tiroideo 10 mg, suprarrenal 50 mg. (Burroughs Wellcome). En todos los casos es utilísima la belladona. Se trata de uno de los grandes recursos terapéuticos de los accidentes vasomotores del climaterio. Suprimir todo tipo de bebidas alcohólicas.

G. Marañón: “La edad crítica” Madrid, 1919 “Climaterio de la mujer y del hombre” Madrid, 1937

REVISIÓN HISTÓRICA DE LOS TRATAMIENTOS EMPLEADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES

El principal uso de la foliculina es el tratamiento del síndrome menopáusico. Al inicio del tratamiento las dosis se administran 2-3 veces por semana, 20.000 R.U./semana en los casos más severos, 12.000 R.U./semana en casos moderados y 4.000 R.U./semana en los más livianos. El tratamiento

debe durar los meses necesarios para que los síntomas se controlen y puede reducirse paulatinamente según el confort de la paciente. Transcurrido periodo transicional, puede ser posible suspender los estrógenos. (Sex Endocrinology. Schering Corporation. Medical Research Division. Bloomfield, N.J. 1944. Capítulo siete: Terapia con hormona estrogénica; p. 41-43)

“Las sofocaciones consisten en enrojecimiento de la piel, de calor y notable aumento de la sudación. Se desconoce la causa de estas sofocaciones. No parece que sean debidas a un aumento de las Gonadotrofinas. Junto a las sofocaciones pueden aparecer serios trastornos emocionales”. “Administración cíclica de estrógenos por vía oral. Pueden utilizarse estrógenos conjugados o dietilestilbestrol. En general los estrógenos conjugados tienden a dar una respuesta más satisfactoria, una sensación de euforia, además de producir menos náuseas. La dosis administrada no deber ser elevada, en general. 0.5 mg/diarios de dietilestilbestrol o 0.625 mg de estrógenos equinos conjugados en tandas de 20 días, suele ser suficiente para regular las sofocaciones. Algunas pacientes necesitan sólo pequeñas cantidades de estrógenos durante pocos meses, mientras que otras tal vez requieran un tratamiento de varios años.” (Robert H. Williams. Tratado de Endocrinología. Tercera edición. 1969. Charles W. Lloyd. The Memorial Hospital. Worcester, Massachusetts. Ovarios. Capítulo 7. p. 518-519)

Los sofocos y otros síntomas vasomotores suelen desaparecer en uno o dos años sin necesitar tratamiento alguno. Si aparecen solamente una o dos veces al día no es necesario tratarlos. Si son muy frecuentes y de mayor intensidad pueden utilizarse dosis bajas de estrógenos administrados de forma cíclica. Etinil-estradiol 0.01 a 0.05 mg vía oral durante 3 semanas al mes o clortiansinoseno (TACE) 24 o 48 mg diarios durante 30 días. Las dosis deben ser bajas para evitar el sangrado endometrial que debería ser investigado para descartar patología uterina. (Fundamentals of Clinical Endocrinology. Segunda Edición. Capítulo 7. Ovarios: The Menopause p. 190, Pitman Medical, 1974).

Los sofocos suelen presentarse en intervalos irregulares más o menos cada 20 minutos y pueden durar 3-4 minutos. Afectan a la cara, el cuello y el tercio superior del tronco. Se acompañan de sudación. 80% de las mujeres que padecen sofocos les duran más de 1 año, y del 25 al 50 % pueden presentarlos durante 5 años. Los síntomas son reales: cambia la temperatura de la piel, su resistencia y la frecuencia cardíaca se altera durante el tiempo que duran los síntomas cutáneos. Durante la noche provocan despertares que contribuyen al insomnio pudiendo afectar funciones cognitivas (memoria) y afectivas (ansiedad).

Serían debidos a una alteración en la función termorreguladora del hipotálamo debido a su hiperactividad secundaria a la pérdida del efecto inhibidor de los estrógenos. La utilización de parches de estrógenos 0.05 mg 2 veces en semana reduce en un 40% la aparición de sofocos diurnos y noc-

turnos. 0.625 mg de estrógenos equinos conjugados administrados via oral diariamente consiguen resultados similares. Ocasionalmente pueden ser necesarios 0.4 mg de estradiol transdérmico o 5 mg de estrógenos conjugados. Si no pueden administrarse estrógenos, dosis de 20 a 40 mg de Acetato de medroxi-progesterona o 40-80 mg de acetato de megestrol pueden aliviar estos síntomas. (Current Therapy in Endocrinology and Metabolism. Bardin. Sexta edición. Menopausia: p. 629. Mosby, 1997)

“En los temas de salud que afectan a las mujeres todavía hay muchas cuestiones pendientes de mejora. Por ejemplo, demasiadas situaciones se han aceptado como normales, como las menstruaciones abundantes, dolorosas e irregulares, la incontinencia, el malestar en la menopausia, y un largo etcétera. Son situaciones que nos gustaría descubrir cómo se podrían resolver”, ha explicado Begoña Gómez-Taboada, directora médica de Organon para España y Portugal. BOLTIN 2,5 mg comprimidos. Cada comprimido contiene: 2,5 mg de tibolona. DUAVIVE (Bazedoxifeno 20 mg + 0.45 mg de estrógenos conjugados) está indicado para el tratamiento de los síntomas de la deficiencia de estrógenos en mujeres postmenopáusicas con útero (con ausencia de menstruación durante al menos 12 meses) para las que no resulte apropiado una terapia con progestágenos. La experiencia con el tratamiento en mujeres de más de 65 años es limitada.

CONTRAINDICACIONES DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

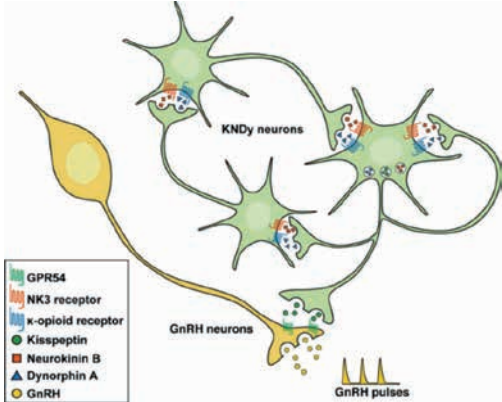
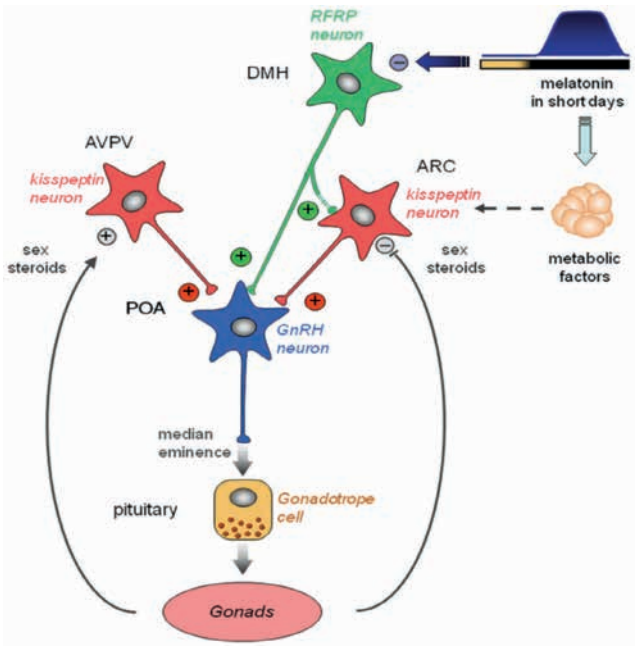
- Embarazo y lactancia.
- Cáncer de mama, antecedentes personales o sospecha del mismo. En un ensayo clínico controlado con placebo se ha observado que la tibolona incrementa el riesgo de recurrencia de cáncer de mama.
- Tumores estrógeno-dependientes malignos o sospecha de los mismos, como cáncer de endometrio.
- Sangrado vaginal sin diagnosticar.
- Trombosis venosa profunda activa, trastornos tromboembólicos, o antecedentes familiares.
- Hiperplasia de endometrio no tratada
- Alteración trombofílica conocida
- Cualquier antecedente de enfermedad tromboembólica arterial (p.ej. angina, infarto de miocardio, accidente vascular cerebral o ataque isquémico transitorio)
- Enfermedad hepática aguda o antecedentes de enfermedad hepática mientras las pruebas de función hepática sigan alteradas. Pacientes con esteatosis o esteatohepatitis no alcohólica.
- Porfiria.

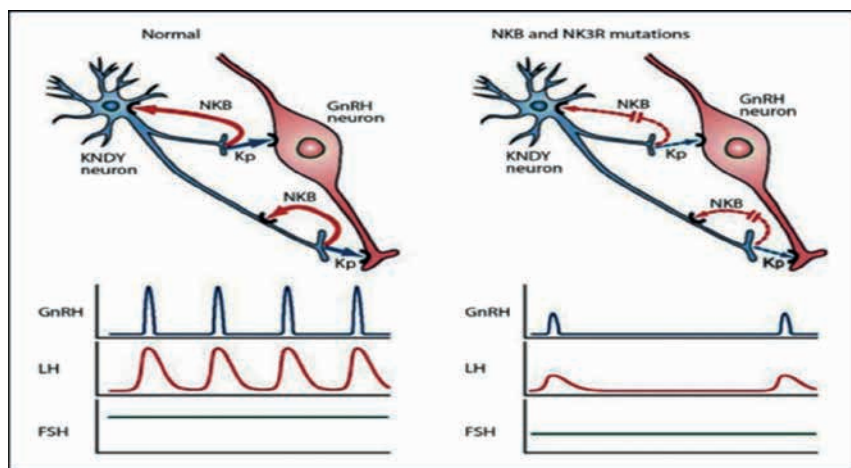
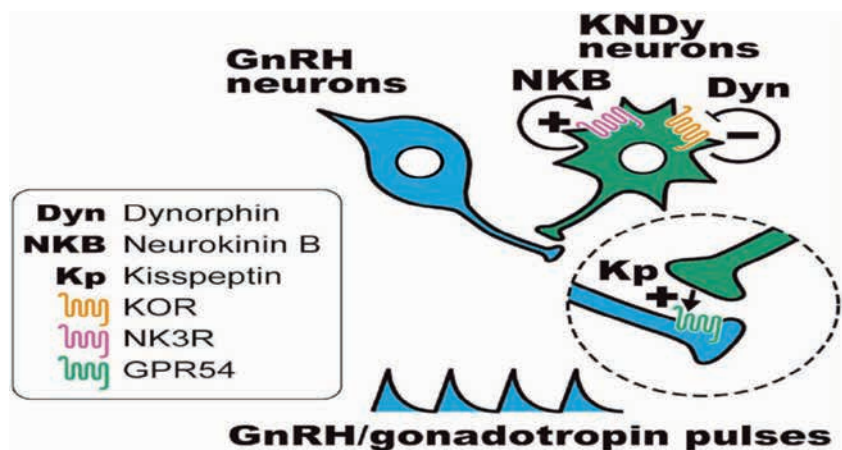
NEURONAS KNDy: PRODUCTORAS DE KISSPEPTINAS

Neurokinin B (NKB) pertenece a la familia de péptidos tachiquinin. Neurokinin B está implicada en diversas funciones y mecanismos de control, especialmente en la secreción de la hormona hipotalámica secretora de gonadotrofinas (GnRH).

Las dinorfinas (del griego dynamis poder, potencia) son un subtipo de péptidos opiáceos derivados de la pro-dinorfina que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central.

Las kisspeptinas actúan como moléculas clave que controlan la reproducción en mamíferos. Lo hacen mediante el control de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en el hipotálamo.





Los antagonistas de los receptores NK-3 disminuyen la frecuencia de disparo de las neuronas KNDy, disminuyendo así la frecuencia y la gravedad del SVM. Los estudios de prueba de concepto con antagonistas del receptor NK-3 han proporcionado evidencia directa de que el bloqueo del receptor NK-3 puede reducir rápidamente tanto el número como la gravedad del SVM (Fraser, 2020; Praga, 2018; Skorupskaite, 2018). Con el antagonista de los receptores NK-1 han demostrado eficacia en la mejora de los trastornos del estado de ánimo y el insomnio primario (Kramer, 1998; Kramer, 2004; Ratti 2011; Ratti 2013).

Fezolinetant (Astellas Pharma) antagonista selectivo NK-3R ya comercializado en Europa.

Elinzanetant (Bayer) actúa antagonizando selectivamente tanto a NK-3R como a NK-1R para bloquear la señalización de NKB y SP, respectivamente, normalizando así la actividad de las neuronas KNDy (Modi, 2019). Elinzanetant, antagonista selectivo del receptor de neuroquinina 1-3, indicado para el tratamiento de síntomas vasomotores (SVM) moderados a severos en mujeres que no

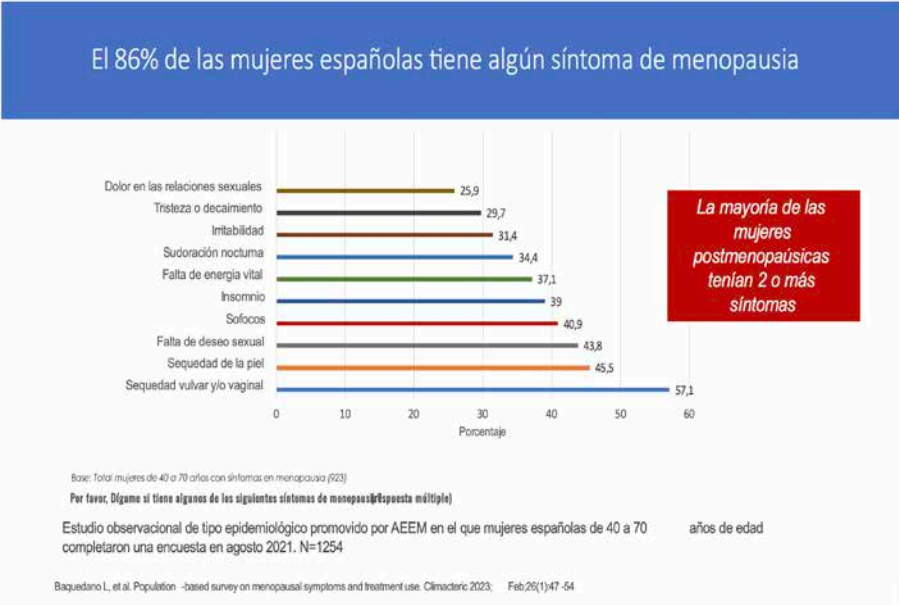
son candidatas para terapia hormonal (HT) y en mujeres con SVM por bloqueo hormonal en el tratamiento del cáncer con receptores de estrógenos y/o progestágenos positivos. Los antagonistas del receptor de Neurokinina-1 son fármacos con capacidad ansiolítica, antidepresiva y antiemética. Estos fármacos se unen de forma competitiva al receptor NK-1, bloqueándolo e impidiendo la unión de la sustancia P, con lo cual evitan la señal emética.

Además los receptores de Neurokinina se expresan en las células relacionadas con la respuesta inmunitaria y tienen trascendencia clínica en la aparición de enfermedades autoinmunes. (“Antiemetic Neurokinin-1 Receptor Blockers” M. A. Ibrahim; M. V. Pellegrini; C. V. Preuss. StatPearls [Internet]. National Library of Medicine. Last Update: January 11, 2024. “Neurokinin receptors and their implications in various autoimmune diseases” Curr Res Immunol. 2021; 2: 66–78. Published online 2021 Jul 1. doi: 10.1016/j.crimmu. 2021.06.001).

“PERCEPCIONES DE PACIENTES Y CLÍNICOS DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES: RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE NEUROQUININA-3”

Prof. Dr. Antonio Cano Sánchez

Doctorado en la Universidad de Bolonia, Becario post-doc Imperial Cancer Research Foundation en Londres. Secretario de la International Society Gynecological Endocrinology. Presidente de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia (2019-2021). Co-Chairman Council of Affiliated Menopause Societies en la International Menopause Society (IMS).



Perfil del clínico Perfil de pacientes vistas en 97 consultorios de Europa y N América	
Mujeres con síntomas vasomotores	
Perfil	n(%)
• Elegibles y no rechazan MHT	534 (29.6)
• Elegibles pero rechazan MHT	1033 (57.3)
• MHT contraindicated	214 (11.9)
• Precaución antes de prescribir MHT	887 (49.2)
• Interrumpieron MHT	149 (8.3)

(Liederman et al. Lancet 2023)

HMT: Terapia hormonal sustitutiva. Su aplicación en vida real para el tratamiento de los síntomas vasomotores.

ANTAGONISTAS SELECTIVOS DEL RECEPTOR DE NEUROKININA

Simon JA, Anderson RA, Ballantyne E, Bolognese J, Caetano C, Joffe H, Kerr M, Panay N, Seitz C, Seymore S, Trower M, Zuurman L, Pawsey S. “Efficacy and safety of elinzanetant, a selective neurokinin-1,3 receptor antagonist for vasomotor symptoms: a dose-finding clinical trial (SWITCH-1)” Menopause. 2023 Mar 1;30(3):239-246.

El estudio de fase II SWITCH-1 fue un estudio de fase IIb, que investigó la eficacia y la seguridad de cuatro dosis diferentes de Elinzanetant en comparación con placebo en pacientes con síntomas vasomotores y demostró que Elinzanetant 120 mg una dosis diaria, es una opción de tratamiento no hormonal efectiva y bien tolerada para mujeres posmenopáusicas con sofocos y trastornos del sueño asociados, y también mejora la calidad de vida en mujeres con sofocos.

Pinkerton JV, Simon J, Panay N, Seitz C, Parke S, Caetano C, Mellinger U, Haseli Mashhadi N, Haberland C, Atanackovic G, Holz C, Mao G, Morrison M, Nisius S, Schaefers M, Zuurman L.

“Design of OASIS 1 and 2: phase 3 clinical trials assessing the efficacy and safety of elinzanetant for the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause”. Menopause. 2024 Apr 3. doi: 10.1097/GME.0000000000002350. Epub ahead of print. PMID: 38564691.

Mujeres posmenopáusicas con SVM moderados/severos se asignan aleatoriamente para recibir 120 mg de elinzanetant o placebo una vez al día durante 12 semanas, seguidas de una extensión de tratamiento activo de 14 semanas. El objetivo principal es el cambio medio en la frecuencia y severidad de los SVM moderados/severos desde el inicio hasta las semanas 4 y 12. Los objetivos secundarios evaluarán el inicio de la acción y los efectos en el trastorno del sueño y la calidad de vida relacionada con la menopausia.

Las mujeres confirmaron la relevancia de los objetivos primarios y secundarios que evalúan el impacto de SVM, trastornos del sueño y cambios de ánimo, y la necesidad de nuevos tratamientos no hormonales. Los estudios pivótales de fase 3 OASIS 1 y 2 permitirán la evaluación de la eficacia y seguridad de Elinzanetant como tratamiento para los SVM, junto con su efecto en los trastornos del sueño, síntomas depresivos y calidad de vida relacionada con la menopausia. Conclusiones de OASIS 1 y 2: Elinzanetant (120 mg vs placebo) redujo la frecuencia y severidad de SVM y mejoró las alteraciones del sueño y la calidad de vida relacionada con la menopausia.

A continuación, los resultados de los ensayos clínicos con FEZOLINETANT

CRITERIOS DE SELECCIÓN ESTUDIOS SKYLIGHT 1 Y 2

Criterios de inclusión^{*1,2}

- Personas nacidas mujeres, entre 40 y 65 años
- Buscan tratamiento para el alivio del SVM asociado a la menopausia
- Menopausia confirmada
- Media mínima de 7-8 episodios de SVM de moderados a graves al día, o 50 -60 a la semana
- IMC ≥ 18 kg/m² y ≤ 38 kg/m²

Criterios de exclusión^{*1,2}

- Antecedentes de sangrado uterino no diagnosticado en los últimos 6 meses
- Haber recibido inhibidores potentes o moderados del CYP450 1A2, terapia hormonal sustitutiva, anticonceptivos hormonales o cualquier tratamiento para el SVM (con receta, sin receta o a base de plantas).
- Enfermedad crónica o neoplasia maligna que pudiera afectar a la interpretación del estudio

*Lista no completa, para mayor información ver criterios de selección en la publicación correspondiente.
La dosis de 30mg de Fezolinetant se ha estudiado en los ensayos clínicos, pero no es una dosis autorizada ni en Europa ni en EE.UU.
SVM, índice de vasomotor; CYP450, citocromo P450; SVM, síntomas vasomotores.

1. Lederman J, et al. Lancet. 2023;402(10322):2795. 2. Johnson KA, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2023; 2023;136(9):2088-2097.

En SKYLIGHT 1 (Lederman et al. 2023), el cambio porcentual medio para la frecuencia de los SVM fue de -51% en la semana 4 y -61% en la semana 12 para la dosis de 45 mg. Las tasas de mejoría para la gravedad de los SVM fueron similares. Se obtuvo un patrón de resultados similares en SKYLIGHT 2 (Johnson et al., 2023). El 69 % de las mujeres del grupo FEZOLINETANT 45 MG consideraron que sus SVM habían mejorado mucho o moderadamente en la semana 12 del tratamiento.

OTROS PROs UTILIZADOS EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS SKYLIGHT¹⁻⁴

Sueño

PROMIS SD SF 8b
PROMIS SRI SF 8a
PGI-C SD
PGI-S SD

Cambio percibido en los SVM

PGI-C SVM

Calidad de vida

MENQOL

Trabajo Actividades sociales

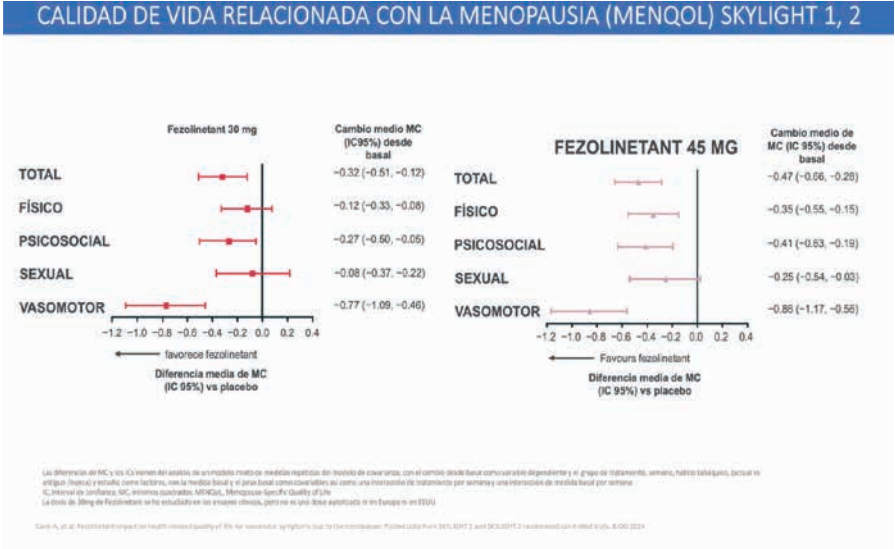
WPAI-SVM

MENQOL: calidad de vida durante la menopausia; PGI-C SD: impresión global de cambio en las alteraciones del sueño según el paciente; PGI-C SVM: impresión global del cambio en los síntomas vasomotores según el paciente; PGI-S SD: impresión global de gravedad de las alteraciones del sueño según el paciente; PRO: patient-reported outcome, variable referida por el paciente; PROMIS SD SF 8b: cuestionario abreviado 8b de alteraciones del sueño del sistema de información de medición de variables referidas por los pacientes; PROMIS SD SF 8a: cuestionario abreviado 8a de deterioro relacionado con el sueño del sistema de información de medición de variables referidas por los pacientes; SVM: síntomas vasomotores; WPAI-SVM: cuestionario de alteración de la actividad y la productividad laboral (work productivity and activity impairment) específico de los síntomas vasomotores.

1. Lederman J, et al. Lancet. 2023;402(10322):2795. 1106. 2. Johnson KA, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2023; 2023;136(9):2088-2097. 3. Cano A, et al. JGIM 2024; 4. Shapiro M, et al. Menopause 2024

344

Mediante las pruebas citadas previamente, siempre comparado con placebo FEZOLINETNAT 45 mg da lugar a la semana 4 y a la semana 12 a una mejoría significativa *de la calidad de vida*. El efecto de Fezolinetant 45 mg en la calidad de vida relacionada con la menopausia tiene que ver, fundamentalmente con la disminución de los síntomas vasomotores. También mejoran los aspectos relacionados con actividad física, psicosocial y sexual, aunque en menor cuantía.



También mejoró la calidad del sueño (intervalos de confianza al 95 %: -3.3 a -1.3, $p < 0.001$ en semana 4 y -2.5 a -0.5, $p < 0.005$ en semana 12).

En relación con la evaluación de la seguridad, tolerabilidad y efecto de fezolinetant se llevó a cabo en estudio SKYLIGHT 4) (Neal-Perry et al., 2023). Un total de 1830 participantes fueron incluidas y seguidas durante 52 semanas con el propósito de evaluar la seguridad, la tolerabilidad y el efecto en el endometrio, siendo 599 las participantes evaluadas para este último objetivo. Los criterios de valoración primarios fueron los eventos adversos emergentes del tratamiento, el porcentaje de participantes con hiperplasia endometrial y el porcentaje de neoplasias malignas endometriales. Los criterios de valoración secundarios incluyeron el cambio en la densidad mineral ósea (DMO) y la puntuación ósea trabecular. Se evaluó la seguridad endometrial en 599 participantes. En el grupo de 45 mg de fezolinetant, 1 de 203 participantes presentó hiperplasia endometrial (0,5%; límite superior de IC unilateral del 95%: 2,3%); No hubo casos en el grupo de placebo (0/186) o fezolinetant 30 mg (0/210). Se presentó neoplasia maligna endometrial en 1 de 210 en el grupo de 30 mg de fezolinetant (0,5%; IC 95%: 2,2%) y no se registraron casos en los otros grupos. Se produjeron elevaciones de las enzimas hepáticas más de tres veces el límite superior de lo normal en 6 de 583

participantes con placebo, 8 de 590 con 30 mg de fezolinetant y 12 de 589 con 45 mg de fezolinetant; no se informaron casos de la ley de Hy (es decir, no hubo lesión hepática grave inducida por fármacos con alanina aminotransferasa o aspartato aminotransferasa más de tres veces el límite superior de la normalidad y bilirrubina total más de dos veces el límite superior de la normalidad, sin elevación de la fosfatasa alcalina y sin otra razón que explicara la combinación). Los cambios en la DMO y la puntuación ósea trabecular fueron similares en todos los grupos. Los resultados de SKYLIGHT confirman la seguridad y tolerabilidad de fezolinetant a las 52 semanas y respaldan su desarrollo continuo.

Fezolinetant se ha comercializado en todo el mundo con el nombre comercial de VEOZAH 45 mg, comprimidos. Por el momento puede prescribirse a través de la receta electrónica del paciente pero no es reembolsado por la Seguridad Social. Es un agravio para las mujeres que padecen esta patología con intensidad severa y es de esperar que en un futuro el fármaco pueda ser reembolsado por el sistema sanitario público.

Citas de los 3 estudios skylight (Skylight 1 es el trabajo de Lederman, Skylight 2 es el de Johnson y Skylight 4 es el de Neal-Perry:

Lederman S, Ottery FD, Cano A, Santoro N, Shapiro M, Stute P, Thurston RC, English M, Franklin C, Lee M, Neal-Perry G. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): a phase 3 randomised controlled study. *Lancet*. 2023 Apr 1;401(10382):1091-1102. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00085-5. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36924778.

Johnson KA, Martin N, Nappi RE, Neal-Perry G, Shapiro M, Stute P, Thurston RC, Wolfman W, English M, Franklin C, Lee M, Santoro N. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023 Jul 14;108(8):1981-1997. doi: 10.1210/clinem/dgad058. PMID: 36734148; PMCID: PMC10348473.

Neal-Perry G, Cano A, Lederman S, Nappi RE, Santoro N, Wolfman W, English M, Franklin C, Valluri U, Ottery FD. Safety of Fezolinetant for Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2023 Apr 1;141(4):737-747. doi: 10.1097/AOG.0000000000005114. Epub 2023 Mar 9. PMID: 36897180; PMCID: PMC10026946.

MESA REDONDA

“INCONGRUENCIA DE GÉNERO EN PEDIATRÍA: ASPECTOS EVOLUTIVOS, CLÍNICOS Y ÉTICOS”

El día 29 de octubre de 2024 se desarrolló la mesa redonda con el siguiente orden:

Presidencia: Ilmo. Dr. D. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello, vicepresidente de la RAMSE.

Introducción y moderación de la mesa: Dr. D. Manuel Sobrino Toro, académico correspondiente de la RAMSE. Profesor de Pediatría de la Universidad de Sevilla. Director del Departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología (US). Director de la Fundación Gota de Leche (Sevilla).



Ponentes:

- Dra. Dña. Isabel España Ríos, Psiquiatra infanto-adolescente y de adultos. Unidad de Salud Mental Infancia y Adolescencia, Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla): “Desarrollo de la identidad sexual y de género en la infancia y adolescencia”.
- Dra. Dña. Cristina Mora Palma, Pediatra endocrinóloga del Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla): “Tratamiento hormonal en niños y adolescentes con incongruencia de género”.
- Ilmo. Sr. Dr. Jaime Boceta Osuna, Académico de Número de la RAMSE, miembro del Comité de Ética de Andalucía. Prof. Del Departamento de Medicina y facultativo especialista del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla): “Análisis ético. Documento del Comité de Bioética de Andalucía”.

INTRODUCCIÓN

Dr. Manuel Sobrino Toro

Ilmo. Sr. vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. Blas Rodríguez de Quesada, Excmos. e Ilmos. académicos de número, correspondientes, compañeros y público que nos acompaña en este acto:

Quiero iniciar mi intervención expresando nuestro agradecimiento a la RAMSE por facilitarnos la organización y desarrollo de esta mesa redonda cuyo propósito es abordar un tema complejo y de actualidad pediátrico-social.

Debemos recordar, que la Pediatría Social desde sus tres vertientes prácticas y profesionales esenciales, tiene como ámbito de actuación y centra su atención en problemas de salud con consecuencias sociales, problemas sociales con efectos en la salud y también se interesa por la influencia que el entorno y la sociedad ejercen sobre niños, niñas y adolescentes.

La incongruencia de género expresa una discordancia entre el género asignado al nacer y el género con el que el niño, niña o adolescente se identifica, siendo un tema emergente en nuestra área de conocimiento. Observamos una realidad, de la que el público en general y la propia sociedad suelen tener una imagen muy mediatizada, producto de lo que medios de comunicación y redes sociales muestran. Noticias, informaciones, cargadas en muchos casos de sesgos, cuando no de falta de rigor y con componente ideológico, distorsionan el análisis de la cuestión. Sería faltar a la verdad el no reconocer que es un tema que suscita polémica y de manera especial cuando afecta a personas en edad pediátrica.

Pero este es un foro académico y entendemos que los objetivos han de centrarse en aspectos científicos y en aquello que afecta a la esfera profesional. Por ello, trataremos de favorecer un acercamiento con esa visión, facilitando un mejor y más preciso conocimiento del asunto.

Las sociedades científicas pediátricas empiezan a llamar la atención sobre este tema. Así, en el reciente Congreso de la Internacional Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP) celebrado en Atenas hace esca-

samente dos semanas y en el que hemos tenido la oportunidad de participar, este ha sido precisamente uno de los asuntos abordados con gran interés por la comunidad pediátrico-social europea.

El pediatra de atención primaria observa en estos últimos años un llamativo aumento en el número de consultas sobre esta cuestión y la preocupación que estas familias tienen sobre cómo enfocar la situación. Deben intervenir especialistas en endocrinología pediátrica, en salud mental-infanto juvenil, cirugía... y otros ni vinculados con lo sanitario, por ejemplo, del ámbito de lo legal (cambio de nombre en el registro civil...). Por todo ello, como ya hemos apuntado, estamos ante un tema complejo, evolutivo y que requiere un enfoque multidisciplinar.

Adicionalmente hemos de señalar que tal y como recoge la Convención de los Derechos del Niño y la legislación nacional y autonómica en materia de menores, ha de primar siempre “el interés superior del menor”. También en la incongruencia de género.

La mesa redonda que presentamos va a tratar algunos de los aspectos más relevantes y para ello contamos con tres médicos especialistas que nos pueden aportar su visión experta.

A los tres agradezco su interés y la dedicación mostrada, no solo aceptando preparar sus ponencias y sintetizar en un tiempo limitado, también al haber trabajado en equipo junto a quien les habla con varias reuniones preparatorias desde hace algunos meses. Añado al Prof. Antonio Millán, Prof. de Pediatría de nuestra Facultad de Medicina y académico correspondiente, que colaboró inicialmente en plantear la oportunidad del tema y el diseño de la mesa.

Tras las intervenciones esperamos se abra un debate que permita a los asistentes intervenir. Quiero también agradecer la presencia de compañeros expertos invitamos entre el público, destacando a los Dres. Cristóbal Coronel (Pediatra de Atención Primaria, presidente de la SEPEAP y académico correspondiente de la RAMSE), José Antonio Bermúdez (pediatra endocrinólogo HU Virgen Macarena), Emilio García (pediatra endocrinólogo HU Virgen de Rocío) y José María Domínguez (facultativo H. U. Virgen del Rocío, presidente de la Comisión de Ética y Deontología de la OMC y académico correspondiente de la RAMSE).

Esperamos sea de agrado de todos.

“IDENTIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA”

Isabel España Ríos

Introducción

La diversidad de género ha estado presente en la sociedad desde siempre, aunque si esta más visualizada y aceptada socialmente, también con frecuencia polarizado a nivel social y político.

Los estudios sobre la incongruencia de género, transición, persistencia, de-transición o asociación con trastornos mentales suelen ser muy variables debido

a que la mayoría son retrospectivos, con muestras escasas, periodos diferentes del proceso, etc. debiendo recurrir a metaanálisis o revisiones sistemáticas.

Con frecuencia se habla de sexo, género y orientación sexual como sinónimos, aunque son conceptos diferentes. El **sexo** hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que se asignan al nacer, como los órganos sexuales y la dotación cromosómica.

El **género** es una construcción social y cultural que abarca las expectativas, roles y comportamientos que una sociedad asigna a las personas según su sexo, tradicionalmente género se consideraba en términos binarios: masculino / femenino de forma excluyente; sin embargo no siempre el género asignado se corresponde con el género sentido, encontrando una diversidad en el mismo: CISGENERO, BIGENERO, GENERO NO BINARIO, GENERO FLUIDO, AGENERO, TRANSEXUAL: personas cuya identidad de género difiere del género asignado al nacer y buscan una transición física o social para reflejar su identidad de género (FtM género asignado femenino y sentido masculino= chicos trans; MtF: género asignado masculino y sentido femenino= chicas trans), TERCER GENERO, GENERO QUEER.

La **orientación sexual** se refiere al género hacia el que una persona se siente atraída en el plano emotivo, romántico, afectivo y sexual que no siempre se corresponde con la norma. Dependiendo de la orientación sexual hablamos de heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, pansexualidad, etc.

La transexualidad y la disforia de género (DG) estaban incluidas en las clasificaciones internacionales de enfermedades (DSM y CIE) dentro de los trastornos mentales. No es hasta 2013 cuando DSMV y CIE-11 las excluyen del capítulo de los trastornos mentales, se despatologiza. En 2016 se desarrolla en Andalucía el PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO para adultos y para menores, donde se recoge como debe ser la atención sanitaria a las personas transexuales adultas y menores a fin de homogeneizarla. Destacar del PAI TRANS INFANCIA-ADOLESCENCIA la centralización de la asistencia en la Atención Primaria, además de endocrinos y pediatras de área; se crean Unidades de Atención a Personas Transexuales (UAPT) provinciales de carácter hospitalario; no es necesaria una valoración de Salud Mental, aunque se puede solicitar por diferentes motivos entrando en el circuito de atención SM habitual.

Desarrollo de la identidad sexual y de género en la infancia y adolescencia

La identidad sexual es un componente de la identidad de la persona y como tal se incluye en el psicodesarrollo. Se construye en base a las interacciones entre el componente genético, emocional a través de las vinculaciones con los padres e iguales y social/cultural. Desde el nacimiento en el que los padres se relacionan con el bebe en concordancia con del sexo biológico y el deseo de los padres, hasta la **primera infancia (3-6 años)** donde se inicia

la individuación y los juegos simbólicos de roles, también de género. En la **infancia (6-11 años)** ya existe una tipificación sexual y los juegos de roles son colectivos, la pertenencia al grupo ayuda a reafirmar la identidad sexual en términos binarios. Cuando la identidad de género es diferente al género asignado, puede sentirse diferente, rechazado o excluido por esta necesidad de identificarse con el género sentido. Para los padres puede ser preocupante esta situación censurándolo. En estas situaciones, el colegio y la familia pueden convertirse en una fuente de estrés para el menor.

La adolescencia (de 11-19 años) viene a complejizar el proceso de la identidad en general, también la sexual: el adolescente debe afrontar nuevos retos (individuación de los padres, salida al mundo y reorganizar su identidad entrando en crisis) y transitar por múltiples duelos: *a) Duelo por el cuerpo de la infancia:* los cambios puberales del cuerpo, en ocasiones de forma precoz, provocan nuevas formas de pensar, de sentir y de comportarse en relación a sí mismo y los demás. Esta dificultad para reconocerse a sí mismos pueden provocar fenómenos de despersonalización con gran angustia, si hay una IG este malestar puede ser mucho mayor. *b) Duelo por la identidad de la infancia:* el adolescente pierde la identidad infantil y busca una nueva, por lo que fluctuará entre diversas opciones y se replugará hacia el interior. En muchas ocasiones se manifiestan por oposición como forma de autoafirmarse. El grupo de iguales permite sostener esta identidad cobrando una importancia fundamental para la construcción de esta. En los menores con dificultades para las relaciones con iguales durante la infancia, la pertenencia a través de grupos “on line” o alrededor de alguna conducta, facilita esta necesidad de pertenencia (alimentación vegana, tatuajes, con estéticas diferentes, etc); esto motiva que en ocasiones se incluyan precozmente en movimientos LGTBi cuando tan solo se trata de conductas sexuales transitorias que no afectan a toda la identidad. Este proceso, a menudo, se acompaña de preocupación, confusión e incertidumbre, especialmente en lo referente a la orientación sexual. La conducta homosexual no conlleva una orientación sexual ni una identidad de género diferente *c) Duelo por los padres de la infancia:* se pierde la idealización de los padres de la infancia y se torna en ambivalencia y crítica hacia ellos que le permitan la autoafirmación y el distanciamiento. Los padres realizan en paralelo el duelo por los hijos de la infancia perdidos; en estos casos se puede añadir el duelo por el cambio de identidad de género del menor, provocando también sentimientos de ambivalencia y rechazo o mecanismos de negación.

Incongruencia de género y disforia de género

Se denomina **INCONGRUENCIA DE GÉNERO (IG)** al grado en que la identidad o el rol de género difiere de las normas culturales y sociales para el sexo asignado. No necesariamente tienen que llegar a tener disforia de género o acabar demandando tratamientos para transformaciones corporales.

La **DISFORIA DE GÉNERO (DG)** hace referencia a la incomodidad o malestar causados por la discrepancia entre la identidad de género y sexo asignado al nacer. Tanto en DSMV como en CIE-11 se plantea la despatologización eliminándolo del capítulo dedicado a las enfermedades mentales, pero manteniéndolo dentro del sistema internacional de clasificación de ambas especificando que es una condición de salud que requiere de atención médica.

La **PERSISTENCIA** hace referencia a la estabilidad de la identidad de género a lo largo del tiempo ya como adulto. Gran variación en las tasas de persistencia, que **van del 2 al 39%** dependiendo del país y del período estudiado. Estudios de persistencia en adolescentes de menores que manifestaron IG en la infancia, hablan de una persistencia baja 27% y un desistimiento alto 65-94%, estableciendo la hipótesis de que la DG en la infancia se asocia con mayor frecuencia con una orientación homosexual o bisexual en la adolescencia.

La **TRANSICIÓN** es el proceso por el que una persona transgénero cambia sus caracteres sexuales y/o su manifestación de género de acuerdo con su sentimiento interno de identidad de género. Esta conlleva generalmente: cambios sociales (como ropa, nombre personal y pronombres), cambios legales (como nombre y género inscritos en registro civil o sanitario) y/o cambios médicos y físicos (como tratamiento hormonal cruzado y cirugía de reasignación de sexo). Las principales guías de práctica clínica están de acuerdo en proponer una correcta evaluación, con cautela, y un acompañamiento psicológico suficiente. Las intervenciones psicológicas deben estar orientadas: a la exploración de la identidad, a descartar comorbilidades psicológicas u otras causas de confusión con su identidad, al logro de la estabilidad emocional y desarrollo de la resiliencia, a confirmar la decisión relacionada con el proceso de transición, a evitar las expectativas poco realistas, y a desarrollar y enriquecer la autoestima.

La **DETRANSICIÓN** Es el cese o la reversión de la transición o de la identificación como transgénero, ya sea desde el punto de vista social, legal o médico-quirúrgico. Se estima que **oscilan entre el 1 y el 8%** de las personas que comienzan la transición. Los motivos podrían estar relacionados con: deficiencias en la valoración de estabilidad de IG, posibles comorbilidades que dificultan el ajuste de las expectativas y un seguimiento adecuado y resultados quirúrgicos no siempre satisfactorios.

Identidad sexual y de género y salud mental

-La incongruencia de género y el riesgo de padecer trastorno mental:

Sabemos que la adolescencia por si sola conlleva crisis de identidad en todos sus aspectos, también la sexual y que no todos los menores con IG presentan una disforia de género. Pero estos menores si están sometidos a más factores adversos, hablamos de un sufrimiento emocional y psíquico

derivados de las circunstancias sociales y familiares, denominado **ESTRES DE MINORIA**. Estas circunstancias pueden aumentar la vulnerabilidad a desarrollar un problema de salud mental, ya que es más difícil la identificación con el grupo de iguales tan necesaria en la adolescencia, aumentando la vulnerabilidad. Los padres no siempre pueden apoyar o comprender esta decisión. Pueden ser objeto de abuso o maltrato en las relaciones interpersonales con mayor frecuencia. Pueden presentar síntomas reactivos a esta situación de estrés mantenida (ansiedad y depresión). En cuanto a si existe una mayor frecuencia de **CONDUCTA AUTOLITICA**, recordar que la adolescencia por si sola es un periodo que se caracteriza por la inestabilidad emocional y mayor frecuencia de acting por lo que en situaciones de estrés que atraviesan los menores con IG, puede existir una mayor frecuencia de conductas autolíticas (ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones) que los menores cisgénero (independientemente de la presencia de trastornos mentales).

-El trastorno mental y desarrollo de una incongruencia o disforia de género:

En relación a si el tener un trastorno mental incrementa la posibilidad de desarrollar una IG /DG, no existen estudios concluyentes, se observa una gran variabilidad por métodos, criterios de inclusión diferentes (la mayoría son menores que ya realizan alguna demanda por IG/DG) y resultados: del 40-45% de presencia de psicopatología en estos jóvenes, a los que niegan que presentan trastornos psiquiátricos en mayor medida que la población general y que su perfil psicológico tampoco difiere al de las personas cisgénero. Sí sabemos que la crisis de la adolescencia es una crisis de identidad, también la sexual, que en poblaciones vulnerables puede expresarse como disforia de genero transitoria. Trastornos como rasgos límites de la personalidad, Depresión, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Trastornos del Espectro Autista (TEA) o Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) pueden expresar la crisis de identidad como malestar en relación con la identidad de género. Los síntomas se pueden reorganizar en torno al conflicto de identidad sexual que socialmente puede ser más aceptado, desplazando sus expectativas de mejoría. En estos casos son más frecuentes las autolesiones, conductas autolíticas, conductas de riesgo (promiscuidad, consumos tóxicos, etc.) que son expresión de la vulnerabilidad de base de los menores. En estas situaciones es importante contener y esperar a una mínima estabilidad emocional para iniciar procesos de transición.

En cuanto a los trastornos mentales más asociados en menores con IG/DG: La **depresión y la ansiedad** parecieron ser altamente prevalentes. El **TDAH, el trastorno bipolar y los trastornos alimentarios** se presentan con mayor frecuencia. Todos estos trastornos mentales se asocian a un **mayor riesgo de suicidio y autolesiones** ya que presentan mayores niveles de impulsividad que, a su vez, podrían representar un factor de riesgo para las

conductas suicidas. Parece existir un solapamiento entre **TEA** y **DG/IG** con sobrerepresentación de **TEA** en personas trans y a la inversa.

En cuanto a los **Trastornos de la Personalidad**, la literatura disponible refiere que habría una mayor prevalencia de trastornos de personalidad encontrándose más de uno asociados de tipo Limite, Paranoide, Evitativo, Obsesivo.

Conclusiones:

- La identidad sexual forma parte del proceso de desarrollo de la identidad personal de los menores. Como tal desarrollo es continuo, variable y modificable, por lo que hay que ser cautos.
- Hay evidencias que cuando existe **IG** en la infancia, es persistente con mayor frecuencia, a diferencia de cuando se inicia en la primera infancia o adolescencia.
- Considerar el estrés que pueden sufrir estos menores (familiar, grupo de iguales, social) y las repercusiones a nivel emocional que, o bien puede aumentar la vulnerabilidad y el desarrollo de trastorno mental derivado de esta situación, o complicar la evolución de su trastorno mental de base.
- Destacar la importancia del acompañamiento al menor y a la familia en la espera e incertidumbre que puede conllevar este proceso evitando tomar decisiones precipitadas.

“TRATAMIENTO HORMONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INCONGRUENCIA DE GÉNERO”

Cristina Mora Palma

La incidencia de personas con incongruencia de género (**IG**) está aumentando en Pediatría, hecho justificado en gran medida por la existencia en los últimos años de una mayor aceptación social y por un respaldo médico-legal hacia estos menores.

El manejo, desde el punto de vista médico, de las niñas/as y adolescentes trans debe ser multidisciplinar. Son necesarias unidades especializadas donde se apliquen protocolos terapéuticos estandarizados y en las que intervengan psicólogos/psiquiatras infantiles, endocrinólogos pediátricos, endocrinólogos de adultos y ginecólogos/cirujanos especializados. Se recomienda que la valoración previa al inicio del tratamiento hormonal la realice un profesional de la salud mental con experiencia en identidad de género, aunque la legislación de varios países (incluido España) no la hacen obligatoria. No obstante, se debe tener en cuenta que la psicoterapia de apoyo y de acompañamiento al menor y/o intervención psicosocial familiar son esenciales en la mayoría de los casos pues la comorbilidad psiquiátrica es frecuente en los adolescentes con disforia de género.

En cuanto a las intervenciones médicas por parte del endocrinólogo pediátrico, pueden diferenciarse en tres etapas en función de la edad y del desarrollo puberal del niño/a o adolescente.

En la primera fase, etapa prepuberal, no es necesario llevar a cabo ninguna intervención médica. En el caso que la familia lo reclame, puede programarse una primera consulta con el fin de realizar una anamnesis completa, solicitar el estudio inicial e informarles de las posibles terapias futuras y de los primeros signos clínicos puberales.

En la segunda fase, etapa puberal, se puede indicar el tratamiento con bloqueadores puberales (BP) con el fin de suprimir de forma permanente o temporal la pubertad endógena no deseada mejorando la disforia de género y el funcionamiento psicológico. Otro de los beneficios, es ampliar la fase de diagnóstico por un período más largo dando al sujeto más tiempo para explorar su identidad de género. Por último, los BP impiden el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados irreversibles o parcialmente irreversibles, evitando futuros procedimientos más agresivos como determinadas cirugías.

Los fármacos de elección para suprimir la pubertad son los análogos de GnRH de acción prolongada. Una ventaja fundamental es la reversibilidad de la intervención de modo que, si el adolescente en su proceso de exploración de su identidad de género no desea la transición, al interrumpir el tratamiento con BP tendrá lugar la pubertad fisiológica. En cuanto a los efectos secundarios, durante el tratamiento con análogos de GnRH se produce una disminución temporal de la velocidad de crecimiento propia de la pubertad, aunque la talla final no suele verse afectada ya que depende en gran medida de la terapia hormonal posterior. Durante este periodo también tiene lugar una reducción de la densidad mineral ósea con recuperación tras la administración de las hormonas sexuales. Si el BP es tardío, son frecuentes la aparición de síntomas “premenopáusicos” como sofocos, cefaleas o alteración del estado de ánimo, no obstante, ocurren de forma temporal. Además, la fertilidad futura podría verse afectada, principalmente en aquellos casos en los que se inicie el BP en una fase precoz y posteriormente reciban tratamiento hormonal.

En la tercera fase, se procederá a la administración de hormonas sexuales, lo que se conoce como terapia hormonal cruzada (THC) o terapia hormonal de afirmación de género (THAG), con el fin de promover el desarrollo de las características sexuales propias del sexo sentido. La elección del tipo de hormona, estrógenos o testosterona, dependerá de los cambios corporales deseados según la identidad de género. En los adolescentes que solicitan dicha terapia se recomienda indicarla por un equipo multidisciplinar con ayuda de un experto en salud mental que confirme la persistencia de disforia de género, la necesidad de cambios corporales y reconozca suficiente capacidad mental para dar el consentimiento informado. Tradicionalmente, se ha reco-

mendado comenzarla a partir de los 16 años, aunque de forma justificada y siempre individualizando cada caso, podría iniciarse antes. Se debe tener en cuenta que muchos de las modificaciones corporales que se consiguen son parcialmente irreversibles.

La THC/THAG parece ser segura a corto y medio plazo, aunque se precisan más estudios. Tras el inicio de la THC/THAG los caracteres sexuales secundarios deseados irán apareciendo de forma progresiva y paulatina. Los valores de estradiol y testosterona alcanzados en sangre deben ser adecuados y con incrementos graduales, con el objetivo de simular a una pubertad endógena biológica. Se recomienda seguimiento clínico y analítico del desarrollo puberal inducido cada 5-6 meses aproximadamente, momentos en los que también deben monitorizarse los posibles efectos secundarios y valorarse los posibles problemas generales de salud propios de los adolescentes.

En la actualidad, las cirugías de confirmación sexual genital, deben demorarse hasta, como mínimo, los 18 años de edad.

“ANÁLISIS ÉTICO. DOCUMENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ANDALUCÍA”

Jaime Boceta Osuna

“Declaración del Comité de Bioética de Andalucía (CBA) sobre los PROBLEMAS DE ÉTICA ASISTENCIAL QUE PUEDE PRESENTAR LA LEY 4/2023 PARA LA IGUALDAD REAL Y EFECTIVA DE LAS DE LAS PERSONAS TRANS y la garantía de los derechos de las Personas LGTBI.”

Esta ley defiende derechos fundamentales consagrados en nuestra constitución: la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE), la igualdad ante la ley y el no sufrir trato discriminatorio (art. 14 CE), el derecho a no sufrir tratos degradantes (art. 15 CE), la libertad de pensamiento (art. 16 CE), y la libertad de expresión (art. 20 CE).

Plantea algunos problemas éticos no asistenciales, que no competen al CBA y noson analizados aquí: se invierte la carga de la prueba en las denuncias por trato discriminatorio (art. 66); permite la rectificación registral del sexo sin informe médico ni psicológico (art 43), para mayores de 16 o incluso de 14 asistida de sus representantes legales.

Puede generar consecuencias personales sobre el interesado y posibles consecuencias sociales controvertidas: beneficios a favor de las mujeres (L. O 3/2007, de Igualdad Efectiva de Mujeres y H), inaplicación de sanciones, (L. O 1/2004, de M. Protección de la Violencia de Género), ingreso en un Centro Penitenciario de sexo diferente al biológico, participación en competiciones deportivas de sexo diferente al biológico, pruebas físicas de acceso a cuerpos de la administración, etc.

Hay dos aspectos que requieren una reflexión con perspectiva clínica y ética: la autodeterminación de género sin más requisito que el deseo de la

persona, y las implicaciones asistenciales del abordaje de la discordancia de género. Especialmente pueden plantear problemas de Ética Asistencial (objeto de esta declaración) dos cuestiones: la intersexualidad y la discordancia de género.

1. **LA INTERSEXUALIDAD** no está del todo bien caracterizada en esta ley. El art 3. La distingue de la discordancia de género. “La condición de aquellas personas ...nacidas con unas características biológicas, anatómicas o fisiológicas, una anatomía sexual, unos órganos reproductivos o un patrón cromosómico que no se corresponden con las nociones socialmente establecidas de los cuerpos masculinos o femeninos”.

Respecto a esta cuestión conviene recordar que la ciencia médica los cataloga como “Disorders of Sex Development (DSD)”, “Trastornos del Desarrollo Sexual”. Son estados patológicos, aunque esta ley los trata de “despatologizar”. Su art. 19 (atención a la salud integral de las personas intersexuales), establece que se aborden desde “principios de no patologización, autonomía, decisión y consentimiento informados, no discriminación, asistencia integral, calidad, especialización, proximidad y no segregación”. Sin embargo, son patologías originadas por anomalías en el desarrollo fetal del sexo genético (cromosomas sexuales), sexo gonadal (ovarios o testículos), o sexo genital, y cursan con anormalidad en los genitales internos y externos que impide definir sexo masculino o femenino.

2. **EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCORDANCIA DE GÉNERO debe considerarse la prudencia, la despatologización y el consentimiento.**

Respecto a la prudencia, debemos recordar que el tratamiento no es una emergencia, y no es fácil: requiere paciencia y prudencia. La ley muestra prudencia al prohibir la modificación genital en menores de doce años y exigir contar con posibilidad real de congelación de tejido gonadal y células reproductivas. Exige que se hagan protocolos (“las Administraciones públicas impulsarán protocolos” ...). Pero no es tan prudente al considerar que entre los doce y dieciséis años según su madurez podrían consentir cirugías complejas. No contempla la necesidad de equipos multidisciplinares para la imprescindible valoración (endocrinólogos, genetistas, pediatras, cirujanos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, educadores, profesores, o t. sociales, por ejemplo) y el papel preponderante de los médicos expertos que puedan proponer los tratamientos y responsabilizarse de ellos.

El fenómeno de desistencia en los estudios de seguimiento de niños se manifiesta en casi 80% de menores con criterios de discordancia de género que retroceden con la pubertad. Hay evidencias de que

discordancia en la infancia se asocia fuertemente con una orientación homosexual o bisexual. La falta de certeza en la fase diagnóstica se asocia a mayores tasas de arrepentimiento.

Otra cuestión relacionada con la prudencia es la de los problemas de salud mental. Algunos estudios en Europa y Norteamérica establecen que un 40% de jóvenes trans presentan problemas como depresión, ansiedad, autolesiones, ideación suicida, TCA (Trastornos de Conducta Alimentaria), o TEA (Trastornos del Espectro Autista).

El periodo de evaluación debería acompañarse del abordaje de los problemas psicológicos o psiquiátricos que se diagnostiquen.

Respecto a la despatologización y atención integral debemos recordar que YA NO SON CONSIDERADAS PATOLOGÍA. La OMS en el CIE-11 elimina del listado las situaciones clínicas originadas por el deseo de reasignación de sexo, que no tienen necesariamente que ser patológicas. Sin embargo, el cambio de sexo en el registro no debería suponer el inicio de un tratamiento de cambio de sexo en menores con discordancia de género. Éste solo debería iniciarse en condiciones de madurez evaluada y constatada, garantizando su autonomía, y con participación de equipos multidisciplinares, médicos de diferentes especialidades destacado papel.

La “disforia” o “incongruencia” o “discordancia” de género que puede acompañar al sentimiento de pertenencia al sexo opuesto al biológico, suele conllevar el deseo de tratamiento hormonal y quirúrgico y notable malestar, ansiedad o angustia, problemas médicos que han de ser valorados por equipos multidisciplinares con experiencia. La evaluación diagnóstica es un proceso prolongado y complejo, cuya duración debería ser como mínimo de seis meses.

En cuanto al consentimiento informado, esta ley afirma que se realice según establece la ley 41/2002 de autonomía, lo cual no garantiza bien el interés superior del menor en un asunto tan complejo. Establece que el menor con 16 años es autónomo para tomar decisiones sobre su salud, Incluida la reasignación de sexo, salvo que el facultativo entienda que supone un grave riesgo para la vida o su salud. Además, entre los 12 y 16 años, según su madurez, podrían consentir ellos mismos una reasignación de sexo.

Un ejemplo de legislación anterior a ésta es la Ley Andaluza 2/2014 para la no discriminación por identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales, que fue la 1ª en promulgarse, siendo también Andalucía la primera comunidad en incluirlo en cartera. Pues bien, esa ley era más cautelosa: en su Art. 10.3 afirmaba que la Consejería de salud establecerá un procedimiento asistencial con los criterios, objetivos y estándares recogidos en las

recomendaciones internacionales. Se elaboró un Proceso Asistencial Integrado que contempla equipos multidisciplinares constituidos como mínimo por Endocrinología, Ginecología, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reparadora, Urología, Medicina Física y Rehabilitación, ORL, Salud Mental y Pediatras endocrinos. Además, en su Art. 10.6 limitaba la reasignación quirúrgica solo a mayores de edad.

A MODO DE CONCLUSIÓN, teniendo en cuenta el interés superior del menor y la trascendencia de las actuaciones médicas o quirúrgicas de los procesos de reasignación de sexo -muchos irreversibles-, no debería emprenderse ninguno sin reunir TRES REQUISITOS:

1. Evaluación de equipos multidisciplinares experimentados,
2. Un largo proceso de evaluación con atención integral, incluida la psicológica (no es patologizar)
3. Desarrollo madurativo y la capacidad para consentir esté fuera de toda duda.

Finalizadas las intervenciones, se dio paso al debate en el que intervinieron los Dres: C. Coronel, E. García y J.A. Bermúdez, exponiendo brevemente sus experiencias pediátricas en torno a estas situaciones y J.M. Domínguez, con su visión ética, participando también los miembros de la mesa.

MESA REDONDA

“SÍNDROME DE FATIGA EN MEDICINA”

En el salón de actos se celebró esta mesa redonda el día 12 de noviembre, con arreglo a la siguiente programación:



Dres. Sánchez Román, Benjumea, Infantes, Muniáin y Toyos

Presentación: Ilmo. Sr. Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra, académico de número y catedrático emérito de la Universidad de Sevilla.

Moderación e introducción: Dr. Julio Sánchez Román, académico correspondiente.

Ponentes:

- Dr. Pedro Benjumea Pino, psiquiatra, académico correspondiente: “De la neurastenia al agotamiento. Historia médico-social de un diagnóstico efímero”
- Dr. Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera, reumatólogo del H.U.V. Macarena de Sevilla: “El síndrome fatiga en reumatología autoinmune”

Clausura por el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE

“FATIGA EN MEDICINA”

Dr. Julio Sánchez Román

En Medicina, definimos la fatiga como un cansancio (físico o psíquico), persistente y con intensidad desproporcionada respecto al esfuerzo que la produce. La fatiga, circunstancia frecuentísima por la que se nos consulta, puede aparecer como comparsa, es decir, como un síntoma más, asociado a múltiples procesos orgánicos (infecciosos, cardíacos, pulmonares, metabólicos, neoplásicos, autoinmunes...). Pero, en un gran número de pacientes, la fatiga es el verdadero protagonista: un síndrome en sí misma sin que apreciemos relación con ninguno de aquellos procesos orgánicos. Este tipo de fatiga, puede aparecer aisladamente, pero, lo más común es que se acompaña de una variadísima serie de manifestaciones (dolor, debilidad muscular, alteraciones del sueño, trastornos neuro/psicológicos, digestivos, cardíacos...) para las que tampoco encontramos un sustrato orgánico que las justifique, y que los pacientes describen con todo lujo de detalle (*“les malades au petit papier”*, enfermos del papelito, los denominó Charcot). Lo cierto es que, con distintas variantes y grado de intensidad en su expresión clínica, estos “racimos de síntomas” vienen, históricamente, desde muy lejos (encontramos sus rastros documentos egipcios y griegos) adoptando diferentes nombres y siendo materia de elucubraciones en cuanto a su causa: histeria, “mal de amores”, clorosis, neurastenia, fibrositis, síndrome psicógeno del aparato locomotor, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome por sensibilización central, síndrome de sensibilización química múltiple, o encéfalo (-mielitis) miálgica. Mientras que algunos sostienen que son entidades independientes, la idea predominante es que se trata de variantes de un mismo proceso. Son interminables las discusiones sobre si estos síndromes de fatiga son de origen psico-somático. Aparte de las opiniones médicas (desde Sydenham, Charcot o Freud, sin entrar en autores más recientes...) que lo sostenían, permítanme referirme a un par de frases literarias que apuntan también en ese sentido: Axel Munthe (médico y escritor) menciona en su autobiografía

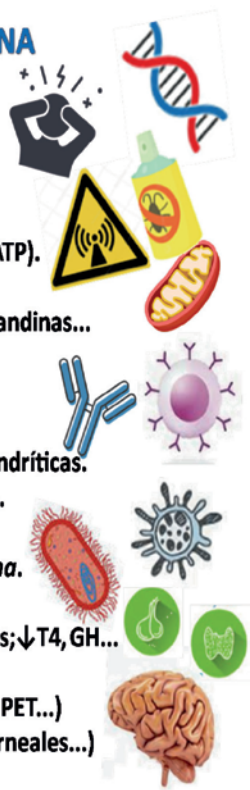
fica Historia de San Michele que la “apendicitis”, después “colitis” (que era la denominación de algo semejante a fatiga crónica de la época; nada que ver con nuestros conceptos actuales) *“todas las damas nerviosas la tenían en el cerebro, ya que no en el abdomen”*. Y esta otra de Henry Miller, *“la histeria consiste en una permeabilidad excesiva del diafragma psíquico”*. Pero no todos están de acuerdo en que la fatiga crónica (y sus variantes) sea solo *“cosa de los nervios”*. Diferentes investigadores han descrito una verdadera constelación de trastornos orgánico-funcionales que consideran causales de estos trastornos (Figura 1). Hay de todo (estrés psicosomático o social, origen genético-epigenético, por factores ambientales, inflamatorios, hormonales, inmunológicos, infecciosos...). Pero aquí continúa la controversia: todas estas explicaciones son parciales (muchas discutibles y a veces contradictorias) y no nos ofrecen una idea global, más o menos exclusiva y excluyente, de la patogenia de estos procesos. Da la impresión de que cada investigador, probablemente influido por su propia especialización, encuentra lo que busca (como en la antigua fábula hindú de los seis ciegos y el elefante: cada uno da una explicación parcial e influenciada por ideas preconcebidas, pero no nos aclaran que el elefante es un elefante). La consecuencia de toda esta vaguedad en el concepto, en los límites y en nuestra falta de conocimiento “serio” acerca de la patogenia de estos procesos es que no existe ningún marcador morfológico ni analítico que sea específico para establecer un diagnóstico seguro. Así que, para lograrlo, se han elaborado distintos sistemas de criterios (hay unos 20) cada vez más complejos y que descalifican a sus precedentes: de Fukuda, del Grupo Canadiense (Carruthers), del Consenso Internacional (este último de cuatro páginas, cuyo manejo haría que Charcot nos considerara *“médicos del papelote”*). Acerca de mis reparos, sobre la precisión de estos sistemas de criterios, solo quisiera añadir un comentario referente a lo que el Grupo Canadiense considera *“criterios inmunológicos”* (adenopatías cervicales ni muy pequeñas ni muy grandes, dolor de garganta, “gripe”, y sensibilidad a alimentos o a medicamentos). Pero, pensándolo bien, más vale no comentarlos. Por último, la consecuencia de esta inseguridad en el concepto, en la patogenia y en el diagnóstico lleva a una total imprecisión (y, lógicamente, discutible eficacia) en el tratamiento. Tema, en el que no voy a entrar ya que su desarrollo corresponde, a continuación, nuestros ponentes. Pero, antes de cederles la palabra, permítanme una última reflexión: hace más de 70 años, Talbot, una autoridad en enfermedades autoinmunes, dio esta definición: *“Las conectivopatías se caracterizan por tener una patogenia hipotética, una patología difusa, una etiología desconocida, una sintomatología polifacética, un curso progresivo, un pronóstico infausto y un tratamiento descalabrado”*. Ha pasado el tiempo y todas estas incógnitas se han aclarado en gran parte para las enfermedades a las que se refería Talbot. Pero pienso que, a la vista de lo que les he expuesto hasta ahora, la máxima de Talbot aún puede ser muy útil. La considero perfectamente aplicable al síndrome de fatiga crónica en todas sus variantes.



SÍNDROMES DE FATIGA EN MEDICINA

MECANISMOS PATOGENÉTICOS

- ☐ Estrés psico-social y somático
- ☐ Trastornos genéticos/epigenéticos.
- ☐ Factores ambientales (químicos, físicos, traumáticos...).
- ☐ Anomalías mitocondriales (morfológicas, liberación de ATP).
- ☐ Anomalías inmuno/inflamatorias ("neuroinflamación"):
 - ↑ citoquinas (IL 1-10-6,) TLR4, NF-κB, TNFα, prostaglandinas...
 - ↑ Reactantes de fase aguda.
 - ↓ Serotonina.
 - ↑ Peroxinitritos y de NO (estrés oxidativo)
 - ↑ Neutrófilos, linfocitos T y B, células NK, células dendríticas.
 - ↑ Autoanticuerpos, complemento sérico, micro-RNA.
- ☐ Agentes biológicos:
 - XMRV, Parvovirus, CMV, VEB, Herpesvirus, Toxoplasma.
 - G. Lamblia, COVID-19, alteración de microbioma....
- ☐ Hormonales: ↑ cortisol, minero corticoides, catecolaminas; ↓ T4, GH...
- ☐ Alteraciones neurológicas
 - Centrales (↑ de captación en RM cerebral, anomalías PET...)
 - Nervios periféricos (fibras finas, ganglios dorsales, corneales...)
 - Alteración de circuitos nociceptivos



NEURASTENIA: HISTORIA MÉDICO-SOCIAL DE UN DIAGNÓSTICO EFÍMERO

Dr. Pedro Benjumea Pino

Los inicios. Se acepta que el término Neurastenia como categoría diagnóstica fue introducido en 1869 por George M. BEARD, neurólogo afincado en New York que publica un artículo bajo el título de *Neurasthenia or nervous exhaustion* que más tarde ampliaría con una extensa bibliografía como su libro *American Nervousness* en 1881 donde expresa su fórmula etiológica de la Neurastenia concebida como un estado de agotamiento extremo del sistema nervioso. Este vendría dado por la suma de los siguientes factores: *civilización americana + clima extremo de la costa este + diátesis nerviosa + exceso de trabajo mental y una marcada preocupación por los apetitos y las pasiones.*

Una *nueva* entidad ejemplo de la construcción social de la enfermedad que va a aceptarse rápidamente pues pone nombre médico a la fatiga y el agotamiento detectado principalmente en varones, protestantes y judíos, caucásicos de la costa este, con trabajos no manuales en el ámbito de la cons-

trucción de una nación. Esto defiende BEARD que incluye a la neurastenia como categoría neurológica, no mental. Quienes reciben el diagnóstico lo aceptan con entusiasmo pues socialmente les aleja al de la histeria. Años después llego a denominarse popularmente *Americanitis*.

Neurastenia se convierte en una palabra que designa un amplio grupo de trastornos nerviosos que no son fácilmente clasificables bajo otra denominación.

El cuerpo doctrinal que sustenta a la neurastenia en el último tercio del siglo XIX se basa en 5 elementos: Teoría refleja, Irritación espinal, Revolución industrial (Cuerpo como maquina), Leyes de la termodinámica, Darwinismo social y la revolución en la medida del tiempo con el uso de relojes personales.

Para BEARD los síntomas de la neurastenia son infinitos. En un estudio sobre 30 casos encuentra hasta 75 síntomas que los divide en 7 categorías: 1.Dolores(cefaleas). 2.Manifestaciones del sistema autónomo (indistinguible de síntomas somáticos de ansiedad). 3.Agotamiento general, pesadez extremidades. FATIGA. 4.Miedos mórbidos (Fobias). 5.Sentimientos de desesperanza. 6.Insomnio. 7.Miscelania: dispepsia, impotencia, caries, etc.

La anemia es al sistema vascular lo que la neurastenia es al sistema nervioso. La primera significa falta de sangre; la segunda, falta de fuerza nerviosa. Escribe este autor que concibe a la neurastenia como un trastorno funcional crónico.

Es con el cambio de siglo, al XX al extenderse a Europa el concepto de neurastenia adquiere un valor polisémico y se entiende como entidad nosológica; expresión de estrés; conducta de enfermedad sancionada culturalmente; modelo explicativo para la constelación de síntomas somáticos o como un eufemismo para evitar el estigma de la enfermedad mental.

CHARCOT, estudioso de la histeria, abraza la llamada enfermedad de BEARD pero aceptando que afecta también a mujeres y a proletarios o artesanos menos favorecidos. Los autores franceses con una visión clínica neuropsiquiátrica tendrán una gran influencia sobre los médicos en España.

El declinar de la neurastenia. La neurastenia deja de ser un diagnóstico útil en medicina debido a los siguientes factores:

1. El establecimiento de un sistema de educación médica basado en la experiencia clínica y experimental en Johns Hopkins Medical School (1893) que se extiende en 1910. Medicina como ciencia más que como arte.
2. Consolidación de la Psiquiatría como especialidad médica autónoma que contribuye a una mayor precisión diagnóstica de la patología mental.

3. Desarrollo de la medicina psicosomática.
4. Trastorno de somatización como categoría diagnóstica psiquiátrica.
5. Disposición de antidepresivos y psicofármacos (2ª mitad del siglo XX)
- 6.- Aparición de nuevas entidades sindrómicas: fibromialgia o síndrome de fatiga crónica.

La neurastenia resulta un exponente del inicio de un interés médico por la condición de fatiga en humanos (Hasta la 2ª mitad del siglo XIX su estudio se restringía a su presencia en animales). La evaluación de la fatiga y el agotamiento resulta compleja pues prima el componente subjetivo. Ante la ausencia de un marcador biológico válido, junto al lenguaje no verbal resulta esencial la narración que el paciente aporte de su fatiga sentida tanto física como mental. Su etiopatogenia no está aún suficientemente definida. La falta de una terapéutica eficaz dificulta la relación clínica con el paciente. Con el estudio del papel de las citoquinas o recientemente en el COVID *prolongado* se abren nuevas y prometedoras expectativas sobre los mecanismos biopsicosociales que causan fatiga

EL SÍNTOMA FATIGA EN LA REUMATOLOGÍA AUTOINMUNE

Dr. Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

La fatiga es una sensación subjetiva desagradable de agotamiento o cansancio generalizado que interfiere con la capacidad para realizar actividades habituales físicas o mentales y que no remite con el descanso. Hay varios subtipos de fatiga, la física y la psicológica. Conduce a alteración de la calidad de vida relacionada con la salud e impacta también en la actividad social y laboral de la persona.

Un número importante de pacientes con Enfermedades Inmunomediadas, como son el Lupus Eritematoso Sistémico, la Artritis Reumatoide, el Síndrome de Sjögren, las Espondiloartritis, tienen fatiga significativa, de tal forma que un 50% está gravemente fatigado. Cuando la fibromialgia se asocia a estas patologías la prevalencia de la fatiga aumenta hasta un 78%.

Es el síntoma más común y más molesto para las personas que padecen Lupus Eritematoso Sistémico y la remisión de la enfermedad no es suficiente para que mejore significativamente. El origen es multifactorial, siendo los determinantes principales de fatiga, en esta patología, la actividad de la enfermedad, el dolor crónico, el daño orgánico, la ansiedad y la depresión, y están correlacionados entre sí.

En la artritis reumatoide la actividad de la enfermedad y la fatiga tienen una asociación débil, relacionándose más con el dolor, con la función física/discapacidad y con la depresión.

Hay complejos mecanismos implicados en la patogénesis de la fatiga en las enfermedades autoinmunes, entre ellos se señala el aumento de citoquinas inflamatorias que puede llegar a producir inflamación cerebral y alterar los neurocircuitos causando esta sintomatología.

La fatiga se puede medir, con escalas simples, como una escala analógica visual o con cuestionarios genéricos o específicos de una determinada enfermedad.

El manejo de la fatiga requiere primero la valoración de las características de la misma en cada paciente. Luego se debe realizar una investigación personalizada de los predictores de cansancio y de posibles causas, tanto las debidas a la enfermedad como las originadas por otros motivos. Finalmente se programa un tratamiento individualizado según las causas y los factores presentes.

Con respecto al tratamiento de la fatiga en Enfermedades Reumáticas Inmunomediadas, en primer lugar, hay que considerar que se pueda deber a la actividad inflamatoria de la enfermedad de base y por tanto se debe tratar con inmunomoduladores. Cuando existan causas asociadas, como la fibromialgia, el dolor, la ansiedad o la depresión, habrá que tratarlas específicamente. Además, hay que aconsejar al paciente la realización de actividad física personalizada y se le debe ofrecer acceso a intervenciones psicoeducativas estructuradas y a medida.

En conclusión, la fatiga es un síntoma importante en las enfermedades inmunomediadas que requiere especial atención y resulta difícil de tratar.

PRESENTACIÓN DE LIBRO

“RELATO MÉDICO DE LA PASIÓN SEGÚN SEVILLA”

El día 19 de noviembre fue presentado en la sede de la Academia este libro, con arreglo a la siguiente programación:

- I. Introducción: Ilmo. Sr. Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé, académico de número de la RAMSE.
- II. D. Juan Miguel Vega Leal, periodista. Autor del prólogo.
- III. Dr. D. Fernando de la Portilla de Juan, académico correspondiente de la RAMSE. Coordinador de la obra.
- IV. D. Miguel Gallardo Rodríguez, periodista. Editor del libro.
- V. Clausura el acto el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón.



Los autores del libro: Dr. Domínguez-Rodiño, Dr. Dorado, Dr. Carranza, Dr. De la Portilla, Dr. Talegón, Dr. Pereira, Dr. Calvo, M. Vergara, Dr. López Bernal y el editor M. Gallardo

Se da la circunstancia de que el coordinador del libro (Fernando de la Portilla), los autores de los textos (Andrés Carranza, Jorge Domínguez-Rodiño, Manuel Dorado, Francisco López Bernal y José Luis Pereira) y los autores de las fotografías (Román Calvo y Antonio Talegón) son todos médicos y miembros de la Asociación Sevillana de Médicos Cofrades.

Mercedes Vergara ha realizado los dibujos que adornan la obra, Juan Miguel Vega ha escrito el prólogo y el editor ha sido Miguel Gallardo.



JORNADA

“TALLA BAJA POR DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO. SITUACIÓN ACTUAL Y TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO DE ACCIÓN PROLONGADA”

El jueves 21 de noviembre tuvo lugar esta jornada de la que fue su director el académico correspondiente Dr. Rafael Espino Aguilar.



EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE NIÑOS CON TALLA BAJA POR DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO

Dr. Rafael Espino Aguilar

Jefe del Servicio de Pediatría y Endocrinología Pediátrica.
Hospital Quirónsalud Infanta Luisa. Sevilla

La talla baja es el principal motivo de consulta en Endocrinología Pediátrica, genera gran preocupación en los padres conocedores del aumento de talla en la población española en los últimos años y del valor de la estatura en la sociedad. Un 3% de los menores de 15 años se encuentran por debajo

del percentil 3, lo que representa un total de 194.160 a fecha 31/12/2023. La identificación temprana de patrones de crecimiento anormales y la derivación inmediata al endocrino pediátrico ofrece a estos niños la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Entre las principales causas identificadas de talla baja se incluyen los defectos del eje GH/IGF que representan un 2% aproximadamente, de hecho el déficit de hormona de crecimiento (DGH) se considera una enfermedad rara que afecta a 1/3000 - 1/10.000 niños según diferentes autores, y es debida a producción inadecuada de GH en la hipófisis. El tratamiento hasta 2023 ha sido con inyección de hormona de crecimiento recombinante (rhGH) diaria.

La hormona del crecimiento (GH) fue aislada por primera vez de la glándula pituitaria humana en 1956, por Li y Papkoff (California) y por Raben (Massachusetts), su estructura bioquímica fue definida por Niall y cols. en 1973. Benda, en 1901, caracterizó con microscopia óptica las células productoras de GH (células acidófilas) y desde que Green y Harris postularon en 1947 la existencia de factores hipotalámicos reguladores de la función hipofisaria, el estudio de la regulación de la secreción de GH ha sido incesante. El modelo de secreción de GH presenta una pulsatilidad en base a la secreción pulsátil de GHRH y somatostatina, depende fundamentalmente del sexo y edad. En el sexo masculino se producen picos secretorios elevados cada 3.3 horas aproximadamente mientras que en el sexo femenino los picos son de menor intensidad y más frecuentes, presentando un modelo secretor más sostenido. Con la edad se presenta menor secreción de GH, evidente, en ambos sexos, desde el final de la pubertad.

La etiología del déficit de hormona de crecimiento (DGH) puede ser congénita, orgánica siendo la idiopática la más frecuente. Los criterios clínicos para remitir un niño a estudio de crecimiento son talla < -2 SDS, talla < talla diana, disminución progresiva de la talla SDS (deflexión > 0.3 SDS/año) que no se explica por la canalización normal de la infancia para ajustarse al objetivo (talla diana) o por la desaceleración prepuberal del crecimiento. En niños muy pequeños con hipoglucemia y/o con patología de la línea media el diagnóstico de DGH no requiere un corte de altura.

El estudio comprende pruebas de laboratorio y radiología. Se aconsejan pruebas de laboratorio guiadas por las características clínicas en lugar de estudios rutinarios para todos los niños con talla baja, con la excepción de la enfermedad celiaca. La valoración de la edad ósea suele ser de difícil interpretación (la IA se está implementando en los servicios de radiología). En el DGH está retrasada (normal en DGH adquirido recientemente y en casos con obesidad severa) y aparece adelantada en mutaciones de gen ACAN. En ocasiones es preciso un mapa óseo que requiere la colaboración de un radiólogo con experiencia en el área. El

diagnóstico sigue siendo clínico y no debe basarse únicamente en pruebas de laboratorio que incluyen IGF 1, IGFBP3 y test de secreción de GH (7 ng/mL es la concentración límite como respuesta a un test de estimulación por debajo de la cual se aconseja un tratamiento con rhGH). Es importante conocer los estándares de los ensayos utilizados por el laboratorio referenciado. La resonancia magnética hipotálamo hipofisaria se debe realizar en todos los pacientes diagnosticados de DGH y en recién nacidos con defectos de la línea media, micropene e hipoglucemia. Los hallazgos que apoyan el DGH son la presencia de silla turca vacía, neurohipófisis ectópica, hipoplasia del tallo hipotalámico y hipoplasia hipofisaria. Con estas y otras características clínicas que sugieran enfermedad hipofisaria, los test de secreción de GH pueden ser innecesarios. Una hipófisis pequeña no es suficiente para el diagnóstico, pero puede indicar la necesidad de evaluar la función hipofisaria. Si se excluye el DGH con pruebas bioquímicas, la RM no está indicada.

Desde 1985, la FDA y la EMA, autorizaron el tratamiento con rhGH en niños con DGH.

La última actualización del Ministerio de Sanidad de los criterios para la utilización racional de la GH en niños se publicó en febrero de 2023.

En la jornada realizada en la RAMSE (30 de mayo de 2019) sobre “Retos en el manejo de los niños con talla baja”, entre otros se debatieron las nuevas formulaciones de GH de acción prolongada (LAGH) en relación a mejorar la adherencia terapéutica, la aceptación y tolerancia, manteniendo la eficacia y valorado el coste / beneficio.

Han pasado 66 años desde que, en 1958, un editorial escrito por Raben y publicado en el Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism titulado “*Treatment of a pituitary dwarf with human growth hormone*” describió el aumento de altura de un varón de 17 años con DGH cuando fue tratado con hormona de crecimiento humana (hGH) administrada por vía intramuscular. Este producto de GH original derivaba de extractos de hipófisis de cadáveres.

En 1985 se introduce la GH humana recombinante siendo el punto de partida de las sucesivas autorizaciones en nuevas indicaciones terapéuticas. 38 años después, Somatrogón (LAGH) recibe la autorización (1 de febrero de 2023) para el tratamiento del DGH en niños. Los requisitos de LAGH incluyen la eficacia no inferior a GH diaria, seguridad similar, administración fácil y cómoda. Los retos a controlar son la valoración de incrementos no fisiológicos de GH e IGF1, la distribución tisular no fisiológica y establecer el momento óptimo de medición de IGF1 diaria. Los potenciales beneficios de las preparaciones de LAGH son: disminución de la frecuencia de inyecciones, mejor adherencia con aumento del potencial para maximizar la eficacia y mayor flexibilidad para pacientes y familias.

HORMONA DE CRECIMIENTO DE ACCIÓN PROLONGADA: ASPECTOS FARMACOLÓGICOS. INNOVAR PARA AVANZAR

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández

Director UGC Farmacia

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Se revisan los aspectos farmacológicos, la innovación que ha supuesto y su impacto positivo en la adherencia, satisfacción y resultados clínicos de nuestros pacientes este nuevo medicamento.

El objetivo de la Farmacia Hospitalaria es obtener los mejores resultados en salud mediante la utilización correcta de los medicamentos en todos los aspectos que debe ser efectiva, segura y eficiente.

Este objetivo debe cumplirse mediante el trabajo multidisciplinar con el resto de los equipos clínicos y la Farmacia Hospitalaria puede y debe colaborar priorizando innovaciones como esta.

Se revisan los datos de los Ensayos clínicos que demuestran que la hormona del crecimiento semanal tiene una eficacia no inferior a la diaria y con un perfil de seguridad similar, mejorando la conveniencia para el paciente al aumentar el tiempo entre dosis y por tanto reduciendo de forma significativa el número de administraciones al año.

Mejorar la posología de un medicamento para que se administre de forma semanal en vez de ser diario mejora la adherencia y altas adherencias redundan en una mayor efectividad del tratamiento farmacológico. Durante la sesión se comparten diversos trabajos publicados que demuestran que la adherencia de los pacientes en tratamiento con hormona del crecimiento diaria es mejorable y se reduce cuando aumenta la duración del tratamiento y la edad de los pacientes tratados. Estas pautas semanales de acción prolongada se han utilizado en muchas otras patologías como hemofilia, artritis reumatoide, hipercolesterolemia o psoriasis, entre otras, con excelentes resultados.

Del mismo modo, una mejor posología, como ha quedado demostrado en los artículos compartidos de la bibliografía, mejora la satisfacción de pacientes y cuidadores.

PERFIL DE SEGURIDAD E INMUNOGENICIDAD

Dr. José Antonio Bermúdez de la Vega

Coordinador de la Unidad de Endocrinología Pediátrica

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

La administración de biofármacos conlleva un riesgo significativo de reacciones inmunes asociadas a su uso. El uso de somatrogón se asocia a la detección frecuente de anticuerpos antifármaco o antidroga (ADA) sin que exista una evidencia actual de que este hecho afecte a la seguridad o eficacia de su uso como demuestran los estudios de seguimiento que se vienen realizando hasta la fecha.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON HORMONA DE CRECIMIENTO DE ACCIÓN PROLONGADA (SOMATROGON)

D. José Ignacio Labarta Aizpún

Jefe del Servicio de Pediatría y Endocrinología Pediátrica

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La hormona de crecimiento recombinante humana (rhGH) tiene más de 40 años de historia desde su producción en 1981 y posterior indicación en 1985 para el déficit de GH en la infancia. Inicialmente se administraba tres veces a la semana, pero con el deseo de remedar la fisiología de la secreción endógena de GH y potenciar el efecto promotor del crecimiento pasó a ser de administración diaria subcutánea antes de acostarse. Su eficacia y seguridad ha sido bien estudiada a lo largo de estos años y ello ha permitido ampliar sus indicaciones a otras condiciones de talla baja patológica y a situaciones donde el objetivo es mejorar la composición corporal y el perfil metabólico. A pesar de la experiencia acumulada el tratamiento con rhGH plantea a día de hoy diferentes lagunas o cuestiones sin resolver. Entre estas “lagunas” se podría destacar como mejorar la adherencia y como aliviar el impacto que un tratamiento crónico de inyección diaria, la denominada carga de la enfermedad, tiene sobre el niño y su familia.

Es en este contexto donde se ha pensado que la aparición de la hormona de crecimiento de larga acción (GHLA) podría llenar algunas de estas lagunas y mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, los beneficios potenciales de la GHLA son una menor frecuencia de inyecciones, una potencial mejora de los resultados clínicos al mejorar la adherencia, una menor carga de la enfermedad sobre el paciente, familia y cuidadores y mejor tolerabilidad y aceptación del tratamiento, todo lo cual redundaría en una mejora de calidad de vida para el paciente y su entorno. En la actualidad la GHLA, somatogon y otras, han mostrado un incremento de la velocidad de crecimiento y ganancia de talla no inferior a la rhGH diaria, sin efectos adversos y con buena tolerancia. Los estudios de extensión de los ensayos clínicos han mostrado un efecto sostenido y mantenido en el tiempo con una progresiva normalización de la talla tras 3-5 años de tratamiento, de manera que el paciente alcanza una talla normal para la población y se sitúa en su rango genético. Los estudios demuestran un claro efecto beneficioso en las variables que miden la carga de la enfermedad y la experiencia del tratamiento, tanto a nivel del paciente como de la familia y cuidadores. En base a los estudios publicados se puede afirmar que la GHLA muestra una eficacia y un perfil de seguridad no inferior a la rhGH diaria en niños con déficit de GH, motivo por el cual las agencias internacionales han aprobado su indicación en el déficit de GH en la infancia.

La farmacocinética y farmacodinamia de la GHLA es muy diferente a la rhGH diaria. La vida media estimada de la GHLA es 5-10 veces superior a la rhGH diaria y la administración semanal de GHLA conlleva elevaciones suprafisiológicas de GH. Tras la administración de GHLA semanal se

produce un incremento de los niveles de IGF-I que alcanzan su nivel pico al segundo día, al cuarto día alcanzan su nivel medio y posteriormente disminuyen hasta alcanzar los niveles basales pretratamiento. Este patrón de comportamiento de los niveles de IGF-I es muy diferente al que se encuentra con la administración de rhGH diaria donde los niveles de IGF-I alcanzan un nivel determinado tras varias semanas de tratamiento y se mantienen estables a lo largo del tiempo. El efecto que estas fluctuaciones de los niveles de IGF-I tienen a largo plazo permanece por dilucidar.

Se desconoce la trascendencia y las consecuencias a largo plazo de estas elevaciones transitorias y no fisiológicas de los niveles de GH y de IGF-I sobre el perfil metabólico, composición corporal y riesgo oncogénico. Se deberán hacer estudios de seguimiento en la vida real que verifiquen el beneficio de la GHLA sobre la adherencia y sobre la calidad de vida a largo plazo. Igualmente, si los estudios realizados han tenido como objetivo demostrar una no inferioridad en comparación con la rhGH diaria, se deberá demostrar que esta alternativa terapéutica es coste-efectiva. Se requieren y es necesario realizar estudios de farmacovigilancia fase IV que demuestren la eficacia y seguridad a largo plazo (estudios independientes, internacionales, multicéntricos y donde se compartan datos más allá de los intereses comerciales). El pediatra endocrino deberá identificar los pacientes candidatos para esta nueva molécula e individualizar su indicación.

El pediatra endocrino, una vez ya aprobada su comercialización, tiene la posibilidad de ofrecer esta alternativa terapéutica a sus pacientes, y en este sentido las familias deberán recibir una información rigurosa y honesta sobre los beneficios, limitaciones y experiencia existente y compararlo con los beneficios y la carga que supone el uso de la rhGH diaria. No cabe duda de que se ha abierto una nueva era en el uso de la GH con la aprobación de la GHLA, que puede suponer importantes beneficios para la calidad de vida de los pacientes y sus familias por la potencial mejora en la carga de la enfermedad. En este sentido el pediatra endocrino deberá ofrecer a los pacientes esta alternativa, desde el rigor de los conocimientos y buscando lo mejor para el paciente tanto a corto como a largo plazo.

DESARROLLO PUBERAL ALTERADO Y DESCUBRIMIENTOS RECIENTES

Prof. Dr. Manuel Pombo Arias

Catedrático Profesor Ad Honorem

Universidad de Santiago de Compostela

La pubertad retrasada puede deberse a hipogonadismos hipogonadotrópicos o hipergonadotrópicos o a una pubertad retrasada autolimitada (constitucional).

Por varias razones se defiende, en la actualidad, la denominación de pubertad retrasada autolimitada frente a la de retraso constitucional, ya que

se trata de una situación en la que, en ausencia de una causa subyacente identificable, se va a iniciar la pubertad antes de los 18 años. Además, no todos los pacientes con un retraso de la pubertad se acompañan de retraso de crecimiento. La pubertad tardía autolimitada representa la causa más común de pubertad tardía en ambos sexos. Hasta el 83% de los niños y el 30% de las niñas con retraso puberal tienen pubertad tardía autolimitada. Los individuos con pubertad tardía autolimitada se encuentran en el extremo de la etapa en la que se produce el desarrollo puberal normal, con la ausencia de agrandamiento testicular en los niños o desarrollo de los pechos en las niñas a una edad que es de 2 a 2,5 DE más tarde que la media de la población. La pubertad tardía autolimitada ya no se considera una variante benigna del desarrollo sin consecuencias a largo plazo. La pubertad retrasada en las niñas se correlaciona con el síndrome de ovario poliquístico, los niveles de insulina en ayunas, los niveles de triglicéridos y la densidad mineral ósea. En los hombres, debido a la falta de un marcador tan definido como es la menarquia, las asociaciones reportadas con resultados adversos para la salud están menos bien descritas. El retraso de la pubertad suele preocupar a los pacientes y sus familias. Puede afectar el bienestar psicosocial y las relaciones con los compañeros, y estos problemas son razones comunes para iniciar la terapia con esteroides sexuales. Sin embargo, aún se necesitan más estudios para evaluar completamente el sufrimiento psicosocial experimentado por las personas con pubertad tardía, si este sufrimiento tiene secuelas a largo plazo y qué impacto tiene la suplementación con esteroides sexuales en estos resultados. Los pacientes, las familias y los médicos también suelen estar preocupados de que el retraso de la pubertad pueda afectar a la estatura adulta, que sumado a que muchos pacientes presentan una baja estatura familiar junto con un retraso en la pubertad, acentúa las preocupaciones sobre la estatura adulta. De hecho, la estatura adulta puede verse afectada por el retraso de la pubertad, pero en promedio está solo ligeramente por debajo del objetivo genético. Tampoco está claro si la reducción de la masa y la densidad ósea en adultos representan una razón médica para iniciar la terapia con esteroides sexuales para el avance de la pubertad. Se ha informado de un efecto protector del retraso puberal sobre el riesgo de cáncer de próstata en los hombres.

La influencia genética en el momento de la pubertad es de fundamental importancia, ya que los estudios epidemiológicos y los enfoques genéticos estiman que entre el 50% y el 80% de la variación en el inicio de la pubertad se realiza bajo control genético. En la pubertad tardía autolimitada solo se conoce un pequeño número de causas genéticas.

Los pacientes con hipogonadismo hipogonadotrópico congénito, a diferencia de la pubertad tardía autolimitada, tienen un crecimiento lineal constante durante la infancia y solo se vuelven bajos para su edad con la ausencia del estirón puberal. Sin embargo, los estados hipogonadotrópicos no se pueden descartar por su baja estatura y su lenta tasa de crecimiento.

La edad ósea en la pubertad tardía autolimitada suele estar retrasada con respecto a la edad cronológica, pero los hitos del desarrollo se alcanzan a una edad ósea normal. Las concentraciones de gonadotropina y testosterona aumentan en concordancia con el desarrollo de la edad ósea. Por lo tanto, todas las etapas del desarrollo puberal ocurren a una edad más tardía de lo habitual.

De acuerdo con lo señalado, el cribado inicial en la pubertad tardía debe incluir la edad ósea, la LH y FSH basales (para buscar hipogonadismo hipergonadotrópico), la testosterona matutina y el análisis bioquímico para buscar enfermedad sistémica asintomática [hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (o proteína C reactiva), función renal, cribado celíaco, función hepática, electrolitos] y prueba de función tiroidea, IGF-I y prolactina para evaluar otras funciones hormonales hipofisarias. El cariotipo es importante especialmente en mujeres con hipogonadismo primario. La resonancia magnética del cerebro se utiliza para excluir la aplasia o hipoplasia olfativa u otras lesiones hipotálamo-hipofisarias.

Recientemente, se ha demostrado que una sola medición de inhibina B <35 pg/mL en niños prepúberes discrimina el hipogonadismo hipogonadotrópico congénito del retraso autolimitado con alta sensibilidad, pero el hallazgo no se ha replicado en otros estudios. En conjunto, el volumen testicular (punto de corte de 1,1 mL), la LH máxima inducida por GnRH (punto de corte de 4,3 UI/L) y el nivel basal de inhibina B se han propuesto como los identificadores más efectivos del hipogonadismo hipogonadotrópico congénito en la pubertad tardía de los varones adolescentes. Sin embargo, a menudo se justifica el seguimiento antes de que se pueda hacer un diagnóstico definitivo. Es posible que se requieran otras investigaciones, como la ecografía pélvica para la evaluación gonadal y uterina y la ecografía renal ante la sospecha de mutaciones en la anosmina 1 (*ANOS1*) que se asocian con malformación renal o agenesia unilateral.

Las bases fisiopatológicas en $\approx 50\%$ de los individuos con hipogonadismo hipogonadotrópico congénito siguen sin estar claras, a pesar de los avances recientes que han permitido identificar a más de 40 genes relacionados con trastornos en el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal. Existe un mayor o menor grado de variabilidad fenotípica dependiendo del gen implicado, con casi todas las mutaciones en *ANOS1* (OMIM 300836) que conducen a hipogonadismo hipogonadotrópico con anosmia (KS), mientras que las mutaciones de pérdida de función en *FGFR1* (OMIM 136350) se han identificado en pedigríes con KS, hipogonadismo hipogonadotrópico normósmico y pubertad tardía. Los factores ambientales pueden explicar parcialmente estas variaciones, pero cada vez está más claro que las interacciones gen-gen son un fenómeno importante, y se están desarrollando estrategias para identificar dicha herencia digénica e incluso oligogénica en las familias.

El tratamiento más común para la inducción puberal es el uso de inyección IM de testosterona. No estimulan el crecimiento testicular ni inducen la espermatogénesis. Todavía no está claro si la terapia con testosterona dificulta el desarrollo futuro de los testículos o la probabilidad de espermatogénesis si se usan gonadotropinas en la edad adulta. En los niños con pubertad retrasada autolimitada no iniciar pauta de testosterona en los niños antes de los 14 años (o EO > 12 años) y en las niñas antes de los 13 años (rara vez necesario). Se pueden utilizar diferentes protocolos de tratamiento con gonadotropinas para inducir la pubertad en varones adolescentes con hipogonadismo hipogonadotrópico. En los varones con hipogonadismo hipogonadotrópico, se considera iniciar tratamiento cuando EO alcanza los 14 años, incluso si diagnóstico no se ha confirmado.

CONFERENCIA

“LA RESPONSABILIDAD PENAL EN LA MEDICINA EN EQUIPO. UN DESAFÍO JURÍDICO”

Tuvo lugar esta conferencia el día 17 de diciembre en el salón de actos “Ramón y Cajal” y cuya programación fue:

- I. Presentación del conferenciante a cargo del Excmo. Sr. D. Jesús Loscertales Abril, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.
- II. Conferencia titulada “La responsabilidad penal en la medicina en equipo. Un desafío jurídico”, impartida por Excmo. Sr. D. Francisco M.^a Baena Bocanegra, académico numerario de la Real Academia Sevillana de Legislación y Jurisprudencia.
- III. Clausura el acto el Excmo. Sr. presidente de la RAMSE, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón.



J. Loscertales, C. Infantes y F. Bocanegra

PRESENTACIÓN

Dr. Jesús Loscertales Abril

Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y
Cirugía de Sevilla, dignísimas autoridades y representaciones,
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos numerarios,
Sres. académicos correspondientes,
señoras y señores:

Es para mí un honor haber sido designado para presentar al Excmo. Sr. D. Francisco Baena Bocanegra, que nos va a impartir la conferencia titulada “LA RESPONSABILIDAD PENAL EN LA MEDICINA EN EQUIPO: UN DESAFÍO JURÍDICO”. La Medicina, hoy suele ejercerse en equipo en todos los Hospitales y aun en pequeños centros privados, con un riesgo penal en su ejercicio, que la mayoría desconocen, y desconocíamos nosotros cuando ejercíamos. Espero que hoy muchas dudas queden aclaradas gracias a la experiencia y sapiencia del conferenciante, así como a sus dotes de comunicador.

Como ya dije el día de su anterior conferencia en este mismo foro, hay que ser osado para tratar de presentar en Sevilla, y más en ambientes Académicos, al Letrado D. Francisco Baena, porque nuestro conferenciante de hoy es de sobra conocido profesional y socialmente, tanto que uno de sus maestros, el Prof. Navarrete Urieta, siempre decía **“Usted puede matar a su mujer tranquilo, siempre que tenga asegurada la defensa por D. Francisco Baena”**.

CHURCHILL, decía que **“la política es casi tan excitante como la guerra y casi igual de peligrosa. En la guerra solo te pueden matar una vez, pero en política muchas veces”** y aunque Francisco Baena no ha estado nunca en la guerra, se mueve en el proceloso mundo Judicial, donde también te matan a menudo, pero él, hasta ahora, ha salido vivo y triunfante.

Quiero decirles, antes de seguir, que hoy citaremos varias veces a CHURCHILL, cuyas ingeniosas frases, dichas entre trago y trago de whisky, esconden un profundo pensamiento humanista. Winston Spencer Churchill bebía una botella de whisky, otra de champan y generosamente varias de vino, cada día, amén de fumarse varios habanos, lo que no fue obstáculo para que fuera uno de los grandes hombres del siglo XX y viviera algo más de 90 años. Ello nos lleva a creer, y a afirmar, que ni el tabaco, ni el alcohol matan, que lo que mata es la humedad.

Pero, entremos en materia.

Francisco Baena Bocanegra nació en Coín (Málaga) en 1942 y a los 12 años vino a vivir a Sevilla, donde desde entonces reside permanentemente, por lo que es considerado un sevillano de pro. Como decía nuestro añorado Hugo Galera, **“uno no escoge donde nace, pero si, donde quiere vivir y morir”**, y Paco Baena escogió Sevilla.

Estudió Derecho en la Universidad de Sevilla, terminando sus estudios en 1965 y haciendo en 1966 el Examen de Grado de Licenciatura, en el que obtuvo la calificación de Sobresaliente.

En Septiembre de 1967 causó alta en el Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla, comenzando inmediatamente a ejercer la abogacía, ejercicio en el que continúa después de 57 años de trabajo, continuo e ininterrumpido. Perteneció también a los Colegios de Madrid, Badajoz, Málaga, Córdoba, Huelva, Jaén, Cádiz y Jerez de la Frontera, territorios por los que se extiende su ejercicio profesional.

No vamos a detenernos otra vez a exponer minuciosamente su curriculum, pero quiero señalar algunos puntos, como que ha impartido más de 250 Conferencias, muchas de las cuales han sido a petición del Tribunal Supremo y del Consejo General del Poder Judicial.

Ha impartido numerosos cursos de Formación en relación con la responsabilidad penal en el ejercicio de la Medicina, por toda España, así como en el extranjero, en Chile, Argentina, Bolivia, Méjico, Colombia, etc.

Pertenece a numerosas Academias; es ACADÉMICO NUMERARIO DE LA ACADEMIA SEVILLANA DE LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA y de la ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS JURÍDICAS DE BOLIVIA y Académico Correspondiente de varias más, la de CIENCIAS, BELLAS ARTES Y BUENAS LETRAS “VÉLEZ DE GUEVARA” de ÉCIJA, la NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES de CÓRDOBA (Argentina), La REAL ACADEMIA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN de GRANADA, la ACADEMIA COLOMBIANA DE JURISPRUDENCIA y la ACADEMIA MEXICANA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN. y, para señalar su relación con el ejercicio de la Medicina, la REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA de CÁDIZ, le nombró en Abril de 2001 ACADÉMICO CORRESPONDIENTE DE MÉRITO, lo que es equivalente al ACADÉMICO DE ERUDICIÓN de nuestra Academia.

Ha publicado numerosos artículos de su especialidad, aunque es bien sabido que entre los abogados en ejercicio y con gran prestigio, como el que nos ocupa, sus mejores piezas escritas son Recursos de Casación ante el Supremo, y de Amparo ante el Tribunal Constitucional, Recursos ante los Tribunales Autonómicos y Ordinarios, etc., en los cuales se puede apreciar su verdadero conocimiento del Derecho y su estilo literario. Lástima que estas piezas escritas, no se publiquen, porque servirían para la enseñanza de las nuevas generaciones y deleite de los expertos, que las leerían con gusto.

Y quienquiera corroborar su estilo literario y su conocimiento de la abogacía, no tiene más que leer el magnífico artículo que publicó en ABC el 6 de Junio pasado, donde a propósito de hacer una elegía de un amigo letrado, ya fallecido, hace primero una magnífica descripción de qué es un abogado y de las formas de ejercer la abogacía. Y todo en una página, elegía y descripción, partiendo el espacio al 50%.

Ha recibido distinciones como la CRUZ DE LA ORDEN DE SAN RAIMUNDO DE PEÑAFORT, la MEDALLA DE HONOR DEL INSTITUTO ANDALUZ DE ACADEMIAS, la MEDALLA DE LA CIUDAD DE SEVILLA y la MEDALLA AL MERITO EN LA ABOGACIA, otorgada por el Consejo General de la Abogacía Española, acto en el que fue calificado como una **LEYENDA VIVA DE LA ABOGACÍA SEVILLANA Y ESPAÑOLA** por el Presidente de la Academia Sevillana de Legislación y Jurisprudencia.

Quiero además resaltar el reconocimiento y la proyección profesional en el ejercicio de la Abogacía de que goza nuestro conferenciante como especialista en Derecho Penal, y muy especialmente en la defensa de los numerosísimos casos asumidos en supuestos de responsabilidad penal del médico, especialmente en el ejercicio de la Medicina en equipo, por lo que es reconocido unánimemente en el Foro Jurídico de España como un verdadero experto.

Tiene un especial prestigio en este Foro como consumado y experimentado jurista y procesalista, dominador de la técnica del Recurso de Casación ante la Excma. Sala 2ª del Tribunal Supremo (Corte de Casación) ante la que ha formalizado innumerables recursos, así como promoviendo Recursos de Amparo ante el Tribunal Constitucional, con un alto índice de estimación de sus pretensiones.

Igualmente ha ostentado la dirección jurídica de demandas ante la Corte Europea de Derechos Humanos con sede en Estrasburgo, denunciando la violación de derechos esenciales reconocidos en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.

Hay también que señalar que a lo largo de su extensa e intensa vida profesional, habiendo actuado en mas 17.000 causas, sólo haya ejercido la acusación particular en tres de ellas, en las que la culpabilidad de los acusados fue declarada por el Tribunal de la Instancia y ratificada posteriormente por los Tribunales superiores.

Tiene además un enorme **PRESTIGIO SOCIAL** en la Sociedad Sevillana, donde, como todos sabemos, es difícil obtenerlo y fuera de Sevilla también, pero eso es más fácil.

Pero, sobre todo, por encima de su prestigio social y de su consideración altísima como jurista, él se define llanamente como un **CURRANTE DE LA TOGA**. Paco Baena es una gran persona, sencillo, leal, afable, franco, amigo de sus amigos, que sabe valorar la palabra dada, en suma, una persona en quien se puede confiar, tanto personal, como profesionalmente.

Nos vamos a centrar, pues, en conocer un poco al Letrado Baena como abogado y en su personalidad, indistinguible e inseparable de la del profesional, ya que como él mismo dice, **“ser abogado ha sido, es y seguirá siendo la pasión de mi vida, pero sobre todo es una gran responsabilidad y un compromiso con la Justicia”**. CHURCHILL decía que **el precio de la grandeza es la responsabilidad**, en lo que coincide Baena, quien dice que la responsabilidad es la que marca el ejercicio vital y profesional de una persona.-

Para ser Abogado, comenta como primera premisa, que **“hay que hacer un esfuerzo continuado, ser consciente de las propias limitaciones y trabajo, trabajo y trabajo, porque el Derecho no es una ciencia infusa”**. Cuando hizo esta afirmación con una triple repetición de lo más importante para él, me recordó a Napoleón, por la también triple respuesta que dio cuando le preguntaron que cosas se necesitaban para ganar todas las batallas, como él hacía. Esta triple respuesta fue: “se necesitan tres cosas, dinero, dinero y dinero, porque es clave comprar armamento y munición, ropa para las tropas, para el frío y el calor, alimentación adecuada y una buena sanidad con hospitales de campaña y todo esto solo se puede conseguirse con dinero”. La lógica aplastante de dos mentes preclaras.

Hay compañeros suyos que le atribuyen una especial suerte y él reconoce que es verdad, pero que se levanta a las cinco de la mañana a trabajar y unas veces la suerte llega y otras no, pero él sigue trabajando, esperándola. Como decía CAMILO JOSÉ CELA **“la suerte y la inspiración es que las musas te pillen trabajando”**, que es lo que Baena hace, esperarla trabajando delante de su ordenador, sus códigos y demás elementos de trabajo.

La segunda condición es **tener confianza en uno mismo y saber transmitirla al cliente**, porque si el defendido no confía en su abogado, está sobrando todo lo demás. A los médicos, también cabría aplicarnos esto en el ejercicio profesional.

Los honorarios, afirma, son importantes, pero no es lo primero, y recuerda que la toga es el único uniforme profesional que no tiene bolsillos. A buen entendedor con pocas palabras bastan.

Y la última condición es que **“no se crea nadie que con el estudio y el trabajo de ayer está todo resuelto. No es así, hay que seguir trabajando todos los días”**, en lo que también coincide con CHURCHILL, quien decía que **“el esfuerzo continuo, no la fuerza ni la inteligencia, es la llave para desatar nuestro potencial”**.

El ejercicio de la Abogacía en muchas ocasiones redunda en la soledad del que la ejerce, especialmente, como él dice, cuando el Juez invita a pronunciar el informe final y tras decir, **“CON LA VENIA”**, se queda total y absolutamente solo con, y ante, sus reflexiones, ya que lo que se va dilucidar, en función de lo que se diga, es el resultado de muchas horas de trabajo, más

si como él hace, expone su informe sin leerlo, exposición oral de la que es firme defensor, aunque luego, al terminar, siempre piense “lo que me dejé atrás”, “lo que no debí decir”. Pero citemos una vez más a CHURCHILL cuando decía **“los árboles solitarios, si llegan a crecer, crecen fuertes”**. Paco Baena creció, lo hizo en la soledad que siente ante el juez y ante sí mismo. Ahora ante ustedes está con toda la fortaleza de haber crecido solo.

Tiene fama de gran orador, pero él dice que es buen comunicador, defensor a ultranza de la oralidad, a veces apasionado, consecuencia de creer en sus propios argumentos.

Si, como decía LERICHE, el gran cirujano francés, todos los médicos llevamos un cementerio dentro, los abogados penalistas deben llevar una cárcel. Pero es cierto que a medida que es mayor el conocimiento y mejor el ejercicio profesional médico, la población del cementerio se reduce muchísimo; por esta misma razón, la cárcel interior de Baena Bocanegra debe ser muy pequeña, un pequeño apartamento de un solo dormitorio con baño incluido y cocina-salón-office-comedor integrados en una sola pieza, vamos una solución habitacional de 30 metros cuadrados de las de María Antonia Trujillo, Ministra de Vivienda con el sucesor de Aznar y predecesor de Rajoy en la Presidencia del Gobierno. No quiero, ni debo, pronunciar su nombre en este templo de la cultura y la ciencia que es la Academia.

Y, por último, terminaremos citando una vez más a CHURCHILL cuando decía que **“el gran problema de nuestra época consiste en que los hombres no quieren ser útiles, sino importantes”**. Paco Baena es una persona que a fuerza de querer ser útil ha llegado a ser importante, porque sabe que **un hombre ha de hacer lo que debe, a pesar de las consecuencias personales, a pesar de los obstáculos, peligros y presiones que sufra, y conoce también que eso es la base de la moral humana** y sabe, además, que **el coraje es lo que se necesita para pararse y hablar y también es lo que se necesita para sentarse y escuchar**. Aplicando estas dos máximas ha llegado a ser un gran hombre útil e importante, un paradigma incontestable de principios éticos, que sabe pararse para hablar y también sentarse para escuchar y dar consejos a quienes estén dispuestos a recibirlos, como nosotros haremos hoy.

He dicho

“RESPONSABILIDAD PENAL EN LA MEDICINA EN EQUIPO, UN DESAFÍO JURÍDICO”

Francisco Baena Bocanegra

La medicina en equipo es una realidad en constante progresión, que viene impuesta no solo por las exigencias sociales de mejorar la atención a los pacientes y usuarios, sino como consecuencia del avance imparable de los descubrimientos científicos en el ámbito de la salud con singular repercusión en las distintas especialidades del saber médico. El ejercicio de la Medicina desde hace tiempo viene superando la tradicional y no menos entrañable imagen intimista y de familiaridad de la relación “*paciente-médico de cabecera*”, hasta el punto de que en la actualidad sectores doctrinales proponen sustituir tal título de paciente-medico por el de *paciente-relación sanitaria*; en los momentos presentes, la asistencia médica y con ella organización hospitalaria mundial, pivota y se proyecta desde la presencia organizada y cohesionada de equipos multidisciplinares, en la que cada uno de sus miembros aporta su saber especializado y experiencia, mediante la distribución de tareas y funciones entre los distintos especialistas,⁵⁹ lo que sin duda favorece la eficacia de la actividad médica, y redundando en una mejora en los niveles de atención al paciente, sin ignorar la incidencia positiva de esta coparticipación médica en áreas tan sensibles como la deseada disminución de errores médicos.

Pero también **ello se proyecta y adquiere extraordinaria importancia en otros ámbitos ajenos a la actividad sanitaria propiamente dicha, como es el mundo del Derecho y la Justicia**, y concretamente en aquellos supuestos en que los resultados adversos producidos exigen determinar las hipotéticas responsabilidades de todo orden en que hayan podido incurrir cada uno los participantes, con ocasión de su intervención en los actos médicos prestados al paciente por los integrantes del equipo, lo que hace necesario delimitar las responsabilidades de cada uno de los miembros.

59. VALLEJO JIMENEZ Geovana Andrea en “*Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica*” pág. 141 y ss. precisa la definición afirmando que “el trabajo en equipo es una forma de organizar el trabajo que además de reunir las características propias de la división de trabajo, supone una ordenación de las actividades de cada uno de los intervinientes, lo que exige una organización premeditada puesta en común de los diferentes profesionales sobre las actuaciones que se va a seguir en relación con un concreto paciente.

No debemos olvidar que en el trabajo “*conjunto*”, existe jerárquicamente un jefe del equipo, pero ello no significa que, en principio, el jefe o cualquiera de los intervinientes en la atención del paciente deba responder por los errores o la negligencia en que hayan podido incurrir los demás actuantes o, dicho de otra forma, **no es responsabilidad de quien se comporta cuidadosamente, impedir las consecuencias que resulten del actuar imprudente de otro colaborador**. Pero tampoco podemos ignorar **que la distribución de tareas y funciones dentro del equipo** a la que antes aludíamos, **puede dificultar la concreción de las responsabilidades**, cualquiera que sea su naturaleza, **de cada uno de los intervinientes**.

Las cuestiones por dilucidar en estos supuestos son la determinación de las funciones específicas de cada interviniente y el análisis del cumplimiento y contribución de cada sanitario en el trabajo en común, lo que requiere estudiar cada caso concreto, valorando el tipo y la urgencia de cada intervención, así como el estado de formación y la fiabilidad de cada participante.⁶⁰

Si no adentramos en el mundo de la responsabilidad penal en el marco de la ejecución de una actividad conjunta como es el caso de los equipos médicos, la complejidad de los procesos sobre responsabilidad médica, en los que como dice RIVERA FERNANDEZ⁶¹ “*el diagnóstico o el tratamiento se hace depender de una decisión plural asumida por varios facultativos*” constituye una de las cuestiones dogmáticas en la ciencia penal que más exige de la atención de los estudiosos, partiendo de la exigencia insoslayable del Derecho Penal, que es **el principio de culpabilidad por el hecho propio** que en el orden penal impone inexorablemente a los jueces y Tribunales, la prohibición de promover la exigencia de responsabilidad penal por el hecho de otro; aun más, si olvidáramos o relegáramos la prohibición de exigir responsabilidad por el hecho de otro, el derecho penal se transforma en un peligroso instrumento totalitario.

Como precisa el AUTO de **18 de diciembre de 2020**⁶², dictado por el Tribunal Supremo (Sección 1ª) :

“la responsabilidad penal es estrictamente personal. Cualquier juicio de autoría exige que la persona a la que se atribuye responsabilidad criminal haya ejecutado por sí la acción típica o, en supuestos de coau-

60. WILHELM D, “*Probleme der medizinischen Arbesteilung aus strafrechtlicher Sicht*” en *Medizinrecht* 1983, pág. 45 y ss.

61. *La responsabilidad médico-sanitaria y del personal sanitario al servicio de la administración pública*, (Valencia 1997, pág. 76.

62. Sección 1ª, Pte. Excmo. Sr. Marchena Gómez. En la Causa especial seguida a consecuencia de diversas querellas interpuestas contra el Presidente y miembros del Gobierno de España, así como otras personas, como consecuencia de hechos cometidos con ocasión de la pandemia por COVID

toría, tenga el dominio funcional del hecho. Esta imputación puede ser especialmente compleja cuando la acción delictiva tiene lugar en el marco de una organización o estructura compleja y jerarquizada. La división y delegación de funciones y, por tanto, de la capacidad de decisión -que puede recaer en un grupo diverso y múltiple de personas que ejercen algún tipo de mando y dirección dentro de la estructura- hace todavía más difícil la afirmación de la responsabilidad criminal”,

Añadiendo, seguidamente, que esta complejidad no autoriza o permite:

“atribuciones objetivas de responsabilidad por el mero hecho de la posición o cargo que una persona concreta ostente en la organización, por muy alto que este sea. De hacerlo así vulneraríamos de manera flagrante el principio de culpabilidad.”

Si a ello añadimos que es exigencia inexcusable de cualquier análisis jurídico-penal, tener bien presente que la responsabilidad penal por los resultados producidos, los que fueren, impone demostrar que entre las acciones u omisiones que infringen el deber de cuidado y el resultado mortal o lesivo debe existir una concreta y precisa relación de causalidad, de forma tal que no es posible acusar a alguien de ser autor de un homicidio o unas lesiones graves si entre su acción u omisión y el resultado mortal o lesivo no puede afirmarse una inequívoca relación de causalidad, relación de causalidad que como recuerda el citado AUTO no puede construirse en términos genéricos y difusos, ni menos aun que el análisis individual y la prueba concreta del resultado producido, se pueda sustituir por una confusa referencia a atribuir su causación, a la acción u omisión del profesional sanitario.⁶³

En definitiva, el examen y la individualización de todas y cada una de las conductas concurrentes, en orden a determinar las hipotéticas responsabilidades personales, es **absolutamente necesario** y de ahí las dificultades a las que aludíamos y reconoce el Tribunal Supremo en la resolución citada, **lo que no es óbice para en supuestos de errores groseros y palmarios cometidos en el curso de la actuación sanitaria, bien por alguno o algunos de los miembros del equipo, pero que, por su notoria gravedad debiera haber sido**

63. El **art. 11 del CP** también se refiere a los supuestos de comisión por omisión, según el cual los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la Ley, a su causación, y en tal sentido se equipará la omisión a la acción cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar (madre que deja de alimentar a su hijo, o cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente). En suma y como enseña el mencionado Auto, es necesario *“tener muy presente que la autoría por omisión permite afirmar la responsabilidad criminal en aquellas ocasiones en las que la omisión, es decir, la infracción del deber de actuar, es equiparable ontológicamente a la acción.”*

advertido por otro u otros de los profesionales intervinientes, puede exigirse una responsabilidad compartida, como puede apreciarse en supuestos tales como el anestesista que se **ausenta del quirófano con la aquiescencia del cirujano**, y en su ausencia se produce un incidente anestésico que acarrea daños irreversibles al paciente, y sin descartar situaciones en las que el error del que se derivan perjuicios para al paciente puede ser el resultado de la suma de los errores menores de aquellos integrantes del equipo, por lo general como consecuencia de protocolos o normas de obligada observancia.

El propósito de esta conferencia no es otro que reflexionar sobre el reto jurídico que esta realidad ofrece en aquellos casos de infausto resultado y correlativa determinación de la responsabilidad, sin desconocer las dificultades de su individualización. Con ello, ya lo anticipo, mis reflexiones parten del profundo convencimiento de que son los profesionales de la Medicina que agrupan sus saberes y experiencia en tales equipo de trabajo, los llamados en muy buena parte a establecer el contenido, extensión y límites del **deber de cuidado que cada uno debe arrogarse como propia de su personal actuación médica** que le viene determinada en el grupo como consecuencia de la previa y necesaria división de trabajo, ya sea considerada desde una estructura horizontal o vertical, división de funciones que nos permitirá delimitar el campo de acción sobre el que ha de exigirse escrupulosamente al profesional el deber de cuidado principal o primario que le obliga, y una vez delimitadas las funciones propias de cada profesional en sentido estricto o por especialidad, inmediatamente debe precisarse si además de asumir los riesgos de su propia actuación profesional, el médico también debe -o no- tener presente y atender a la conducta del otros compañeros actuantes como un **riesgo añadido** que se integra y forma parte de su propio ámbito de actuación, supuesto que exigirá la concreción de en que supuestos y que límites debe alcanzar este ensanchamiento del deber de cuidado.⁶⁴

Pues bien, como tendremos ocasión de ver, **en esta difícil tesitura, el Derecho y singularmente el Derecho Penal nos va a ofrecer herramientas dogmáticas, criterios que nos van a facilitar la tarea de separación e individualización de las responsabilidades de los intervinientes**, criterios que no son otros que el **principio de la división de trabajo** y el “*principio de confianza*” que aplicados a estos supuestos de interactuación grupal o en equipo dentro de la actividad médico-sanitaria, bajo el denominador común de la previa división o reparto de funciones, nos facilitará encontrar respuestas a muchas de las cuestiones que se suscitan en orden a la determinación y concreción de la responsabilidad de cada miembro del conjunto o equipo en aquellos casos de actuación médico-sanitaria con resultados indeseados.

64. En tal sentido, LIUVER CAMILO MOMBLANC en “*Trabajo en equipo y principio de confianza en el debate de la responsabilidad médica por mala praxis médica*”. (Revista Lex Facultad de Derecho de la Universidad Alas Peruanas.

El principio de **división del trabajo** supone que cada miembro del equipo médico o sanitario, dentro del plan de división de funciones preestablecido, deberá realizar su actividad en la parte que le corresponda, y en la forma que le viene encomendada. Y en tal sentido una Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante (sección 1º), la **núm. 24/1998** precisaba que:

“A su vez, el principio de división del trabajo en equipo se ha impuesto en la Medicina moderna como una necesidad y consecuencia, al propio tiempo, del propio progreso científico y de la necesaria especialización, tal principio a la vez que proporciona múltiples ventajas, tales como una distribución razonable del trabajo y concentración de cada miembro del equipo en sus tareas específicas, es asimismo fuente de peligros en temas relativos a la falta de cualificación de alguno de los intervinientes, fallos de comunicación entre ellos o deficiencias de coordinación del propio equipo médico-quirúrgico.”

Por demás, y en esto no hay discusión doctrinal, que la división de trabajo puede adoptar dos formas, **horizontal** y **vertical**, y así mientras en la **división horizontal** la actuación de los profesionales se da entre iguales, es decir entre profesionales facultativos o no facultativos, con una formación académica similar, cumpliendo las funciones que le vienen asignadas, la **división de trabajo vertical** está presidida por el “**principio de jerarquía**”, lo que implica la **subordinación del equipo a la autoridad de un superior** cuya designación puede venir determinada en función de la formación y experiencia profesional de los aspirantes⁶⁵, o por competencia funcional en méritos de designación o nombramiento de quien puede hacerlo, sin que falten otros monografistas que abogan por acudir a ambos criterios⁶⁶ por considerar insuficientes por sí mismos los comentados para justificar tal clasificación.⁶⁷

65. Para consulta, Vid. Jorge Barreiro, *La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica*, 116; Bernardo Feijoo Sánchez, *Homicidio y lesiones imprudentes: Requisitos y límites materiales* (Zaragoza: Edijus, 1999), 232; Haga García, *La imprudencia médica*, 76; Gómez Rivero, *La responsabilidad penal del médico*, 395.

66. Véase en tal sentido Villacampa Estiarte, *Responsabilidad penal del personal sanitario. Atribución de responsabilidad penal en tratamientos médicos efectuados por diversos profesionales*, 156. En la doctrina alemana: Bockelmann. Umbreit, Brose, Bergmann, referenciados en: Rodríguez Vázquez, *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias. Criterios para delimitar la responsabilidad en supuestos de intervención conjunta de los profesionales sanitarios*, 196, n. 26

67. En tal sentido Carlos Romeo Casabona, *El médico y el Derecho penal I. La actividad curativa (Licitud y responsabilidad penal)* (Barcelona: Bosch, 1981), 250; Villacampa Estiarte, *Responsabilidad penal del personal sanitario. Atribución de responsabilidad penal en tratamientos médicos efectuados por diversos profesionales*, 156-58; Rodríguez Vázquez, *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias. Criterios para delimitar la responsabilidad en supuestos de intervención conjunta de los profesionales sanitarios*, 396. Rodríguez Vázquez, *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias. Criterios para delimitar la responsabilidad en supuestos de intervención conjunta de los profesionales sanitarios*, 198.

Sin embargo, la discusión no se agota con tales enunciados genéricos, y así los que sostienen el criterio de la cualificación profesional, cuando los profesionales concurrentes ostenten el mismo grado de titulación académica en sus respectivas especialidades (v.g. cirujano, anestesista, neurólogo),⁶⁸ estarán posicionados cada uno respecto de los demás, en una forma de ***división de trabajo horizontal*** y por tanto ***“asumen con el mismo grado de responsabilidad las respectivas fases del tratamiento”***,⁶⁹ mientras que concurrendo intervinientes con niveles de formación diferente (cirujano, ayudante de quirófano, instrumentista enfermera de quirófano etc.) se sitúan en el marco de una ***actuación jerarquizada propia de la organización vertical***.

Frente a tal criterio jerarquizante en función de la titulación y experiencia, otro sector doctrinal **sostiene que las estructuras hospitalarias actuales, están concebidas como organizaciones complejas y diversificadas**, dentro de las cuales igualmente se crean por razones de orden práctico sub-organizaciones, tales como dirección, comités científico y técnico, comité de gestión, etc. etc., **cada uno de los cuales operan dentro de las competencias asignadas por su organigrama**, de donde es necesario concluir que para determinar el criterio de clasificación, será necesario acudir a tales organigramas competenciales como criterio de clasificación, ya que prima sobre el criterio estricto de la cualificación profesional.⁷⁰

Y aquí, por la importancia que en la actual organización hospitalaria española tiene, he de hacer una llamada de atención a la relación **entre médico residente y el medico tutor**, respecto de las hipotéticas responsabilidades de orden jurídico que se puedan presentar, ya que si bien no parece discutible que la **relación entre ambos queda englobada entre los supuestos de división vertical de funciones**,⁷¹ por cuanto cumple con las características propias de esta forma de organización del trabajo en la que la función del alumno residente es dependiente del tutor, aunque ello no suponga la anulación de todas las competencias del residente, que si conserva una mínima autonomía, siquiera sea residual.

68. Algunos autores incorporan a la titulación académica, como una especie de plus adicional, la experiencia profesional, que de estimarse cambiaría la organización de horizontal, en vertical; en tal sentido, véase RODRIGUEZ VAZQUEZ en *“Responsabilidad penal en el ejercicio de las actividades médico-sanitarias. Criterios para delimitar la responsabilidad en supuestos de intervención conjunta de los profesionales sanitarios”*, opag.189

69. GOMEZ RIVERO *“La responsabilidad penal el medico”*

70. En tal sentido, como sostiene RODRIGUEZ VAZQUEZ *ob cit.* *“Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias...”* pág. 189 y ss., puede ocurrir que profesionales con la misma titulación académica y formación, se encuentren en un diferente plano jerárquico e incluso que no siempre el medico ocupe una posición superior respecto del que no lo es /(por ejemplo, el personal de enfermería).

71. Algunos como GOMEZ RIVERO *ob. cit.* *“La responsabilidad penal del médico...”* pág. 404

El segundo criterio viene representado por el “*principio de confianza*” en virtud del cual cada uno de los intervinientes en actividades conjuntas, pueden confiar en que los demás participantes realizaran correctamente su trabajo con el debido cuidado, doctrina esta que surge en Alemania con inmediata aplicación a los deberes y responsabilidades exigibles a los conductores en el tráfico circulatorio,⁷² desde la aceptación de que cuando intervienen diversos sujetos en una actividad peligrosa, cada uno de los partícipes puede confiar en que los demás llevaran a cabo su actuación correctamente, mientras no se presenten circunstancias especiales que hagan pensar lo contrario, doctrina que se proyectará inmediatamente a otros sectores sociales como el de la actividad sanitaria, y en la que tomando como ejemplo la actividad médico quirúrgica, el Prof. BARREIRO⁷³ recuerda que el principio de confianza:

“implica que el cirujano, puede en principio, confiar en que sus colaboradores (anestelistas, ayudantes enfermeras) se comportaran diligentemente en tanto no concurran en el caso concreto circunstancias especiales reconocibles -como la falta de cualificación, inexperiencia, inaptitud, descuidos graves- que le han pensar en lo contrario”.

Partiendo de lo anterior no cabe duda de que la aplicación del principio de confianza a la actividad médico-sanitaria, se va a proyectar en forma diferenciada en función a que la división del trabajo sea horizontal o vertical, y así en el caso del médico que se encuentra en un supuesto de división **horizontal** del trabajo con sus demás compañeros de equipo, confía en que cada uno lleve a cabo su actividad observando el más escrupuloso respeto al deber de cuidado que le es exigible, de la misma forma que el médico que se encuentra en un nivel jerárquico superior dentro de una organización de trabajo **vertical**, confía que sus dependientes o subordinados ejecuten sus funciones con la más puntual observancia de la «*lex artis*».

Si embargo la pregunta a propósito de la división de trabajo surge de inmediato: **¿en estos casos, el principio de confianza debe mantener su vigencia operativa absoluta en cualquier circunstancia?**,⁷⁴ y en razón a ello, ¿Puede un profesional sanitario que actúa en equipo y que incurre en un comportamiento descuidado o negligente ampararse en la confianza depositada en que sus demás compañeros de equipo actuarán correctamente?

72. STRATENWERTH Günter, Catedrático emérito de la Universidad de Basilea (Suiza), discípulo de Hans Welzel, en su obra “*Derecho Penal. Parte General*”, Cívitas, Madrid 2005.

73. JORGE BARREIRO, Agustín, en “*Imprudencia punible en la actividad médico quirúrgica*”, Editorial Tecnos. Madrid. 1990. Pag 119); en análogo sentido, CEREZO MIR, Jose “Curso de Derecho Penal español. Parte general. Teoría Jurídica del delito”, Editorial Tecnos. Madrid.

74. Posición sostenida entre otros por WILHELM en ob. cit ““*Probleme der medizinischen Arbeitsteilung*---“

Podemos anticipar que, si bien el **principio de confianza** permite en buena medida delimitar la responsabilidad de cada miembro en el trabajo de equipo, desde luego en la actividad médico-sanitaria no opera en forma mecánica absoluta, como inmediatamente paso a explicar.

División de trabajo horizontal y principio de confianza:

Es evidente y ya lo hemos dicho que en los casos de **división del trabajo horizontal** se parte de un trabajo en el que participan diversos profesionales con la misma titulación, que desarrollan una misma actividad de forma autónoma e independiente pero coordinada, de acuerdo a un organigrama, protocolo u otra disposición organizativa, trabajo que se hace en beneficio de un mismo paciente, y en ese campo entre los ejemplos más típicos está el caso de aquellas actuaciones sanitarias y el diagnóstico del médico encargado de ello, **que depende de los resultados analíticos de toda naturaleza que lleven a cabo otros profesionales** (piénsese en el oncólogo que deberá decidir su tratamiento a la vista de las pruebas patológicas que emita el especialista, o incluso el cirujano que deberá programar su intervención quirúrgica en función de los resultados del TAC o del Pet-tac, etc.), o los supuestos, que se dan en la **cirugía**, quizás el área más representativa, donde cirujano y anestesista actúan en plano de absoluta igualdad, cada uno con formación **especializada en sus cometidos profesionales y que justifica sobradamente que cada uno de ellos respondan de sus propios y personales actos respectivamente.**

Pues bien, en esta posición de iguales, autónomos e independientes en la ejecución de sus respectivos cometidos, **¿se le puede exigir el profesional médico que deba controlar por el cumplimiento de las obligaciones que le vienen atribuidas a otros colegas con los que interactúa en plano de horizontalidad?**

Una **posición doctrinal minoritaria** viene sosteniendo que **ninguno de los intervinientes incluirá en sus funciones vigilar las actuaciones de los demás, limitando la observancia del deber de cuidado a su propia actuación**, o dicho de otra forma sólo tendrá el deber de velar por su propia y personal conducta o actuación, **sin que deba asumir como factor de riesgo añadido la vigilancia de la corrección de la actuación médica de su colega.**

El **Tribunal Supremo**, por ejemplo y a propósito de un caso de **división de trabajo horizontal**, en su **Sentencia núm. 1497/2003 de 13 de noviembre**⁷⁵ en el que se había enjuiciado a dos médicos trabajando cada uno de ellos por cuenta de distintas sociedades que colaboran, uno ginecólogo que antes de practicar un aborto, confía en el informe emitido por otro médico especialista con licenciatura cursada en Francia, quien previamente a la vista del test de Hamilton practicado considera que la paciente sufre depresión y por

75. Ponente Excmo. Sr. Andrés Ibáñez; Recurso núm. 1301/2002.

tanto a su juicio queda incurso en el primer supuesto prevenido en la ley de despenalización del aborto, al considerar que *“la prosecución de su gestación supone probablemente un grave peligro para la salud”*. **Considera el Tribunal Supremo que el ginecólogo no tuvo motivo para apreciar o sospechar anormalidad alguna en la actuación de su colega**, y así, tras reconocer que la colaboración entre ambos se produjo en el marco de las relaciones normalizadas entre dos entidades, absuelve al cirujano al reconocer literalmente que

“no hay dato alguno de hecho que permita afirmar que D...(el ginecólogo) hubiera tenido motivos para sospechar de la legalidad del informe emitido ambos”,

absolviendo igualmente al especialista, con la adhesión al Motivo del Ministerio Fiscal,⁷⁶ bajo el argumento de que

no puede decirse que practica un aborto, ni participa de la conducta típica, quien se limita a emitir un dictamen”.

Frente a tal criterio, la **doctrina de nuestro país sostiene mayoritariamente que el principio de confianza no puede operar ilimitadamente** en la relación de trabajo **horizontal**⁷⁷ y si bien admiten como regla general que los profesionales sanitarios que se encuentren en supuestos de trabajo horizontal **deben atender y confiar prioritariamente en el trabajo que cada uno desempeña**, este nivel de confianza personal debe interrumpirse cuando se observe que el tercero, compañero en nivel de igualdad, ha infringido la diligencia debida y el deber de cuidado que debe observar en la ejecución de su cometido profesional, ya que no se puede confiar en el comportamiento de un tercero cuando se sospecha que actúa de manera imprudente, por lo que el que prevea la actuación negligente del otro deberá intentar corregir la actuación del otro para en todo caso intentar evitar el resultado lesivo que de ello pudiera derivar. Así, por ejemplo, nuestra jurisprudencia ha considerado reiteradamente al cirujano responsable de los errores directamente imputables al anestesta, en concreto en supuestos en los que el cirujano presencié cómo el anestesta abandonaba el quirófano.⁷⁸

76. Que por cierto citaba en pro de su tesis las SsTS núms. 1639/2000 de 26 de octubre y 2002/2000 de 19 de septiembre ambas bajo ponencia del Excmo. Sr. GRANADOS PÉREZ.

77. Entre otros, JORGE BARREIRO, Agustín, en *“Imprudencia punible en la actividad médico quirúrgica”*, Editorial Tecnos. Madrid. 1990; RODRIGUEZ, V. Editorial Biosca en *“Avances del Derecho ante los avances de la Medicina”*. Madrid 2008; VILLACAMPA ESTIARTE Carolina” *Responsabilidad penal del personal sanitario. Atribución de responsabilidad penal en tratamientos médicos efectuados por v7diversos profesionales”*. Editorial Aranzadi. Pamplona 2003

78. En tal sentido véanse las SsTS de 11 de octubre de 1979 o de 4 de septiembre de 1991.

Pues bien, este criterio es también el sostenido por numerosas resoluciones de nuestros Tribunales, y así una recientísima **Sentencia de la Ilma. Audiencia Provincial de Baleares núm. 136/2024 de 18 de marzo**⁷⁹ en la que se examina la condena de un médico especialista en anestesiología y reanimación y licenciado en medicina y cirugía, y un doctor en medicina y con título universitario en medicina estética⁸⁰ que en el curso de una intervención consistente en liposucción a una paciente en la que se iba a extraer o succionar grasa del abdomen, pubis y flancos, y en la misma intervención se iba a practicar un *lipofilling* de glúteos para remodelarlos mediante la inyección de la grasa anteriormente extraída, y si bien a la paciente al obtener su consentimiento informado se le impuso⁸¹ de posibles complicaciones como hemorragias y síndrome de embolismo graso, los profesionales no adoptaron cautelas respecto al riesgo de que necesitaran transfusión sanguínea de la paciente pese a que la hemorragia es una de las complicaciones previstas en el consentimiento informado, siendo así que en el trascurso de la segunda intervención (*lipofilling*)⁸² la paciente sufrió

79. Ponente Ilma. Sra. Gema Robles Morato, Recurso núm. 210/2023

80. El Juzgado de lo Penal los condenó como autores de un delito de homicidio por imprudencia profesional con la atenuante de dilaciones indebidas, a la pena de un año de prisión, e inhabilitación para el ejercicio de la profesión de medicina a tres años.

81. Y así consta en el documento la posibilidad de que se produjeran hemorragias como complicación **“posible, aunque muy rara”**, y **también el síndrome de embolismo graso** que **“es una complicación muy rara y posiblemente fatal de la liposucción y de la lipoestructura”**.

82. El relato probatorio de la sentencia dice *“La intervención comenzó a las 11:00 horas del día 6 de marzo del 2017, bajo anestesia general, sin control de temperatura y sin sonda vesical, y en el curso de esta le fue inyectada a la paciente 4.000 ml de solución Klein, que sirve para facilitar la aspiración de la grasa, disminuir el sangrado y anestesiar la zona a tratar; y que contiene suero salino, anestésico local, lidocaína, adrenalina y bicarbonato, y extrajeron 3.100 ml de grasa y 1.450 de líquido.*

Iniciada la segunda intervención, consistente en el “lipofillin”g, con la paciente en decúbito prono, a las 16:00 horas y sin que conste que hasta ese momento se hubiera producido nada anormal, Beatriz entra en parada cardiorrespiratoria.

La parada cardiorrespiratoria consiguió ser revertida por el anestesista en apenas unos minutos, sobre las 16:06 horas, sin embargo, no llamaron al 061 hasta las 17:03 horas, sin que conste que llevaran a cabo actuación alguna durante esta hora para averiguar la causa de la parada, no se aplicó ningún tratamiento ni tampoco se preparó a la paciente para su posterior traslado a la UCI que tenía que ser inmediato. El Centro Policlínico Quirúrgico S.L. no dispone de UCI.

Cuando llegó el 061 al Centro encontraron a la paciente sin cubrir; fría, pálida, con cianosis, hipotensa, con pupilas midriáticas y arreactivas y sin posibilidad de tomarle la tensión arterial pues era tan baja que no la detectaban. La primera muestra de la tensión arterial fue de 66/41, pese a que la información suministrada por el monitor del quirófano, y que fue confirmada por el anestesista, era de 132/72. La paciente no tenía apósitos y contaba con múltiples pequeños orificios en la superficie cutánea por los que salía

una parada cardiorrespiratoria, de la que en pocos minutos pudo revertirla el anestesista, si bien **los acusados:**

“no llamaron al 061 hasta las 17:03 horas, sin que conste que llevaran a cabo actuación alguna durante esta hora para averiguar la causa de la parada, no se aplicó ningún tratamiento ni tampoco se preparó a la paciente para su posterior traslado a la UCI que tenía que ser inmediato”⁸³

y continua:

“La paciente finalmente falleció en el Hospital de Son Espases a las 12:19 horas del día 7 de marzo del 2017, tras una nueva parada cardiorrespiratoria, siendo la causa fundamental de la muerte: embolia grasa pulmonar; la intermedia: shock hemorrágico, y la inmediata: parada cardiorrespiratoria.”

Pues bien, el Tribunal balear rechaza los recursos con unos argumentos discutibles pero contundentes, al decir:

“En el caso concreto, aunque los hechos penalmente relevantes se encuadran en un momento posterior a la cirugía, en el que todos los peritos coinciden en señalar que en este momento el papel del anestesista es principal, el CIRUJANO sin embargo estuvo presente y pudo controlar o estuvo a su alcance la posibilidad de control sobre el comportamiento absolutamente pasivo del anestesista. Y no es admisible el argumento de la defensa del cirujano de que estaba sometido a las “ordenes” del anestesista puesto que era evidente que la omisión de éste estaba poniendo en peligro a la paciente, y esto debía saberlo porque los técnicos del 061 lo detectaron nada más llegar. Los dos acusados estaban en el quirófano con la paciente, son médicos, tenían la misma posición de garante ante la situación crítica ante la que se enfrentaban, y aunque las desafortunadas decisiones las hubiera tomado el ANESTESISTA, el otro acusado las asumió como propias puesto que no hizo nada para corregirlas ni tampoco llevó a cabo ninguna

líquido teñido con sangre o sangre diluida, sin cerrar ni comprimir las heridas, ni habiéndole colocado faja compresiva alguna. Tenía las pupilas dilatadas, siendo este signo sugerente de daño cerebral. El juicio diagnóstico del 061 fue “shock hipovolémico”.

Trasladada la paciente al hospital de Son Espases al que llegó sin haber estado nunca estable, presentaba hipotermia al ser su temperatura de 32,5 grados y ello porque permaneció desnuda en el quirófano, no habiendo sido calentada, ni habiendo sido controlada su temperatura durante 5 horas ni en el postoperatorio. Asimismo, presentaba inestabilidad hemodinámica, taquicardia y anemia al presentar nivel bajo de hemáties, hemoglobina y hematocrito, apreciándose en TAC múltiples focos de sangrado activo, circunstancias no detectadas por los acusados al no haber realizado ninguna analítica tras parada cardiorrespiratoria a pesar de tener medios para ello.

La paciente finalmente falleció en el Hospital de Son Espases a las 12:19 horas del día 7 de marzo del 2017,

83. yY que el centro donde tuvo lugar la operación no disponía de UCI,

actuación para paliar la situación de gravedad en la que se encontraba la paciente. No olvidemos que la intervención en todo caso era suya, que la complicación se produce durante la misma, y que ante la situación de urgencia vital de la paciente en la que se encontraban el riesgo de retrasar injustificadamente el diagnóstico de una paciente crítica lo asumieron los dos.

La Sala de Apelación confirma la condena impuesta en la instancia.⁸⁴

Curiosamente la Sentencia del Juzgado de lo Penal invocaba a su vez la doctrina sentada por el **Tribunal Supremo en su Sentencia núm. 805/2017 de 11 diciembre** de en el luctuoso caso del concierto del *“Madrid Arena”* en el que fallecieron varias personas, y si bien la Audiencia de Madrid absolvió por aplicación de la **doctrina de los cursos causales hipotéticos**, el Tribunal Supremo rechazó tales argumentos, siguiendo la doctrina alemana, y condenó al médico.⁸⁵

Se habrán fijado en el vocablo o expresión que el Tribunal utiliza para referirse a los médicos: **“garantes”**, y este término lo verán reiteradamente utilizado en las Sentencias que contemplan delitos de omisión en la actividad médica, especialmente en delitos imprudentes, lo que me exige siquiera brevemente que les explique qué se entiende por **“garante”** y dejar claro que la Jurisprudencia **lo define genéricamente por la relación existente entre un sujeto y un bien jurídico** (piensen en la salud, la vida, la integridad física etc.), **en virtud de la cual el sujeto se hace responsable de la indemnidad de dicho bien jurídico;**

¿Y qué tiene que ver eso con los delitos de omisión?,

Enseguida lo comprenderán: **El tipo de omisión consiste en no realizar, pudiendo y debiendo hacerlo en posición de garante (el deber especial de cuidado dimana de la posición de garante), una determinada conducta para evitar la producción de una lesión de un bien jurídico, supuestos omisivos en los que la doctrina penal siempre ha tenido gra-**

84. Se impone a cada médico la pena de un año de prisión como autores de un delito de homicidio por imprudencia profesional grave, así como inhabilitación especial para el ejercicio de la medicina durante el plazo de tres años.

85. La Audiencia *entendió que no se había probado que hubiera pasado si se hubiese actuado correctamente por parte del médico*, y frente a tal argumento el TS sostiene *“que lo que hubiera importado es que se hubiese acreditado, fuera de toda duda razonable, que, aunque hubiera hecho el acusado todo lo que estaba en su mano, la joven hubiese lamentablemente fallecido. Solamente así se le podría haber exonerado de su responsabilidad. Sin embargo, quien no actúa, y puede hacerlo, como ocurre en este caso, practicando y llevando a cabo el comportamiento necesario para actuar, y no lo hace, aumenta el riesgo previsible, tan en grado sumo, que ocasiona que el resultado se produzca, como así fue, aunque no se sepa con certeza que hubiera ocurrido en caso contrario.”*

ves dificultades para en poder atribuir el resultado objetivamente a un determinado sujeto, y es lógico: Imputar el resultado al que no hace nada es tanto como equipararlo al que, si hace, pero al mismo tiempo hay que tener en cuenta que, en términos naturalísticos la inactividad que supone toda omisión no pone en marcha cadenas causales, no determina la producción de un resultado: “*ex nihilo nihil fit*”, o lo que es lo mismo “*nada surge de la nada*”, lo que se traduce jurídicamente de la inexistencia de una relación de causalidad.

Pues bien, en esos casos la JURISPRUDENCIA partiendo de considerar que el garante es responsable de la indemnidad del bien jurídico, o lo que es lo mismo tiene un deber jurídico de evitación del resultado, si no lo evita su conducta es equiparable a que lo hubiera realizado ACTIVAMENTE, a salvo que se compruebe “*con una probabilidad rayana en la seguridad*” que si el garante hubiera realizado la acción omitida, el resultado no se hubiera producido.⁸⁶

Y la pregunta surge de inmediato:

Si la Medicina no es una ciencia exacta, si la labor del médico es poner sus medios, pero sin garantizar resultados, ¿quién puede predecir que un resultado sea o no inesperado y no querido por infausto, pese a que la acción terapéutica sea la correcta e indicada?

Y en base a dicha doctrina el condenó a los dos médicos que llevaron a efecto la intervención de cirugía estética por entender que los mismos tenían la posición de garantes de la vida y la salud como responsables de dicha operación, mediante la que se había creado un riesgo, como el que efectivamente se produjo, no observándose por ellos la norma de cuidado que exigía la *lex artis ad hoc*, lo que se acrecentaba al “*no constar que se hiciera nada para averiguar la causa de la parada, no se aplicó ningún tratamiento y encima se perjudicó su recuperación con la hipotermia, la ausencia de medidas para parar la hemorragia pese a que es un riesgo de la operación y también por los defectos y ausencia de información a los técnicos del 061*”, como tampoco justificaron la tardanza en llamar al 061.

Otro supuesto digno de traer a colación, precisamente por sostener la tesis contraria, viene representado por la Sentencia núm. 298/2011 de 6 de julio dictada en grado de Apelación por la Sección 2ª de la Ilma. Audiencia Provincial de Alicante⁸⁷, en la que contempla una intervención quirúrgica llevada a cabo por un odontólogo con la asistencia de una médico anes-

86. Este posicionamiento raramente se contempla en nuestra construcción jurisprudencial como criterio decisor o “*ratio decidendi*” del fallo. Como ejemplos ilustrativos, cabe citar las SSTs núms. 368/2016, de 28 de abril; 865/2015, de 14 de enero de 2016 ; 88/2010, de 19 de enero; 1089/2009, de 27 de octubre; 716/2009, de 2 de julio.

87. Recurso núm. 1/2011, 1/2011, Pte. Ilmo. Sr. Pte.: Merlos Fernández

tesista, en el curso de la cual la paciente, una menor, sufrió una situación, bien de parada cardíaca o bradicardia severa, y una desaturación de oxígeno al 65%.⁸⁸ Tal episodio tuvo una duración de entre 4 y 12 ó 13 minutos. No obstante, y pese a lo excepcional de la situación dada y ser conscientes de la misma, **en lugar de proceder a su traslado urgente a un centro hospitalario para diagnóstico de posibles daños cerebrales y su tratamiento**, como imponían los deberes de su profesión, los acusados, no percatándose de la gravedad del episodio ocurrido, **continuaron con la intervención, sin detenerla, a efectos de realizar empastes en la boca de la niña por un tiempo aproximado en entre 15 y 20 minutos**. En el momento de revestir la sedación, la menor no despertó, presentado mioclonías o movimientos perioculares, siendo trasladada al Hospital General de Alicante en un coche particular, al parecer monitorizada, sin bradicardia y con buena saturación de oxígeno y de allí, por falta de camas disponibles, al Hospital La Arrixaca de Murcia, donde falleció el día 1/1/2006.

La muerte de la menor fue consecuencia de hipoxia severa o anoxia neuronal aguda con edema cerebral, por falta o déficit de oxígeno en el cerebro padecida durante el periodo de bradicardia señalado.

La sentencia de la instancia justifica la atribución del resultado de la muerte de la menor a la **conducta omisiva** de la **anestesista** acusada, al precisar que **la infracción de la norma de cuidado en no evacuar a la menor tras la recuperación hemodinámica para procurar una exhaustiva observación y, en su caso, el tratamiento adecuado; en definitiva, los médicos, singularmente la anestésista, omitieron ordenar el inmediato traslado de la menor a un hospital dotado de mejores medios**, y condenaron a cada uno de los facultativos a la pena de un año y seis meses de prisión, y tres años de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión médica.

Recurrida la Sentencia, la Sala de Apelación **como quiera que en la pericial practicada por los médicos forenses⁸⁹ informaron que la evacuación**

88. La bradicardia se concretó al menos, según los datos aportados por la acusada, en un descenso a 35 pulsaciones por minuto, precisando ventilación manual con ambú, una primera dosis de atropina con masaje cardíaco, dos dosis más de atropina. A pesar de ello, la situación de la menor no mejoró, persistiendo la bradicardia, con 30 o 35 pulsaciones por minuto. **Finalmente, se le administró una dosis de adrenalina, reaccionando entonces la niña, presentando taquicardia con saturación de oxígeno del 100% y recuperando la ventilación espontánea.**

89. Llama la atención que en este caso, precisamente las defensas que habían tachado de falta de rigor la pericia prestada por los médicos forenses *“porque no estuvieron en contacto con la menor y porque no cuentan con experiencia clínica y práctica con la que cuentan el resto de los peritos y los propios acusados”*, encuentra una respuesta sobrada de lógica por parte del Tribunal al decir que *“en cuanto a la experiencia clínica, es cierto que los forenses no la tienen, y sí los peritos de la defensa; pero no es menos cierto que aquí no estamos en un quirófano, sino en un proceso, y que la competencia*

de la menor probablemente no habría evitado el resultado, pues el daño cerebral ya estaba hecho, insistiendo en que el comportamiento que ellos estiman adecuado (interrupción de la operación y evacuación) **lo más probable es que no habría evitado la muerte de la niña** (recuerden lo que les decía antes acerca de **que la inactividad que supone toda omisión, en cuanto que no pone en marcha cadenas causales, no determina la producción de un resultado: “ex nihilo nihil fit”, o lo que es lo mismo “nada surge de la nada”**), lo que se traduce jurídicamente en la **inexistencia de una relación de causalidad (la muerte de la menor no se hubiera evitado con el traslado por cuanto el daño cerebral ya estaba hecho) o, lo que es lo mismo que el garante no hubiera evitado la producción del resultado, con una probabilidad rayana en la seguridad, se concluye literalmente que “no concurre en el caso el elemento de la causalidad hipotética que exige la jurisprudencia para atribuir el resultado lesivo a la conducta omisiva enjuiciada”**.

En cuanto al **cirujano** previo recordar la sentencia de apelación que en la división de trabajo horizontal y especialmente en la quirúrgica, **se rige por el “principio de confianza”**, merced al cual todo interviniente puede y debe confiar en que los demás sujetos respetarán las reglas y llevarán a cabo correctamente su cometido, mientras no tenga indicios claros de que no lo van a hacer y precisar que en virtud de tal confianza, por regla general, **se atribuya a los anestelistas la responsabilidad de vigilar y mantener las constantes vitales en el curso de las operaciones quirúrgicas y en la reanimación, se absuelve al cirujano**, entendiendo **que si el debido comportamiento indicado de la anestelista** (evacuación, control exhaustivo, etc.) no puede afirmarse que, con probabilidad rayana en la seguridad, hubiera evitado el resultado, **tampoco podrá hacerse tal afirmación con relación al del acusado Augusto**, pues su conducta indicada (**de estimarse que estaba penalmente obligado a ello**) sería la **interrupción de la operación y evacuación** pero con menor control que la anestelista dadas sus respectivas competencias, **concluyendo por tanto que su conducta era atípica**.

Otra Sentencia, la **núm. 124/2018 de 3 de abril**, dictada por la **Ilma. Audiencia Provincial de Las Palmas** (Sección 1ª)⁹⁰ en trance de apelación, analiza un supuesto en el que un trabajador sufre un accidente al apoyar su mano izquierda en una mesa con cristales, acudiendo un mes después a la Clínica de

requerida es, precisamente, la de los médicos forenses, pues no se trata de anestelizar a nadie, sino de averiguar la causa, circunstancias y modo de producción de la muerte de una persona, objeto de conocimiento éste que es el de la patología forense y no el de la anestesiología y reanimación. Por tanto, sin negar el valor de las aportaciones de los anestesiólogos, el objeto de la pericia que ahora nos ocupa, esto es, la causa de la muerte, pertenece más a la competencia de los médicos forenses que a la de los anestelistas.

90. Ponente Ilmo. Sr. Alemán Almeida, Recurso núm. 97/2018

la Mutua aseguradora manifestando la existencia de una sensación de cuerpo extraño en la cara interior de la región interfalángica proximal-medial del 2º dedo de la mano izquierda, siéndole pautada una radiografía del 2º dedo de la mano izquierda, que fue informada en el sentido de que no se evidenciaba cuerpo extraño, **por lo que se prescribió la práctica de una ecografía aclaratoria del 2º dedo de la mano izquierda**, y en la que se informó la existencia de una imagen de un cuerpo extraño de 6 milímetros de diámetro cráneo-caudal x 1,5 milímetros de diámetro transversal, donde el paciente refería la sensación de bulto y molestia, todo lo cual valorado por facultativo motivo que fuera derivado a un hospital al que el lesionado acudió portando la documentación médica y las pruebas diagnósticas, que hacían referencia clara al segundo dedo de la mano izquierda, para su entrega a un especialista en cirugía ortopédica y cirugía, que ordenó la realización de una radiografía del segundo dedo de la mano izquierda, y programó la intervención quirúrgica, en la que le asistiría como ayudante otro médico especialista en cirugía ortopédica y traumatología, quien por cierto estuvo presente en dicha consulta, siendo así que intervenido quirúrgicamente por ambos, **que disponían o podían haber dispuesto de la documentación médica necesaria para conocer el dedo de la mano realmente afectado por el cuerpo extraño y, sin embargo, sin consultar la documentación aportada por el paciente, ni siquiera los documentos de la Mutua que obraban en el expediente clínico del paciente, ni la propia radiografía encargada por ellos y realizada en el mismo Hospital, ni comprobar el dedo a intervenir** y, asimismo, sin indicación, puesto que toda la documentación aportada y las pruebas complementarias sostenían que el dedo afecto era el 2º dedo de la mano izquierda, **procedieron a intervenir el 3º dedo de la mano izquierda con total desconocimiento de la *lex artis*, no observándose granuloma ni cuerpo extraño**. Gabino se percató entonces del error en el miembro intervenido y se lo comunicó a los acusados, decidiendo el acusado Gerónimo intervenir el 2º dedo de la mano izquierda, no observándose asimismo granuloma, ni cuerpo extraño, y ello a pesar de la evidencia ecográfica de la existencia de un cuerpo extraño de 6 milímetros de diámetro cráneo-caudal x 1,5 milímetros de diámetro transversal. El paciente fue dado de alta a las 12:24 horas.

División de trabajo vertical y principio de confianza:

Recordábamos «*ut supra*» que la ***división de trabajo vertical*** está presidida por el “**principio de jerarquía**”, o lo que es lo mismo la subordinación del equipo a la autoridad de un superior (el ejemplo más habitual el personal de enfermería y el médico, y singularmente en el campo de la cirugía, en tanto en cuanto que una intervención quirúrgica requiere la intervención de diversos especialistas (cirujano, anestesista, incluso cardiólogos, y por demás enfermeras o ATS como auxiliares sanitarios), abstracción hecha en este momento del modo de su designación. **Pues bien, en estos casos también DEBE REGIR el principio de confianza del superior en los inferiores**, ya que de no aceptarlo tenemos que asumir que entonces el superior debe man-

tener una postura continua de vigilancia de las actividades del subordinado, **lo que resulta prácticamente imposible**. Por tanto tenemos que partir en que en la relación vertical del trabajo el superior puede y debe confiaren que las tareas que ha delegado serán ejecutadas de acuerdo al deber objetivo de cuidado. Ahora bien esta confianza no puede operar de modo absoluto, y así al superior jerárquico tiene unos especiales deberes de control respecto de los subordinados, deberes que son limitadores del principio de confianza y que se concretan en lo que se denominan “deberes secundarios”.

Una Sentencia de hace ya más de 25 años, dictada por la *Sección I^a* de la **Ilma. Audiencia de Alicante**, la **sentencia núm. 24/1998 de 29 de enero**⁹¹ siguiendo la más autorizada doctrina científica, precisaba con notorio acierto respecto de la **división de trabajo vertical**, la necesidad de

“.. delimitar las funciones específicas que corresponden al personal sanitario, en cuyo ámbito se puede hablar de plena autonomía y de responsabilidad propia del personal de las enfermeras o equipo auxiliar del ... (cirujano). Igualmente, y dentro de la división del trabajo vertical, opera el principio de confianza, es decir, que el médico pueda confiar en tal personal para la preparación y asistencia en la intervención siempre que se trate de tareas que le son propias y para las que se encuentran convenientemente instruidas y formadas”.

Esta sentencia dictada en sede de apelación contempla uno de los supuestos más habituales en la **división vertical**, a saber la de subordinación de los profesionales de la enfermería respecto del médico, siendo el supuesto juzgado que con ocasión de una operación de hernia de hiato, en el transcurso de la cual quedó inadvertidamente abandonada una compresa en el cuerpo del paciente, quien dos meses después por sus quejas llevo a la realización de un examen radiológico, revelador de la existencia en la zona intervenida bien de restos de sutura metálica o de hilo de seguridad de compresa, y si bien el radiólogo recomendó la práctica de un TAC para confirmar su hallazgo, el cirujano decidió efectuar una segunda intervención para retirar el cuerpo extraño observado en la radiografía, precisando los hechos probados de la Sentencia que el acusado consignó **“en la hoja quirúrgica que había extraído un absceso de unos 300 cc. de pus...”**, absolviendo el Juzgado de la Instancia al cirujano, entendiendo que el abandono de material quirúrgico en el cuerpo del paciente no era debido a su negligencia, y **si a un descuido del resto de equipo médico auxiliar del cirujano que no había realizado correctamente su labor de control del material utilizado, sin que la sentencia entrara a juzgar a dichas personas, sencillamente porque no habían sido traídas al proceso.**

Pues bien, la sentencia citada es revocada por el Tribunal de Apelación, si bien ante de alcanzar la condena del médico absuelto en la instancia, acomete con rigor analítico el examen de las cuestiones fundamentales que se

91. Recurso núm. 248/1997, ponente Ilma. Sra. Dña. Carmen González Pastor.

concitan en el caso, a saber a) **La determinación de los deberes de cuidado de las enfermeras de acuerdo con sus cometidos específicos** como consecuencia del principio de división de trabajo, y en especial *“respecto de la asistencia médica al enfermo, tales como cuidado, vigilancia, preparación del paciente en la actividad médico-quirúrgica”* en cuyo ámbito

“jugarán un papel importante el principio de división de trabajo y, con especial intensidad, el de confianza, esto es, el médico podrá confiar, con carácter general, en que la enfermera procederá correctamente en la asistencia médica al paciente, salvo que las especiales circunstancias del caso no permitan justificar tal confianza y reclamen que el médico cumpla con los deberes especiales de vigilancia, control o instrucción del personal sanitario auxiliar”, para inmediatamente detenerse en sus deberes en lo que denomina *“actividad auxiliar médica”*, entendiendo por tal:

- a) *“el cometido de las enfermeras que ha de ayudar en las acciones propias del médico, como por ejemplo ordenar y preparar el instrumental médico, y la labor de control de las gasas utilizadas en la operación teniendo presente que aquí el problema estriba en delimitar qué cometidos podrá delegarse en las enfermeras, debiendo tener presente que la asistencia de estas en la intervención quirúrgica es marginal, indirecta y mecánica”*.
- b) **El alcance del principio de confianza** en las relaciones entre el médico (en este caso el cirujano) y las enfermeras, y finalmente
- c) **Las especiales fuentes de peligro que concurren en la división del trabajo vertical y los deberes de cuidado que debe observar el cirujano-jefe del equipo para neutralizar aquéllas**, singularmente las relativas a la falta de cualificación del personal sanitario, fallos de comunicación o coordinación del equipo médico-quirúrgico de los que puede resultar la responsabilidad penal del jefe de equipo si ha infringido sus especiales deberes de cuidado secundarios, tales como los de instrucción, vigilancia y control del personal sanitario auxiliar.

Tras ello, la Sala de Apelación en el Fundamento Jurídico 3º justifica su Fallo condenatorio, concretando sus reparos en que el cirujano con ocasión de la primera intervención

“no prestó la más mínima atención antes de proceder la sutura de la cavidad abierta, a la presencia en el cuerpo del paciente de un cuerpo extraño y de carácter metálico descuidando de forma elemental los deberes de inspección y control de su equipo de personal auxiliar, y tal descuido desencadenó no sólo una importante infección en el organismo del paciente que se puso de manifiesto inicialmente en el examen radiológico practicado casi a los dos meses de la intervención ... tras las continuas quejas, dolores y molestias relatadas por el paciente, sino cuando este decide intervenirle seis días después para la extracción del cuerpo metálico abandonado en el hipocondrio izquierdo...”



FUNDACIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN RAMSE EN 2024

FUNDADORES

- La 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 Sáenz López de Rueda
- D. Pedro Sánchez Guijo
- D. José Luis Serrera Contreras
- D. Ismael Sotillo Gago (†)
- D. Benito Valdés Castrillón
- D. Eduardo Zamora Madarías (†)

PATRONOS

- Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (representada por el Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón, presidente de RAMSE y su Fundación)
- Ilmo. Sr. Dr. D. Blas Rodríguez de Quesada Tello. Vicepresidente de RAMSE y su Fundación.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra. Tesorero de RAMSE y su Fundación.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Federico Argüelles Martín.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Bautista Alcañiz Folch.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Sabaté Díaz.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Alberto García-Perla García.

- Dr. D. Eduardo Domínguez-Adame Lanuza.
- Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Sevilla (representado por el Sr. Dr. D. Juan Manuel Contreras Ayala)

COMISIÓN EJECUTIVA

- Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Sabaté Díaz. Presidente Comisión Ejecutiva.
- Dr. D. Eduardo Domínguez-Adame Lanuza. Secretario Comisión Ejecutiva.
- Dr. D. Juan Manuel Contreras Ayala.
- Ilmo. Sr. Dr. D. Julio Cuesta Domínguez.
- 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.

MEDALLAS DE LA FUNDACIÓN

- Ilmo. Sr. Dr. D. Alfonso Carmona Martínez
- Hermandad Esperanza de Triana de Sevilla
- Hermandad de los Estudiantes de Sevilla

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
- MAS ALIMENTACIÓN Y SALUD. Director: Dr. D. José María López Puerta. Secretario: Dr. D. Martín Navarro Merino

MIEMBROS COLABORADORES

- Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla
- Universidad Loyola
- Moeckel Abogados S. L.
- Fundación Morera & Vallejo
- D.^a Reyes Martínez y Familia
- Fundación MAS
- Asociación Española Contra el Cáncer
- Fundación ECO

DISTINCIONES

La Fundación Morera & Vallejo concedió a la RAMSE y su Fundación, el premio “Amanecer del Arte y Cultura”, en su categoría de Premio a la Excelencia en la Formación Académica y Divulgación Cultural. Dicho premio ha sido concedido por la labor de RAMSE y su Fundación al impulso y desarrollo de todas aquellas actividades que contribuyen al fomento, difusión y mejora de la Medicina, Salud y de la Cultura Socio-Sanitaria. Esta prestigiosa distinción fue entregada a nuestro presidente, Excmo. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón, por el presidente de la Fundación Morera & Vallejo, D. Antonio Morera Vallejo en una gala celebrada en el Cortijo de la Gota de Leche.



CÁTEDRA DE DIVULGACIÓN ONCOLÓGICA

La Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (RAMSE) ha creado esta Cátedra como Foro Científico de reflexión que nace con el objeto de contribuir, desde el punto de vista médico, social y científico a la lucha contra el cáncer, así como, mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y su entorno socio-familiar. A su vez, pretende colaborar en el desarrollo de la investigación sobre el cáncer e influir en el estilo de vida de los ciudadanos y, por tanto, en su prevención.

Dicha Cátedra está dirigida por el Dr. D. Juan Antonio Virizuela Echaburu (académico correspondiente RAMSE), siendo su secretario el Dr. D. Diego Gómez Ángel (académico correspondiente RAMSE). A su vez, está asistida por el Ilmo. Sr. Dr. Enrique Murillo Capitán (académico numerario RAMSE).

Esta Cátedra está patrocinada por D.^a Reyes Martínez y Familia, así como asociada a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y a la Fundación ECO.

CONFERENCIAS DEL CICLO “ESTILO DE VIDA Y CÁNCER”

13 DE FEBRERO 2024

“PAPEL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC) EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO”



LA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA



Tiene el placer de invitarle a la conferencia del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”
Organiza **Cátedra de Divulgación Oncológica:**

Apertura Excmo. Sr. Presidente de la RAMSE **Dr. D. Carlos A. Infantes.**
Moderación **Dr. D. Juan A. Virizuela**, Director de la Cátedra de Divulgación Oncológica.
“Papel de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en la atención del paciente Oncológico”

Intervienen: **D. Jesús Maza Burgos**, Presidente Provincial de Sevilla de la AECC.
D^a. Begoña Sabaté Garrachón, Coordinadora General de Voluntariado Provincial de Sevilla de la AECC.
D^a. Isabel Orbe Martínez-Avial, Directora General de la AECC y Directora de la Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer.

Fecha: Martes 13 de febrero de 2024
Hora: 19:00 h
Lugar: Salón de Actos “Ramón y Cajal” Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
C/Abades, 10. 41004 Sevilla

Más información en www.ramse.es

La sesión fue iniciada con la apertura de la misma por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón. La introducción y moderación de la misma fue realizada por el Dr. D. Juan Antonio Virizuela Echaburu (académico correspondiente RAMSE), director de la Cátedra de Divulgación Oncológica. El Dr. Virizuela realizó una introducción y presentación de los ponentes: D. Jesús Maza Burgos, presidente provincial de Asociación Española Contra el Cáncer (AECC); Dña. Begoña Sabaté Garrachón, coordinadora general de Voluntariado Provincial de Sevilla de la AECC y Dña. Isabel Orbe Martínez-Avial, directora general de la AECC y directora de la Fundación Científica de la AECC.

D. Jesús Maza Burgos, presidente provincial de Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), realizó una explicitación de la misión, valores, funciones y objetivos de la AECC. Transmitió al plenario su llegada a la AECC (según el ponente, algo casual), su impresión, convicción e implicación en cuanto alcanzó el conocimiento de la misma, así como su impor-

tancia en la labor de prevención social, apoyo al paciente oncológico y su entorno familiar.

Dña. Begoña Sabaté Garrachón, coordinadora general de Voluntariado Provincial de Sevilla de la AECC, resaltó la importancia del voluntariado altruista que colabora y se implica con la AECC. Dicho voluntariado acompaña al paciente oncológico y sus familiares, tanto en la atención hospitalaria sanitaria como es su domicilio. Terminó su ponencia animando a los integrantes de la sala a su implicación como voluntarios de la AECC.

Dña. Isabel Orbe Martínez-Avial, directora general de la AECC y directora de la Fundación Científica de la AECC, recordó el funcionamiento y estructura de la AECC, la gestión de sus recursos (tanto ingresos como gastos), así como la labor en la promoción y financiación a los investigadores en sus proyectos científicos que buscan el avance en cuanto al conocimiento, prevención, diagnóstico y terapia del cáncer.

El acto fue clausurado por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón.



12 DE MARZO 2024

“NUEVOS RETOS EN ONCO-HEMATOLOGÍA: HORIZONTE 2030”



El día 12 de Marzo del 2024, se desarrolló en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, el Simposio “NUEVOS RETOS EN ONCO-HEMATOLOGÍA: HORIZONTE 2030”. Dicho acto ha sido una iniciativa científica de la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología junto a la Cátedra de Divulgación Oncológica de la Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Ha contado con el aval científico de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, así como el patrocinio de Johnson&Johnson.

La inauguración y bienvenida fue llevada a cabo por: D. Isaac Túnez Fiñana, secretario general de Salud Pública e I+D+i en Salud, de la Consejería general de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; Dr. Juan Antonio Virizuela, académico correspondiente y director de la Cátedra de Divulgación Oncológica de la RAMSE; Dr. José Antonio Pérez Simón, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). A continuación, se procedió a la conferencia “Avances en la Investigación Onco-Hematológica”, impartida por la Dra. María Victoria Mateos, presidenta de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), del Servicio de Hematología del Hospital Clínico de Salamanca. El Simposio prosiguió con la mesa “Equidad en el acceso a las innovaciones: situación actual y retos futuros”, moderada por la Dra. María Victoria Mateos, que dio entrada a los panelistas de dicha mesa: Dra. María Casanova, del Servicio de Hematología del Hospital Costa del Sol (Marbella); Dr. Joaquín Sánchez, del Servicio de Hematología del Hospital Reina Sofía (Córdoba) y presidente de la Asociación Andaluza de Hematología y Hemoterapia (AAHH); Dr. Miguel Ángel Álvarez, del Servicio de Hematología del Hospital Reina Sofía (Córdoba); Dra. Esther Clavero, del Servicio de Hematología del Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Dr. Manuel Molina, director gerente del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla); Dr. Carlos Míguez, director médico del Hospital Virgen Macarena (Sevilla); D.^a Casilda Ortega, FEA de Farmacia del Hospital Regional Universitario (Málaga); Dra. Eva Mingot, jefa de sección del Banco de Sangre del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla); Dr. David Vicente, director de la Estrategia en Cáncer de Andalucía, y la Dra. Carmen Couto, jefa del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Valme (Sevilla).

La mesa tuvo un gran desarrollo científico y social, haciendo hincapié en la accesibilidad a las nuevas implementaciones hemato-hemoterápicas en Andalucía.

A continuación, se procedió al desarrollo de la mesa “Medicina de Precisión y Terapias Avanzadas en Andalucía”, moderada por el Dr. José Antonio Pérez Simón, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Dicha mesa estaba constituida por los panelistas: Dra. María Espinosa, del Servicio de Farmacia del Hospital Regional Universitario de Málaga; Dra. Inmaculada Concepción Herrera, jefa del Servicio de Hematología del Hospital Reina Sofía de Córdoba y académica de número de la RAMSE; Dr. Sebastián Garzón, jefe del Servicio de Hematología y director médico del Hospital de Jerez (Cádiz); Dra. María Ángeles García, directora gerente del Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Dra. Sandra Flores Moreno, jefa del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla); D.^a Celia Fernández, directora general de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud; Dr. Miguel Ángel Calleja, jefe de Farmacia del Hospital Virgen Macarena (Sevilla); Dra. Alicia Rodríguez, jefa del Servicio de Hematología del Hospital Virgen Macarena (Sevilla), Dr. Francisco Javier Capote del Servicio Hematología del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz).

Dicha mesa tuvo un gran interés en cuanto al desarrollo en nuestra Comunidad Autónoma de la Medicina de Precisión y las Terapias Farmacológicas en el ámbito de la hematología y hemoterapia, así como sus vías de promoción y financiación.

A continuación, se procedió a la presentación de conclusiones de ambas mesas, con la participación de los panelistas. Finalmente se estableció la clausura y cierre del simposio, acto que fue llevado a cabo por D.^a Celia Fernández, directora general de Asistencia Sanitaria del SAS, Dr. Juan Antonio Virizuela, académico correspondiente y director de la Cátedra de Divulgación Oncológica de la RAMSE y el Dr. José Antonio Pérez Simón, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

Dado el éxito de las mesas y su nivel científico, interés, aportaciones, así como asistencia a las mismas, es previsible el desarrollo futuro de nuevas ediciones.



14 DE MAYO 2024

“DIAGNÓSTICO HIPERTEMPRANO. HACIA UNA NUEVA ONCOLOGÍA”



**LA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



Tiene el placer de invitarle a la conferencia del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”
Organiza **Cátedra de Divulgación Oncológica**:

Apertura Excmo. Sr. Presidente de la RAMSE **Dr. D. Carlos A. Infantes**.
Moderación **D. Juan A. Virizuela**, Director de la Cátedra de Divulgación Oncológica.
Conferencia “Diagnóstico Hipertemprano. Hacia una nueva oncología”
Dr. Antonio Cubillo, Jefe de servicio de Oncología Médica.
Director del Centro Integral de Oncología Clara Campal (Madrid).

Fecha: Martes 14 de mayo de 2024
Hora: 20:00 h
Lugar: Salón de Actos “Ramón y Cajal” Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
C/Abades, 10. 41004 Sevilla

Más información en www.ramse.es

La sesión fue iniciada con la apertura de la misma por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (RAMSE), Dr. D. Carlos Infantes Alcón. La introducción y moderación de la misma fue realizada por el Dr. D. Juan Antonio Virizuela Echaburu, académico correspondiente y director de la Cátedra de Divulgación Oncológica de la Fundación RAMSE. El Dr. Virizuela procedió a la presentación del conferenciante, Dr. D. Antonio Cubillo Gracián, jefe del Servicio de Oncología Médica y director del Centro Integral de Oncología Clara Campal de Madrid. Su conferencia, “Diagnóstico hipertemprano: Hacia una Nueva Oncología”, versó sobre las líneas de investigación más innovadoras en la biología molecular oncológica, cuyo objeto es anticiparnos al diagnóstico del cáncer antes de su propia manifestación. La conferencia, rigurosa en su contenido y amena en su comunicación, despertó gran interés en el público asistente al plenario.



14 DE OCTUBRE 2024

“TRATAMIENTO ACTUAL DEL CÁNCER DE OVARIO”



**LA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



Tiene el placer de invitarle a la jornada del Ciclo “Estilo de Vida y Cáncer”, que organiza **Cátedra de Divulgación Oncológica**, que tendrá lugar el martes 15 de octubre de 2024, a las 20:00 horas, en el Salón de Actos “Ramón y Cajal” de nuestra sede, Calle Abades, 10:

“Tratamiento actual del cáncer de Ovario”

- ❖ **Presenta:** Ilmo. Prof. Rogelio Garrido. Académico de Número RAMSE.
- ❖ **Introducción:** Dra. Lidia Melero. Ginecología. Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- ❖ **Tratamiento oncológico:** Actual: Dra. María del Mar Gordon. Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena.
Futuro: Dra. Purificación Estévez. Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Comentarios: Dr. Juan Antonio Virizuela. Académico correspondiente RAMSE.
- ❖ **Tratamiento quirúrgico:** Cirugía primaria: Dr. José Antonio Vargas. Ginecología. Hospital QuirónSalud Sagrado Corazón.
Cirugía de intervalo: Dr. Álvaro Arjona. Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Córdoba.
Comentarios: Dr. Daniel Díaz. Académico Correspondiente RAMSE.
- ❖ **Clausura el acto el Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes.** Presidente de la RAMSE.

Más información en www.ramse.es

La sesión fue iniciada con la apertura de la misma por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón. La presentación de dicha sesión fue realizada por el Ilmo. Sr. Prof. Dr. Rogelio Garrido Teruel, académico de número de la RAMSE. La introducción a la temática de la sesión y de sus ponentes, fue canalizada por la Dra. Lidia Melero, Ginecóloga del Hospital Universitario Virgen del Rocío. La sesión se inició con el “Tratamiento médico oncológico del cáncer de ovario”, siendo sus ponentes: Dra. María del Mar Gordon, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena, que versó sobre “Tratamiento actual”; Dra. Purificación Estévez, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, sobre “Tratamiento futuro”. Este apartado de la Sesión fue cerrado con los comentarios del Dr. Juan Antonio Virizuela,

A continuación, se desarrolló “Tratamiento quirúrgico oncológico del cáncer de ovario”, siendo sus ponentes: Dr. José Antonio Vargas Lezcano, Ginecólogo del Hospital Quirón Salud Sagrado Corazón, que disertó sobre “Cirugía primaria”; Dr. Álvaro Arjona, cirujano general del Hospital Reina Sofía de Córdoba, que nos ilustró sobre la “Cirugía de Intervalo” de este proceso asistencial. Los comentarios a esta segunda parte de la sesión fueron realizados por el Dr. Daniel Díaz, académico correspondiente de la RAMSE.

La clausura del acto fue realizada por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón. El presidente agradeció a los organizadores y ponentes de la mesa por su esfuerzo y elevado nivel científico de las presentaciones.

CÁTEDRA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La Cátedra de Cooperación Internacional fue creada por la Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (RAMSE) como foro de divulgación científico médico abierto a la sociedad. Su principal objeto es dar voz a quienes ejercen la cooperación internacional en primera persona, para que la palabra solidaridad sea vigente todos los días del año y, con más razón, en nuestra Institución.

Ser solidario exige embarcarse en proyectos ambiciosos que precisan recursos materiales y económicos para su desarrollo e implementación. La utilidad de esta Cátedra está fundamentada en llegar al mayor número de mecenas posibles que hagan realidad proyectos y programas solidarios de cooperación internacional para aquellas poblaciones más necesitadas desde el punto de vista socio-sanitario.

El Ilmo. Sr. Prof. Dr. Rogelio Garrido Teruel, académico de número de la RAMSE, es el director de la Cátedra, siendo secretaria de la misma la Dra. Carmen Delgado Jiménez, académica correspondiente de la RAMSE.

Durante el Año 2024, la Cátedra de Cooperación Internacional de la RAMSE ha recibido la siguiente financiación:

- 1.- Abasteciendo la despensa del Complejo Escolar de Bois-Tombé. Haití. Presentado por las ONGs: Llamada de Fuego y Andalucía por un Mundo Nuevo. 2000 euros que han sido invertidos en alimentos para abastecer 1 mes el comedor de los 600 niños y niñas escolarizados.
- 2.- Proyecto Phala (el Phala se elabora con harina de soja, harina de maíz, sal y azúcar). Solicitan: Alimentos. Semilla y Fertilizantes para las escuelas en Sunuzi. Presentado por las ONGs: Llamada de Fuego y Andalucía por un Mundo Nuevo. 2000 euros empleados en la compra de 40 sacos de fertilizante para 40 familias. Además, se ha financiado la escolarización y manutención anual de un niño (300 euros).
- 3.- Proyecto de Construcción de un Centro Comunitario de Atención Sanitaria en Mekoviade (Togo). La finalidad de este proyecto es mejorar la asistencia sanitaria de la población proporcionando una atención primaria segura y asequible, así como el acceso a medicamentos fiables. 2.500 euros que han permitido se concluya la construcción del citado edificio. Ahora queda habilitarlo con el material médico y de oficina necesario para su puesta al servicio de la población diana.

Esta Cátedra está patrocinada por Moeckel Abogados S. L.

23 DE ABRIL 2024

“UNA EXPERIENCIA DE SOLIDARIDAD EN MALAWI”



LA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA



Tiene el placer de invitarle a la sesión de la **Cátedra de Cooperación Internacional**

Apertura Excmo. Sr. Presidente de la RAMSE **Dr. D. Carlos Infantes Alcón.**

Introducción por el Director de la Cátedra de Cooperación Internacional, Ilmo. **Dr. D. Rogelio Garrido Teruel,**
Académico de Número de la RAMSE

Presentación de proyectos por la Secretaria de la Cátedra, **Dra. Dña. Carmen Delgado Jiménez,** Académica
Correspondiente de la RAMSE.

Conferencia “Una experiencia de solidaridad en Malawi”

Dr. D. José Luis Verdugo Fernández, Médico cooperante. Director Fundación Solidaridad Candelaria.

Fecha: Martes 23 de abril de 2024

Hora: 20:00 h

Lugar: Salón de Actos “Ramón y Cajal” Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
C/Abades, 10. 41004 Sevilla

Más información en www.ramse.es

La Apertura de la Sesión plenaria fue realizada por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón. El Ilmo. Sr. Prof. Dr. Rogelio Garrido Teruel, académico de número de la RAMSE y director de la Cátedra de Cooperación Internacional, procedió a la introducción a la temática de la sesión. La Dra. Carmen Delgado Jiménez, académica correspondiente de la RAMSE y secretaria de la Cátedra de Cooperación Internacional, expuso la presentación de los proyectos a realizar por dicha Cátedra, así como, al conferenciante de la sesión: Dr. José Luis Verdugo Fernández, médico cooperante y director de la Fundación Solidaridad Candelaria. El ponente realizó una exposición de las labores realizadas, tanto en calidad de médico cooperante, así como director de la Fundación. Hizo hincapié en las dificultades para su desarrollo y canalización de las ayudas, aunque resaltó las satisfacciones de los logros conseguidos en las zonas vulnerables desde el punto de vista socio-sanitario, como la desarrollada en Malawi.

La Clausura del acto fue realizada por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón. El presidente agradeció a los organizadores y al conferenciante su implicación en las labores de cooperación y solidaridad, recordando el espíritu e implicación de nuestra Institución en el apoyo de dicha actividad social, sanitaria y humanitaria.



23 DE OCTUBRE 2024

“PERIODISMO PARA LA SOLIDARIDAD”



LA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA



Tiene el placer de invitarle a la sesión organizada por la **Cátedra de Cooperación Internacional**
con arreglo a la siguiente programación:

Apertura: Excmo. Sr. Presidente de la RAMSE **Dr. D. Carlos Infantes Alcón**.

Conferencia: “Periodismo para la Solidaridad”

impartida por **D. José Bejarano López**, Presidente de la ONG Periodistas Solidarios,
que será presentado por el Director de la Cátedra de Cooperación Internacional,
Ilmo. Sr. **Dr. D. Rogelio Garrido Teruel**, Académico de Número de la RAMSE.

Fecha: Jueves 24 de octubre de 2024

Hora: 20:00 h

Lugar: Salón de Actos “Ramón y Cajal” Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla
C/Abades, 10. 41004 Sevilla

Más información en www.ramse.es

El Excmo Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón, realizó la apertura de la sesión plenaria. El Ilmo. Sr. Prof. Dr. Rogelio Garrido Teruel, académico de número de la RAMSE y director de la Cátedra de Cooperación Internacional, procedió a la introducción y presentación del conferenciante: D. José Bejarano López, periodista y presidente de la ONG Periodistas Solidarios. El ponente nos reportó sus inicios casuales en su implicación en la cooperación. Siendo periodista del periódico La Vanguardia, se interesó y realizó un reportaje-investigación sobre Laovo Cande, joven fallecido en 2006 cuando viajaba a bordo de un cayuco en busca de una vida mejor. A partir de ahí se implicó en el apoyo solidario del desarrollo de Candemba-Uri, aldea de Guinea-Bissau, uno de los países más pobres de África. Con su acción cooperante y solidaria se han desarrollado un Centro de Salud, una Escuela Infantil y la implementación de una Radio gestionada por mujeres. A su vez, se realizó una vídeo-conferencia en directo con el antiguo gobernador de la región y actual diputado nacional de Guinea-Bissau, donde se expuso al plenario la vulnerabilidad de la región comentada.

El acto fue clausurado por el Excmo. Sr. presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Dr. D. Carlos Infantes Alcón. El presidente agradeció a los organizadores y al conferenciante su implicación en las labores de cooperación y solidaridad, así como la disponibilidad de nuestra Institución en la colaboración de dichas actividades a través de la Cátedra de Cooperación Internacional.



CÁTEDRA MAS ALIMENTACIÓN Y SALUD

Con fecha del 20 de Mayo del 2024 se firma un CONVENIO de colaboración entre Fundación MAS y Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía De Sevilla (Fundación RAMSE), siendo suscrito en dicho acto por D. Vicente Martín González en calidad de presidente de la Fundación MAS y D. Carlos A. Infantes Alcón como presidente de la Fundación RAMSE.

Este convenio tiene por objeto la creación por la Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla de la Cátedra “MAS ALIMENTACIÓN Y SALUD” según sus normativas en vigor. Las partes acuerdan colaborar para realizar actividades divulgativas relacionadas con la alimentación y la salud, con el fin de promover hábitos alimenticios saludables y fomentar el conocimiento en materia de nutrición entre todas las edades de la población.

La Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla se compromete a realizar un mínimo de 6 conferencias, al menos 3 actos o actividades anuales en la Sede de Fundación MAS, el Centro de Actividades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible situado en la calle Torneo 67 en Sevilla. Así como, todas las actividades que consideren convenientes en la propia Sede de la Academia. Estas actividades estarán copresididas por el presidente de Fundación MAS y el presidente de la Fundación RAMSE. Por su parte, Fundación MAS se compromete a colaborar activamente en la organización y difusión de las actividades acordadas. Aportará los medios necesarios para el éxito de las iniciativas realizadas en su propia Sede. Además, participará en la difusión de los resultados obtenidos y promoverá la conciencia sobre la importancia de la alimentación saludable.

Se establece en dicho convenio un comité de seguimiento, valoración y ejecución de las tareas constituido por el director de la Cátedra de la Fundación RAMSE, Dr. D. José María López Puerta (académico correspondiente de la RAMSE) y el director de Fundación MAS D. Luis Miguel Pons Moriche, ambos podrán delegar estas funciones en otros colaboradores.

24 DE MAYO 2024

“ALIMENTO, SALUD Y CULTURA. EL JAMÓN IBÉRICO EN LA SALUD”



FUNDACIÓN MAS Y FUNDACIÓN REAL
ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

D. Vicente Martín González, Presidente de Fundación MAS, y D. Carlos A. Infantes Alcón, Presidente de la RAMSE, tienen el placer de invitarle a la presentación de la

Cátedra “MAS Alimentación y Salud”

El acto estará presidido por **Dña. Catalina García Carrasco, Consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.**

La conferencia inaugural: “Alimento, Salud y Cultura. El jamón ibérico en la salud”, será impartida por **D. Carlos A. Infantes Alcón, Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.**

Fecha: Lunes 20 de mayo de 2024
Horas: 20:00 h
Lugar: Centro de Actividades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Fundación MAS
C/ Torneo, 67. 41002 Sevilla

Más información en www.fundacionmas.es y www.ramse.es

El acto se desarrolló en el Centro de Actividades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Fundación MAS. El objetivo del mismo fue la presentación de la Cátedra MAS ALIMENTACIÓN Y SALUD de la Fundación RAMSE. Dicho evento estuvo presidido por Dña. Catalina García Carrasco, consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. La conferencia inaugural de dicha Cátedra fue impartida por el Excmo. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón, presidente de Fundación RAMSE, con el título de “Alimento, salud y cultura. El jamón ibérico en la salud”. El conferenciante destacó las bondades y beneficios aportados, desde el punto de vista sanitario, del jamón ibérico y su imbricación sociocultural de dicho hábito alimentario. El acto tuvo una gran acogida por su aforo y por el interés suscitado en el público asistente.



CONVENIO

FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA – FUNDACIÓN MORERA & VALLEJO



Con fecha del 1 de Septiembre del 2024, D. Carlos A. Infantes Alcón, en calidad de presidente de la Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (Fundación RAMSE), así como D. Antonio Morera Vallejo en calidad de presidente de Fundación Morera & Vallejo, han firmado un convenio de colaboración entre las dos instituciones.

Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (Fundación RAMSE) es una entidad sin ánimo de lucro cuyas finalidades esenciales son, entre otras, las de respaldar las funciones y fines de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, favorecer la ampliación de sus actividades y colaborar con la misma impulsando y desarrollando todas aquellas actividades que contribuyan a la mejora, desarrollo, fomento y difusión de la Medicina, la Salud y la Sanidad y, especialmente, a su aplicación a la sociedad en general.

Fundación Morera & Vallejo consciente del interés social y científico de los fines de la Fundación RAMSE desea colaborar en los mismos, de acuerdo con la firma de un Convenio de Colaboración.

Fundación Morera & Vallejo contribuirá con aportaciones económicas establecidas en el convenio, como apoyo al desarrollo de las actividades organizadas por Fundación RAMSE con el fin de contribuir a la mejora, desarrollo, fomento y difusión de la Medicina, Salud y Cultura Sanitaria. También, de forma específica, contribuirá al impulso de la Cátedra de Divulgación Oncológica dirigida por el Dr. Juan A. Virizuela Echaburu, académico correspondiente RAMSE.

MEDALLA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

13 DE MARZO 2024

HERMANDAD ESPERANZA DE TRIANA



El día 13 de Marzo de 2024, Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla y Fundación RAMSE tuvieron una representación ante una parte de la sociedad sevillana de una enorme tradición. El Excmo Dr. D. Carlos Infantes Alcón, presidente de Fundación RAMSE, junto a D. Joaquín Moeckel Gil, miembro de honor de la Fundación RAMSE, impusieron la Medalla de la Fundación RAMSE a la Virgen de la Esperanza de Triana. Dicha medalla en oro de ley, fue gestionada por D. Joaquín Moeckel Gil, haciendo réplica de la suya como miembro de honor de la Fundación RAMSE.

Es deseo de la Fundación RAMSE que la Virgen de la Esperanza de Triana, la porte como una más de las piezas de su ajuar, en la estación de penitencia de este y de los próximos años.

Durante el acto, además de la imposición de la medalla Fundación RAMSE, se procedió al traslado de la Virgen de la Esperanza de Triana, desde las dependencias donde fue vestida, hasta su posición sobre su paso de palio. El acto contó con la presencia, además de D. Carlos Infantes Alcón y de D. Joaquín Moeckel Gil, del alcalde de Sevilla, D. José Luis Sanz, el ex alcalde de Sevilla D. Antonio Muñoz, así como de miembros de la Hermandad.

El presidente de Fundación RAMSE cerró el acto, resaltando la importancia de que la RAMSE y su Fundación, gracias a la generosa actividad de D. Joaquín Moeckel Gil, estén representadas en la Semana Santa de Sevilla, a través de ese detalle, que una vez más contribuye a que nuestra Institución se proyecte a la sociedad sevillana.



MEDALLA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

6 DE OCTUBRE 2024

ILMO. SR. DR. D. ALFONSO CARMONA MARTÍNEZ



**LA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA**

tiene el placer de invitarle al acto de concesión de la medalla de la Fundación Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla al

Ilmo. Sr. Dr. D. Alfonso Carmona Martínez

y que será presentado por el **Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Manuel Contreras Ayala**, Académico Correspondiente.

Clausurará el acto el **Excmo. Sr. Presidente, Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón**.

Al comunicar a Vd. esta programación la Fundación espera verse honrada con su presencia.

El Presidente	El Secretario de la Fundación
Dr. Carlos A. Infantes Alcón	Dr. Alberto García-Perla García

Fecha: Domingo 6 de octubre de 2024.
Horas: 12:00 h.
Lugar: Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Salón de Actos "Ramón y Cajal". Calle Abades, 10.

Para el estrado, Autoridades: Uniforme con condecoraciones o Chaqué. Académicos: Uniforme o Frac con medalla y condecoraciones

El acto contó con la asistencia del Excmo. Sr. presidente del Parlamento de Andalucía D. Jesús Aguirre. El Excmo. Sr. presidente D. Carlos Infantes Alcón realizó la apertura de la sesión plenaria. A continuación, dio la palabra al secretario de la Fundación RAMSE, Ilmo. Sr. Dr. Alberto García Perla García para la lectura del acta de la Fundación donde se recoge y aprueba la concesión de la Medalla de la Fundación RAMSE al Ilmo. Sr. Dr. Alfonso Carmona Martínez; presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla (RICOMS). A continuación, se da la palabra al Dr. D. Juan Manuel Contreras Ayala, académico correspondiente y secretario del RICOMS. El Dr. Contreras hace una presentación del Dr. Alfonso Carmona Martínez, destacando su gran capacidad de trabajo e implicación, no sólo en su faceta profesional como pediatra, su actividad como médico cooperante, sino como presidente del RICOMS, así como su apoyo a la interconexión en actividades científicas con la Real Academia de Medicina y su Fundación. Seguidamente el Dr. Alfonso Carmona Martínez dio una conferencia dónde expuso su recorrido humano, profesional, cooperante y gestor sanitario. El acto, tras la imposición de la medalla de la Fundación de la RAMSE, fue clausurado con las palabras del presidente de RAMSE.



MEDALLA FUNDACIÓN REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

17 DE NOVIEMBRE 2024

HERMANDAD DE LOS ESTUDIANTES

El día 17 de Noviembre de 2024, Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla y Fundación RAMSE tuvieron una representación ante una parte de la sociedad sevillana de una enorme tradición cofrade y universitaria. El Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Infantes Alcón, presidente de Fundación RAMSE, junto a una comisión de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla y su Fundación, hicieron entrega de la Medalla de la Fundación RAMSE en oro de ley a la Hermandad de los Estudiantes, con ocasión de su primer centenario fundacional. El motivo de este gesto es reforzar los lazos entre ambas instituciones, debido a que muchos académicos son hermanos de la corporación y han pasado por las aulas de la Universidad. También se incluye, más allá de los académicos médicos, otros miembros que por ser correspondientes u honorarios también han pasado por la Hispalense. En definitiva, un nexo de unión entre una institución tres veces centenaria y otra que cumple sus primeros cien años. La medalla tiene las mismas dimensiones que la que portan los hermanos de los Estudiantes.

Dicha medalla fue gestionada por D. Joaquín Moeckel Gil, haciendo réplica de la suya como miembro de honor de la Fundación RAMSE, siendo el deseo de nuestra Institución que la Virgen la porte en sus estaciones de penitencia.

El acto tuvo lugar en la iglesia de la Anunciación, situada en la calle Laraña. Estuvieron asistidos y acompañados por la junta de gobierno de la Hermandad, representada por su hermano mayor D. Jesús Resa, así como de numerosos hermanos de la misma. A su vez, el hermano mayor de la Hermandad de los Estudiantes, hizo entrega de Documento Recordatorio enmarcado al hermanamiento entre ambas Instituciones.

El presidente de la Fundación RAMSE agradeció al final del acto con unas palabras, resaltando la vinculación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, tanto como Institución, así como de sus numerosos académicos de número y correspondientes, con la Universidad de Sevilla, así como con la Hermandad de los Estudiantes que la representa.



Entrega de la Medalla de Honor de la Fundación RAMSE a la Hermandad de los Estudiantes por su centenario.

Vº Bº: D. CARLOS A. INFANTES ALCÓN
Presidente Fundación RAMSE

VºBº: D. JUAN SABATÉ DÍAZ
Director Comisión Ejecutiva
Fundación RAMSE

Fdo.: D. EDUARDO DOMÍNGUEZ-ADAME LANUZA
Secretario Fundación RAMSE

TRABAJOS PREMIADOS EN EL CONCURSO CIENTÍFICO DE 2024

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 2022 – 2023, EN REVISTA DE ÁMBITO NACIONAL O INTERNACIONAL

Publicado en **Journal of Hepatology** 2022 Vol. 77 , Pág. 326–331.

“Infección por *Orthohepevirus C* como causa emergente de hepatitis aguda en España: Primer descripción en Europa ”

Autores:

Rivero-Juárez A, Frías M, Perez AB, Pineda JA, Reina G, Fuentes-Lopez A, Freyre-Carrillo C, Ramirez-Arellano E, Alados JC, Rivero A; HEPAVIR and GEHEP-014 Study Groups.

INTRODUCCIÓN

El género *Orthohepevirus* comprende virus de ARN de cadena sencilla que incluyen 4 especies: *Orthohepevirus A*, *B*, *C* y *D*. *Orthohepevirus A*, conocido como virus de la hepatitis E (VHE), es una de las principales causas de hepatitis aguda en todo el mundo.^{1,2} El VHE presenta 8 genotipos principales, incluyendo aquellos que afectan exclusivamente al ser humano a través del consumo de agua contaminada en países de Asia y África (genotipos 1 y 2), y aquellos genotipos que presentan una distribución mundial circulando entre humanos y un gran número de especies de mamíferos con transmisión zoonótica mediante el consumo de carne cruda o poco cocida (genotipos 3 al 8). Por lo tanto, el VHE es una enfermedad zoonótica que se considera un problema importante de salud pública tanto en países de ingresos altos como bajos.³

Por otro lado, las otras 3 especies de *Orthohepevirus* parecían carecer de caracteres zoonóticos, estando limitados a sus principales huéspedes: *Orthohepevirus B* en aves, *Orthohepevirus C* en mustélidos y roedores,⁴ y *Orthohepevirus D* en murciélagos.⁵ Sin embargo, en 2018, se identificó un caso de infección por *Orthohepevirus C* en un receptor de trasplante de hígado en Hong Kong.⁶ Posteriormente, en una población objeto de un amplio progra-

ma de detección en el mismo entorno, se describieron 7 casos adicionales de infección por *Orthohepevirus C*.⁷ En este estudio además se demostró que las secuencias virales identificadas en roedores muestreados del mismo distrito presentaban una alta homología con la identificada en los pacientes, sugiriendo una transmisión zoonótica. A raíz de esto, se estableció un programa prospectivo de detección de *Orthohepevirus C* en Hong Kong, demostrando que este virus es una causa emergente de hepatitis aguda en este entorno.⁸ Debido a que la circulación de *Orthohepevirus C* en roedores ha sido descrita a nivel mundial, incluyendo Europa, el riesgo de transmisión zoonótica es plausible globalmente y no estaría restringido a un área específica.

Esto justifica la búsqueda activa de casos de *Orthohepevirus C* en otros países. Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de la infección por *Orthohepevirus C* en individuos con hepatitis aguda de origen desconocido en nuestro país.

PACIENTES Y MÉTODOS

Población y diseño del estudio

La población del estudio incluyó a 267 pacientes con hepatitis aguda en seguimiento en 7 hospitales de referencia en España y pertenecía a 2 cohortes diferentes (Identificador ClinicalTrials.gov: NCT05062967). El período de estudio abarcó del 1 de enero de 2018 (inicio de ambas cohortes) al 1 de septiembre de 2021 (fecha de cierre del estudio). La primera cohorte comprende 169 pacientes. Los criterios de inclusión en esta cohorte fueron:

- i) Manifestaciones clínicas y biológicas compatibles con hepatitis aguda.
- ii) Niveles de alanina aminotransferasa 3 veces superiores al límite normal.
- iii) Ausencia de diagnóstico etiológico tras el cribado para infecciones por virus hepatotropos. Este cribado incluyó marcadores serológicos y/o moleculares para el virus de la hepatitis A (anticuerpos IgM), virus de la hepatitis B (HBsAg, HBcAc y ADN viral), virus de la hepatitis C (anticuerpos IgG y ARN viral), VHE (anticuerpos IgM y ARN viral), citomegalovirus (anticuerpos IgM) y virus de Epstein-Barr (anticuerpos IgM).

La segunda cohorte incluyó a 98 pacientes diagnosticados con infección aguda por VHE. La infección aguda por VHE se definió como:

- i) Manifestaciones clínicas y biológicas compatibles con hepatitis aguda.
- ii) Positividad para anticuerpos anti-VHE-IgM y/o ARN detectable de VHE en suero.

Cribado serológico y molecular para VHE

Los marcadores moleculares y serológicos de infección por VHE fueron evaluados centralmente en el laboratorio de Virología Clínica y Zoonosis del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Los anticuerpos anti-VHE fueron evaluados mediante un inmunoensayo enzimático utilizando los kits HEV-IgM y HEV-IgG desarrollados por Wantai (*Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise Ltd.*, Beijing, China), siguiendo un procedimiento automatizado con el sistema DYNEX DS2® (*DYNEX Technologies*, Sullyfield Circle, Chantilly, VA, EE. UU.). Para la evaluación del ARN de VHE, se aplicó un protocolo desarrollado y validado por nuestro grupo para la detección de *Orthohepevirus A*, con un límite de detección establecido en 21 UI/ml.

Evaluación molecular para la infección por Orthohepevirus C

Todos los pacientes fueron evaluados retrospectivamente para la infección por *Orthohepevirus C* utilizando una PCR anidada de amplio espectro dirigida al gen RdRp. Se utilizaron 10 microlitros de la extracción de ácido nucleico en combinación con el kit de PCR cuantitativa con transcripción inversa en una etapa (*One-Step Reverse-Transcription PCR kit*, *Qiagen*, Hilden, Alemania) para la primera ronda de PCR, y 5 µl del producto de la primera reacción de PCR utilizando el *Promega Master Mix* (*Promega*, Madison, EE. UU.) para la segunda reacción. Los amplicones se examinaron en geles de agarosa al 1,5% teñidos con la solución de tinción de ácidos nucleicos *RedSafe™*. Los productos de PCR con el tamaño objetivo correcto (aproximadamente 330 nucleótidos) fueron purificados utilizando *Illustra™ ExoProStar™*. Ambas hebras se secuenciaron utilizando un kit de reacción de secuenciación por ciclos *BigDye Terminator* en un analizador genético ABI Prism 3100 (*Applied Biosystems*, Foster City, CA, EE. UU.).

Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresaron como el número de casos (porcentaje), y las variables continuas se expresaron como la mediana (IQR). Se calculó la prevalencia de la infección por *Orthohepevirus C* en cada cohorte. Para la prevalencia, se calculó el IC del 95% bilateral utilizando la distribución binomial exacta.

Las especies de *Orthohepevirus* se asignaron utilizando la herramienta de genotipado HEVnet (<https://www.rivm.nl/mpf/typingtool/hev/>) y se confirmaron mediante BLAST. Las alineaciones de secuencias se generaron mediante el servicio en línea MAFFT: alineación múltiple de secuencias, selección interactiva y visualización de secuencias. Los árboles filogenéticos se construyeron utilizando el método de máxima verosimilitud con 68 cepas de *Orthohepevirus C*. El árbol final se obtuvo utilizando el software MEGA (Versión 7) aplicando el método bootstrap (1,000 réplicas).

Declaración ética

Este estudio fue diseñado y llevado a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El Comité de Ética y Ensayos Clínicos (CEIC) de Córdoba aprobó el protocolo del estudio (número de referencia del protocolo 5081), y se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente. El Biobanco del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) coordinó la recolección, procesamiento, manejo y asignación de las muestras biológicas utilizadas en este estudio, de acuerdo con los procedimientos estándar establecidos para este propósito.

RESULTADOS

Población

De los 169 pacientes incluidos en la Cohorte 1, 109 (64,4%) eran hombres, con una mediana (IQR) de edad de 43 años (36-55). Esta población mostró una mediana (IQR) de los niveles de ALT de 157 U/L (101-601), AST de 95 U/L (23-366), GGT de 114 U/L (40-272) y bilirrubina de 0,7 mg/dl (0,5-4). Entre los 98 pacientes que conformaron la Cohorte 2, 67 (68,3%) eran hombres, y la mediana (IQR) de edad fue de 45 años (34-53). Las medianas de los niveles de ALT, AST, GGT y bilirrubina en esta cohorte fueron 131 U/L (37-435), 99 U/L (27-394), 128 U/L (41-289) y 0,7 mg/dl (0,6-4,4), respectivamente.

Cuarenta y cinco individuos (45,9%) fueron positivos tanto para anticuerpos anti-VHE-IgM como para ARN de VHE, 40 (40,9%) mostraron positividad solo para anticuerpos IgM, y 13 (13,2%) presentaron ARN de VHE detectable, pero fueron negativos para anticuerpos IgM. En términos generales, 85 (86,7%) pacientes fueron positivos para anticuerpos IgM anti-VHE, y 58 (59,1%) mostraron ARN viral detectable en suero.

El genotipo viral fue asignado en todos los individuos con ARN de VHE detectable: 51 (86,4%) casos correspondieron al genotipo 3f, 3 (5,2%) al genotipo 3m, 1 (3,2%) al genotipo 3e, y no se pudo definir el subtipo en 3 (5,2%) pacientes con infección por genotipo 3.

Prevalencia de la infección por Orthohepevirus C

De los individuos incluidos en la Cohorte 1, 2 (1,18%; IC 95% 0,2-3,8) presentaron ARN detectable de *Orthohepevirus C* en el suero. En la Cohorte 2, de los 98 pacientes incluidos, 58 tenían ARN detectable de VHE, mientras que 40 mostraron solo positividad para anticuerpos IgM. *Orthohepevirus C* no se detectó en ninguno de los pacientes con ARN detectable de VHE. En cambio, el ARN de *Orthohepevirus C* se detectó en 1 individuo (2,5%; IC 95% 0,06-13,1) entre aquellos que solo presentaban anticuerpos IgM.

El genoma parcial del gen RdRp mostró que las 3 cepas eran consistentes con el genotipo C1. Estas secuencias están disponibles en GenBank

bajo los números de acceso OK082152, OK082153 y OK082154. Mediante BLAST, encontramos una alta homología (99,1%-98,5%) con cepas de *Orthohepevirus C* aisladas en especímenes de *Rattus rattus* (MH400712, MH400713 y MH400717) y *Rattus norvegicus* (MH400714 a MH400716) procedentes de Lituania, muestreados en 2016, así como con la secuencia GU345043, originada en un *Rattus norvegicus* en Alemania en 2009.

Además, las secuencias identificadas en nuestro estudio están estrechamente relacionadas con cepas de *Orthohepevirus C* previamente aisladas en 2 especímenes de *Rattus rattus* del sur de España (KY938026 y KY938027).⁹

Casos de *Orthohepevirus C*

Todos los pacientes eran hombres. El Paciente 1 y el Paciente 2 eran habitantes del sur de España, mientras que el Paciente 3 vivía en el norte de España. Ninguno de ellos reportó contacto con animales (incluidas mascotas, animales de granja, animales salvajes o actividades de caza), contacto consciente con roedores, ni viajes fuera de España en los meses previos. Como factores de riesgo para la infección por VHE, el Paciente 1 y el Paciente 2 informaron haber consumido carne de cerdo poco cocida en las 2 semanas previas al diagnóstico. El Paciente 3 mencionó trabajar como limpiador.

La infección por *Orthohepevirus C* en el Paciente 2 y el Paciente 3 resultó en una hepatitis aguda leve con resolución espontánea. Por otro lado, el Paciente 1 fue ingresado en el hospital debido a una hepatitis aguda grave y falleció 9 días después del ingreso a causa de insuficiencia hepática y renal.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio reportamos los primeros casos de infección por *Orthohepevirus C* en Europa. *Orthohepevirus C* fue identificado como el agente etiológico de hepatitis aguda en el 2,5% de los pacientes con diagnóstico de HEV aguda basado únicamente en la presencia de anticuerpos IgM (1 de 40 casos) y en el 1,18% de los individuos con hepatitis aguda no relacionada con la infección por virus hepatotropos (2 de 169). Nuestros hallazgos sugieren que *Orthohepevirus C* podría ser una enfermedad infecciosa emergente.

En 2 casos, la evolución de la infección fue una hepatitis aguda sintomática autolimitada, mientras que en el otro caso la infección desencadenó insuficiencia hepática y renal fatal. Nuestros hallazgos coinciden con casos previos de infección por *Orthohepevirus C*, que muestran que el curso clínico de la infección varía desde hepatitis aguda leve y autolimitada hasta desenlaces graves y fatales.^{7,8} Aunque las primeras evidencias de infección por *Orthohepevirus C* se centraron en contextos de inmunosupresión subyacente,^{6,7} otros casos se documentaron en individuos inmunocompetentes. En este sentido, 2 casos identificados en nuestro estudio no presentaron inmunosupresión, lo que sugiere que esta condición no es necesaria para ser susceptible a la infección y para presentar una infección sintomática. Sin embargo,

aunque el número de casos reportados de infección por *Orthohepevirus C* es bajo, la evolución de la infección parece ser más grave en individuos con inmunosupresión subyacente. En este sentido, el único paciente con inmunosupresión en nuestro estudio presentó hepatitis aguda grave con un rápido deterioro de la función hepática y falleció, siendo la segunda muerte registrada relacionada con la infección por *Orthohepevirus C*.⁷ La primera muerte registrada vinculada a esta infección ocurrió en un receptor de trasplante renal, quien además padecía una enfermedad grave subyacente (cáncer metastásico), lo que podría haber influido en el curso clínico de la hepatitis. Por lo tanto, se podría necesitar una vigilancia cercana de *Orthohepevirus C*, no solo en pacientes con inmunosupresión subyacente, sino también en aquellos con comorbilidades graves.

Desde el punto de vista clínico, las infecciones por *Orthohepevirus C* y VHE parecen ser indistinguibles, y se han observado anticuerpos con reactividad cruzada entre ambos virus.¹⁰ Por ello, en nuestro estudio, un caso y 6 casos en el estudio realizado en Hong Kong mostraron anticuerpos IgM anti-HEV con ARN del VHE indetectable. De manera similar, la proporción de individuos infectados por *Orthohepevirus C* entre aquellos con anticuerpos IgM anti-VHE fue similar entre nuestro estudio (2,5%) y el de Hong Kong (2,9%).⁷ Por lo tanto, basado en ambos estudios, se debería recomendar la evaluación del ARN de *Orthohepevirus C* en todos los pacientes con anticuerpos IgM anti-VHE y ARN de VHE indetectable, independientemente de su origen.

Los principales hospedadores de *Orthohepevirus C* son los roedores, los cuales tienen una distribución y circulación global. Por esta razón, el contacto cercano con esta especie o con sus excrementos podría ser la principal vía de transmisión.⁶ En nuestro estudio, al igual que en el realizado en Hong Kong, encontramos una alta homología entre las secuencias virales humanas y aquellas identificadas en roedores de la misma área, lo que sugiere que la vía de infección está relacionada con el contacto directo o indirecto con roedores.^{7,8} Sin embargo, ninguno de los casos descritos en nuestro estudio y solo uno de los casos descritos en Hong Kong reportaron contacto con roedores.⁷ Por lo tanto, deben evaluarse rutas alternativas de transmisión.

Varias limitaciones deben ser señaladas. Primero, el patrón serológico del VHE de los pacientes incluidos en el estudio fue evaluado utilizando solo un ensayo. Debido a la variación en la sensibilidad de los ensayos comerciales disponibles para anticuerpos derivados de *Orthohepevirus C*, la categorización de la población podría variar según los ensayos empleados. Segundo, aunque los pacientes fueron incluidos prospectivamente en ambas cohortes, debido al carácter retrospectivo del análisis, las investigaciones epidemiológicas fueron limitadas, lo que podría llevar a no detectar otros factores de riesgo asociados con la adquisición de *Orthohepevirus C*. Finalmente, no se realizó un estudio de *Orthohepevirus C* en roedores del mismo entorno, por

lo que solo se incluyeron 2 secuencias virales aisladas en roedores de España obtenidas en un estudio previo. Este punto tiene un impacto evidente en la trazabilidad filogenética de los casos. Estudios prospectivos de *Orthohepevirus C* en poblaciones de ratas y humanos en nuestro entorno son necesarios.

En conclusión, la prevalencia encontrada en nuestro estudio sugiere que *Orthohepevirus C* podría ser una causa emergente de hepatitis aguda en Europa, que podría estar siendo mal diagnosticada debido a la reactividad cruzada con anticuerpos del VHE y la falta de cribado molecular específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Nimgaonkar I, Ding Q, Schwartz RE, Ploss A. Hepatitis E virus: advances and challenges. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2018; 15:96–110.
- [2] World Health Organization. Global hepatitis report. 2017. Available at: <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>.
- [3] Kirkwood CD, Dobscha KR, Steele AD. Hepatitis E should be a global public health priority: recommendations for improving surveillance and prevention. *Expert Rev Vaccin* 2020;19(12):1129–1140.
- [4] Reuter G, Boros Á, Pankovics P. Review of hepatitis E virus in rats: evident risk of species *Orthohepevirus C* to human zoonotic infection and disease. *Viruses* 2020;12(10):1148.
- [5] Johne R, Dremsek P, Reetz J, Heckel G, Hess M, Ulrich RG. Hepeviridae: an expanding family of vertebrate viruses. *Infect Genet Evol* 2014; 27:212–229.
- [6] Sridhar S, Yip CCY, Wu S, Cai J, Zhang AJ, Leung KH, et al. Rat hepatitis E virus as cause of persistent hepatitis after liver transplant. *Emerg Infect Dis* 2018;24(12):2241–2250.
- [7] Sridhar S, Yip CC, Wu S, Chew NF, Leung KH, Chan JF, et al. Transmission of rat hepatitis E virus infection to humans in Hong Kong: a clinical and epidemiological analysis. *Hepatology* 2021;73(1):10–22.
- [8] Sridhar S, Yip CC, Lo KH, Wu S, Situ J, Chew NF, et al. Hepatitis E virus species C infection in humans, Hong Kong. *Clin Infect Dis* 2021. Epub ahead of print <https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab919>.
- [9] Ryll R, Bernstein S, Heuser E, Schlegel M, Dremsek P, Zumpe M, et al. Detection of rat hepatitis E virus in wild Norway rats (*Rattus norvegicus*) and Black rats (*Rattus rattus*) from 11 European countries. *Vet Microbiol* 2017; 208:58–68.
- [10] Sridhar S, Situ J, Cai JP, Yip CC, Wu S, Zhang AJ, et al. Multimodal investigation of rat hepatitis E virus antigenicity: implications for infection, diagnostics, and vaccine efficacy. *J Hepatol* 2021;74(6):1315–1324.

PREMIO DEL REAL E ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEVILLA, DOTADO CON MIL EUROS Y DIPLOMA ACREDITATIVO, AL AUTOR DEL MEJOR TRABAJO PRESENTADO SOBRE MEDICINA, CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES

Publicado en *Clinical & Experimental Ophthalmology*, Vol. 51, Issue 8, November 2023, pag. 822-834

“Next-generation sequencing of uveal melanoma with clinical and histological correlations: Prognostic value of new mutations in the PI3K/AKT/mTOR pathway”

Autores:

D. Manuel Pérez Pérez, D. Alessandro Agostino, Dña. Carmen García de Sola-Llamas, D. Michael Ruvolo, D. Ángel Vilches-Arenas, Dña. M. Isabel Relimpio-López, D. Francisco Espejo-Arjona, Dña. Laura Macías-García, Dña. Manuel de Miguel-Rodríguez, D. Antonio García-Escudero, D. Miguel A. Idoate, D. Juan J. Ríos-Martín

RESUMEN

ANTECEDENTES

El melanoma uveal (UM) es la neoplasia maligna primaria más común del ojo y no existen terapias efectivas para la enfermedad diseminada. Es importante tratar de conocer el pronóstico del paciente. El objetivo de este estudio fue reflejar las variantes genéticas, estudiadas mediante NGS, de una serie de 69 casos de MU y su correlación con la histopatología y la progresión clínica.

MÉTODOS

Realizamos NGS dirigida utilizando un panel de 519 genes.

RESULTADOS

Se seleccionaron 28 genes mutados diferentes, mostrando un total de 231 variantes genéticas que afectaban a la función de la proteína. Las muta-

ciones secundarias más comunes ocurrieron en SF3B1 (en el 26%), seguidas de BAP1 (en el 23%), LRP1B (22%) y FGFR4 (20%). La mutación en BAP1 se asoció con una mayor probabilidad de metástasis y con una mayor presencia de células epitelioides. LRP1B también se asoció con la presencia de células epitelioides; la mutación SF3B1 se asoció significativamente con una morfología fusiforme. Encontramos variantes en los modelos RAD51B, TOP2A, PTPRD, TSC2, DHX9, PDK1 y MTOR que no han sido reportadas previamente en las bases de datos consultadas. La presencia de una mutación en: CHEK2, DHX9 y PDK1 se asoció con metástasis.

CONCLUSIONES

BAP1 es el biomarcador más sólido de mal pronóstico en la UM y las mutaciones se pueden detectar mediante NGS. SF3B1 se asocia con el subtipo de células fusiformes de UM, lo que probablemente le confiere un valor pronóstico favorable. Nuestro estudio sugiere que las mutaciones en DHX9 y PDK1 pueden tener valor pronóstico. Estos potenciales biomarcadores están relacionados con la vía PI3K/AKT/mTOR y los convierte en candidatos para el desarrollo de nuevas terapias dirigidas.

**PREMIO DR. ANTONIO HERMOSILLA MOLINA, DOTADO
POR EL EXCMO. ATENEO DE SEVILLA, AL AUTOR DE LA
MEJOR: “BIOGRAFÍA DEL DR. ANTONIO GONZÁLEZ-ME-
NESES Y GONZÁLEZ-MENESES” DESTACADO MIEMBRO
DEL ATENEO Y DE ESTA REAL ACADEMIA**

**“Biografía del Excmo. Sr. Dr. D. Antonio González-
Meneses y González-Meneses. Académico y Ateneísta”**

(RESUMEN)

Autor:

Dr. Antonio González-Meneses López



Dr. A. González-Meneses González-Meneses

1. Introducción

Antonio González-Meneses y González-Meneses pertenece a una familia de médicos y ateneístas que se extiende por al menos cuatro generaciones. Esta doble condición justifica la presente biografía, que profundiza no solo en los méritos conocidos, sino también en las partes de su vida que modelaron su voluntad y manera de ser.

2. Familia e infancia

Antonio nació el 26 de junio de 1944 en Sevilla, en la plaza del Pacífico, hoy llamada plaza de la Magdalena. Fue el tercer hijo y único varón de Antonio González-Meneses Meléndez y Purificación González-Meneses Rodríguez, y el único que sobrevivió a la edad adulta. Su familia tenía una larga tradición médica, con su padre, abuelo y tío abuelo siendo renombrados pediatras, académicos y ateneístas. No cabe duda que la influencia familiar influyó en su vocación médica.

Su infancia transcurrió feliz en la plaza del Pacífico, donde desarrolló aficiones como la fotografía y la jardinería. Desde los 12 años, revelaba sus propias fotografías y cultivaba plantas en una finca familiar. Aprendió a conducir a los 8 años y construyó aparatos de radio a los 14. Estudió en colegios jesuitas, donde estableció amistades duraderas. La muerte de su hermana María del Carmen a los 20 años marcó profundamente su infancia, dejándolo como hijo único.

3. Estudios universitarios y especialidad

Ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla en 1961. Durante sus estudios, fue alumno interno en la cátedra de Radiología y realizó el servicio militar como oficial de Complemento. Se especializó en Pediatría, defendiendo su tesis doctoral sobre la inmunología en la tos ferina en 1971. Aunque inicialmente se interesó por la Oncología Infantil, finalmente se enfocó en otras ramas de la pediatría.

Durante su formación, trabajó en el Hospital de las Cinco Llagas, donde conoció a destacados pediatras y desarrolló una profunda vocación por la pediatría social. Recordaba con cariño sus guardias y las anécdotas de esa época, recordando como anécdota que se encontraba de guardia en el momento en que el hombre llegó a la luna en 1969. Su dedicación docente universitaria se centró únicamente en ser ayudante de clases prácticas en pediatría.

4. Matrimonio e hijos

Antonio se casó con María Isabel López Garrido en 1971. Tuvieron dos hijos: Antonio, también pediatra, y Juan, catedrático de Álgebra. Vivieron en el barrio de San Lorenzo, donde Antonio tenía su consulta privada de pediatría. Disfrutaba de la fotografía y el cine, y tenía una gran afición por la música clásica. Su familia fue su gran alegría, especialmente sus nietos, a quienes adoraba.

Antonio disfrutaba del éxito profesional de sus hijos y se sentía orgulloso de sus logros. Participó activamente en la beatificación de su pariente Nazaria Ignacia March Mesa y asistió a la ceremonia en Roma en 1992,

como parte de la familia de la Beata, si bien no ya había fallecido cuando fue canonizada posteriormente.

Fue un verdadero cofrade, participando en la Hermandad de Los Estudiantes y en la Hermandad de la Coronación (el Valle), donde ejerció como segundo teniente hermano mayor durante 8 años.

5. Diputación, Casa Cuna y San Lázaro

Tras completar su formación, Antonio obtuvo una plaza como pediatra en la Diputación de Sevilla y comenzó a trabajar en la Casa Cuna de Sevilla. Allí, junto con otros profesionales, como el Prof. Gómez de Terreros, transformó la institución en un centro más abierto e integrador, cambiando estos profesionales una realidad de internado a una institución más abierta y moderna. Escribió el libro “El peligro de los internados”, exponiendo las secuelas de los niños institucionalizados y la necesidad de centros abiertos.

En 1980, fue nombrado director del Centro Provincial Infantil (Casa Cuna), profundizando en su modernización y facilitando la escolarización de los niños en colegios de la zona. Participó en la reforma de la ley de adopción, priorizando los intereses del niño. En 1985, ganó una plaza de jefe del Servicio de Pediatría de la Diputación y pasó al Hospital de San Lázaro, donde continuó su labor en la atención a niños desfavorecidos, especialmente del asentamiento del Vacie.

6. Hospital Virgen Macarena

En 1991, Antonio se integró en el Servicio Andaluz de Salud y fue adscrito al Hospital Virgen Macarena como jefe de servicio de Pediatría, tras la absorción de los servicios médicos de la diputación por la Junta de Andalucía. Se encargó de las secciones de neonatología y de escolares y adolescentes. Lideró la remodelación del servicio de neonatología que se convirtió en su época en el más moderno y mejor dotado de Andalucía, y aseguró el relevo de los profesionales que lo componían.

En neonatología, colaboró estrechamente con su amigo Lucas Eduardo Durán de Vargas y otros profesionales, logrando la supervivencia de casos complejos como el de una recién nacida prematura llamada “Mira Macarena”. En la planta de escolares, coordinó la atención a adolescentes, destacando la importancia de la paciencia y perspicacia en su tratamiento. Su relación con los especialistas en formación fue estrecha, favoreciendo su docencia y estancias en centros de excelencia.

Continuó trabajando hasta poco antes de su fallecimiento en 2006.

7. Sociedades y actividades científicas

Antonio fue miembro fundador de varias sociedades pediátricas, incluyendo la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura y la Sociedad Española de Pediatría Social. Fundó las revistas Vox Paediatrica y Pediatría Integral. Fue vicepresidente de la Asociación Española de Pediatría y coautor de varios tratados y manuales de pediatría.

Su compromiso con la pediatría social y extrahospitalaria fue notable, participando activamente en congresos y actividades científicas. Dimitió de su cargo en la Asociación Española de Pediatría cuando se dividió la pediatría extrahospitalaria, prefiriendo su integridad a un cargo.

Tras su fallecimiento, se instauró un premio en su honor en la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria.

8. Real Academia de Medicina de Sevilla

Antonio fue académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Sevilla desde 1969 y académico numerario desde 1989. Su discurso de ingreso se tituló “El niño en la Pediatría Sevillana”. Fue vicepresidente de la Academia en 1999 y presidente en 2002. Durante su mandato, modernizó la institución y aumentó su visibilidad y actividades. Renunció a la reelección en 2005 debido a un cáncer avanzado y falleció en 2006.

Su vinculación con la Academia fue profunda, siguiendo los pasos de su abuelo y padre. Su esposa, María Isabel López Garrido, también fue académica correspondiente y publicó un análisis detallado de la colección artística de la Academia. Antonio se sintió especialmente orgulloso del nombramiento de su hijo Antonio como académico correspondiente en 2004.

En sus últimos años, su dedicación a la Academia de Medicina fue muy importante, estando comprometido a dotarla de medios económicos propios que le permitiesen realizar su actividad sin estrecheces.

9. Excmo. Ateneo de Sevilla

La familia González-Meneses ha estado vinculada al Ateneo de Sevilla durante cuatro generaciones. Antonio participó activamente en las actividades del Ateneo y mantuvo una estrecha relación con sus miembros. Fue un defensor ferviente de la cabalgata de Reyes Magos del Ateneo y colaboró en los cursos de Temas Sevillanos.

Su relación con el Ateneo se profundizó durante su desempeño como vicepresidente y presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla. Participó en actos del Ateneo representando a la Academia y estrechó su relación con el Dr. Alberto Máximo Pérez Calero. Destacó en los Cursos de Temas Sevillanos, impartiendo conferencias sobre temas médicos y sociales.

10. Consideraciones finales

Antonio González-Meneses fue ante todo un pediatra dedicado, con una enorme capacidad de trabajo y un compromiso inquebrantable con sus pacientes y su profesión. Su consulta en la calle Martínez Montañés fue su lugar favorito, donde atendía a “sus niños” con cariño y dedicación. Su familia y la Academia de Medicina fueron sus grandes pasiones.

Su legado incluye la transformación de instituciones pediátricas, la fundación de sociedades y revistas científicas, y su compromiso con la pediatría social. Su vida y obra son un ejemplo de dedicación y amor por la medicina y la comunidad.

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

“Impacto de los test viscoelásticos en cirugía cardíaca. Análisis comparativo entre los dispositivos quantra® y rotem delta®”.

Autor:

Cristian Palau Martí

1. INTRODUCCIÓN

- PREVALENCIA DE LA ANEMIA EN CIRUGÍA CARDÍACA

En cirugía cardíaca, la prevalencia de la anemia preoperatoria varía en función de series y éstas oscilan entre un 25 y un 45%. Si asociamos la circulación extracorpórea (CEC), se trata del tipo de cirugía en la que más frecuente el sangrado postoperatorio. En este tipo de procedimientos cerca del 50% de todos los pacientes se transfunden, un 20% presenten un sangrado significativo y un 5% requieran de una reintervención por hemorragia durante el postoperatorio. Además, el sangrado postoperatorio es la primera causa de mortalidad en este tipo de pacientes.

En la actualidad, todavía no está claro el umbral transfusional o “*trigger transfusional*” en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Han sido numerosos los intentos de procurar establecer una cifra de hemoglobina por debajo de la cual se tenga que transfundir, sin embargo, tanto la metodología, como los resultados de dichos estudios son discutibles.

En el año 2014, se propuso por un comité de expertos el uso de una definición universal de sangrado perioperatorio en cirugía cardíaca. Este comité presentó un sistema de cinco clases o grados de sangrado basado únicamente en parámetros clínicos. Esta clasificación se basa en siete eventos que pueden ocurrir en el postoperatorio de cirugía cardíaca y se reflejan en la tabla 1.

- MONITORIZACIÓN DE LA COAGULACIÓN DURANTE LA CEC

Durante la CEC, los tiempos de pruebas de hemostasia clásicas para la obtención de los resultados mediante las técnicas clásicas de laboratorio tie-

nen un gran inconveniente, el retraso en su procesamiento. Este hecho hace inaceptable su uso en situaciones de sangrado agudo.

En dicho escenario, las pruebas viscoelásticas se han revelado como un método de valoración dinámica de la hemostasia. Pueden emplearse en la cabecera del paciente proporcionando información funcional más precisa y rápida que las pruebas clásicas del laboratorio. Permiten la valoración de la coagulación plasmática, definir la contribución relativa de las plaquetas y del fibrinógeno al proceso de la coagulación, detectar precozmente situaciones de hipercoagulabilidad e hiperfibrinólisis, así como realizar tests “in vitro” con determinados antidotos con el fin de comprobar su efectividad e indicación antes de emplearlos “in vivo” en el paciente.

2. HIPÓTESIS

El uso del analizador QUANTRA® basado en la sonorreometría SEER tiene una elevada correlación y concordancia con el analizador ROTEM DELTA® basado en la tromboelastometría rotacional en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea.

- OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la correlación y concordancia de los resultados obtenidos con el analizador QUANTRA® y el sistema ROTEM DELTA® en pacientes de cirugía cardíaca con necesidad de circulación extracorpórea.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Estudiar el poder de discriminación de las medidas del ROTEM DELTA® y del dispositivo QUANTRA®, con los resultados analíticos.
2. Analizar el poder de predicción de las medidas del ROTEM DELTA® y del QUANTRA® para predecir alteraciones de la hemostasia en el postoperatorio inmediato, según los parámetros oficiales de los dispositivos, así como según los obtenidos en el análisis ROC de nuestra muestra.
3. Analizar la fuerza de predicción del riesgo de sangrado de ambos dispositivos con el sangrado acumulado a las 12 horas del postoperatorio.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

- **TIPO DE ESTUDIO.** Se trata de un estudio observacional, multicéntrico y prospectivo para evaluar la correlación y concordancia entre el analizador QUANTRA® basado en la sonorreometría (SEER) y el analizador ROTEM DELTA® fundamentado en la tromboelastometría rotacional.

- **POBLACIÓN DE ESTUDIO.** Pacientes mayores o iguales de 18 años, programados de forma consecutiva para cirugía cardíaca electiva con circulación extracorpórea.

- **PERIODO DE ESTUDIO.** La recogida de los datos del estudio se estableció en un periodo aproximado de tres meses para cada centro. A partir del reclutamiento del primer paciente, se debían de incluir todos los pacientes de cirugía cardíaca con CEC de forma consecutiva.

- **TAMAÑO MUESTRAL.** Para el cálculo del tamaño muestral (n), se estableció el valor R que hace referencia a la correlación mínima que se espera encontrar en 0,60. El error tipo I (valor Z) empleado fue 0,05, por lo que se aceptó un 5% de probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando en realidad es verdadera. Además, se consideró un error tipo II (valor Z beta) de 0,20, lo que se traduce en un poder estadístico del 80%. Con estos valores, se obtuvo que la muestra necesaria para detectar dicho grado de correlación, dentro de los niveles de error de tipo I y II establecidos, fue de 25 participantes aproximadamente.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.** Tratarse de pacientes con una edad igual o superior a los 18 años, ser enfermos programados para una cirugía cardíaca electiva con necesidad de CEC.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.** Presencia de inestabilidad hemodinámica previa que requiriera soporte vasoactivo o mecánico, pacientes con terapia con antiagregantes y/o anticoagulantes no retirada de forma adecuada para la cirugía, tratarse de cirugías no electivas, es decir, cirugías urgentes o emergentes, pacientes sometidos a cirugía cardíaca sin CEC, enfermos diagnosticados de patologías relacionadas con estados inherentes de hipercoagulabilidad (deficiencia de antitrombina, mutación del factor V Leiden, deficiencia de la proteína C o S, disfibrinogenemias, deficiencias del factor XII, mutación del gen de la protrombina, etc).

- **VARIABLES DEL ESTUDIO.** Se registraron:

o **VARIABLES PREOPERATORIAS.**

Se obtuvieron todas las variables demográficas a partir de los datos recogidos en la visita preanestésica. Se anotó la edad en años, el género, el peso en kilogramos (kg), la talla en centímetros (cm), el Euroscore II calculado o estimación del riesgo de mortalidad en cirugía cardíaca y el tipo de cirugía programada (valvular, coronario o mixto). Además, se recopilaron las cifras de hemoglobina (Hg), el número de plaquetas (n/dL), el Índice Internacional Normalizado (INR) y el tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPa) medido en segundos de la analítica previa a la intervención.

o **VARIABLES INTRAOPERATORIAS**

Se recogieron los tiempos de CEC medidos en minutos, así como el tiempo de isquemia miocárdica. Asimismo, se recogieron los datos evocados del dispositivo ROTEM DELTA® y del analizador QUANTRA® para posteriormente poder hacer el correspondiente análisis estadístico. Del dispositivo ROTEM DELTA®, se registraron los parámetros CT de HEPTEM, A10 del

FIBTEM y A10 del EXTEM, mientras que del analizador QUANTRA®, se hizo de los valores del CS, CTH, FCS y PCS.

Del mismo modo, en el periodo intraoperatorio, también se recogió el número de hemoderivados y fibrinógeno administrados durante la intervención.

o VARIABLES POSTOPERATORIAS

Se registró el sangrado acumulado en las primeras doce horas tras la intervención medido en mililitros (ml) y recogido en el sistema de drenaje torácico (Pleur Evac). Además, se incluyó el número de hemoderivados y fibrinógeno administrados en dicho período. Se anotaron los valores de Hb, número de plaquetas, INR, TTPa y fibrinógeno (mg/dL) de la primera analítica de laboratorio extraída del paciente a su llegada a la UCCA tras la cirugía. También se anotó si el paciente requirió reintervención quirúrgica por sangrado en las primeras 48 horas de estancia en la unidad de cuidados críticos de anestesia.

- **PROTOCOLO DEL ESTUDIO.** En el presente estudio, para la determinación del ROTEM DELTA® y del QUANTRA®, se les extrajo a todos los pacientes una muestra de 10 ml de sangre arterial tras el desclampaje aórtico (finalización del tiempo de isquemia miocárdica). La sangre se introducía en dos tubos de citrato correctamente identificados con los datos del paciente para su procesamiento en el sistema ROTEM DELTA® y QUANTRA®.

En el caso de las pruebas de laboratorio obtenidas en el postoperatorio de los pacientes, los resultados obtenidos se corresponden con los obtenidos de la primera analítica de control realizada en cada uno de estos pacientes a su ingreso en la Unidad de Cuidados Críticos de Anestesia de cada centro.

4. RESULTADOS

- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

En este trabajo participaron de 30 sujetos, de los cuáles, 22 eran varones (73,33%) y 8 fueron mujeres (26,67%). La media de edad de los participantes fue de 66,00 años (dt = 8,87. El Euroscore II medio fue de 2,35% (dt = 2,66) y el tiempo de circulación extracorpórea medio fue de 137,23 minutos (dt = 40,66).

- ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Se realizó una prueba de normalidad de las medidas aportadas por ambos aparatos. En el caso del ROTEM DELTA® las medidas fueron: CT del HEPTM, A10 del FIBTEM y A10 del EXTEM. Respecto a sistema QUANTRA®, éstas fueron: CTH, FCS, CS y PCS. Dicho esto, el test de Kolmogórov-Smirnov (apropiado para muestras con un tamaño igual o mayor a 30) determinó que las variables A10 del FIBTEM, CTH y FCS se podían asumir como normales, no siendo así el resto de las variables.

Los resultados (tabla 2) muestran una correlación significativa en los tres casos, confirmando la hipótesis de que se trata de medidas parcialmente equivalentes, siendo la correlación para el conjunto A10 del FIBTEM con el FCS resultó ser la más fuerte ($R = 0,756$).

- ANÁLISIS CURVAS ROC

o **PLAQUETAS.** Se desarrolló un análisis ROC para determinar el poder de discriminación de las medidas del sistema ROTEM DELTA® (EXTEM Y FIBTEM) y del QUANTRA® (CS, FCS Y PCS) a la hora de predecir un número de plaquetas en el postoperatorio de cirugía cardíaca por debajo de lo normal. Se tomó el límite inferior de normalidad ofrecido por los laboratorios de ambos centros como valor de referencia ($<150 \times 10^9/L$).

El EXTEM del ROTEM DELTA® (Área = 0.772, Gini = 0.545, $p = 0.002$) y el CS del QUANTRA® (Área = 0.743, Gini = 0.487, $p = 0.014$) y PCS del QUANTRA® (Área = 0.699, Gini = 0.397, $p = 0.047$) resultaron discriminar de forma significativa. Observamos todos los resultados en la tabla 3.

o **FIBRINÓGENO.** Del mismo modo, se confeccionó un análisis ROC para poder determinar el poder de discriminación de las medidas del ROTEM DELTA® (EXTEM o FIBTEM) y del QUANTRA® (CS, FCS y PCS) si pretendemos predecir los valores bajos de fibrinógeno en el postoperatorio de cirugía cardíaca. De igual forma que ocurrió con las plaquetas, para el fibrinógeno se tomó como valor de referencia el límite inferior del valor normal del laboratorio de ambos hospitales ($<200 \text{ mg/dL}$).

El EXTEM (Área = 1.000, Gini = 1.000, $p < 0.001$) y el FIBTEM (Área = 0.897, Gini = 0.793, $p < 0.001$) por parte del dispositivo ROTEM DELTA®, y el CS (Área = 0.724, Gini = 0.448, $p = 0.007$) y FCS (Área = 0.948, Gini = 0.897, $p < 0.001$) por parte del sistema QUANTRA®, resultaron discriminar significativamente. Podemos ver los resultados en la tabla 4.

o **TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTPa).** En última instancia, se hizo el análisis para determinar el poder discriminatorio de la medida del CT del HEPTEM del ROTEM DELTA® y el CTH del dispositivo QUANTRA® en cuanto a la predicción de las cifras del TTPa postoperatorio por encima del valor normal, tomando como referencia el límite superior de la normalidad que ofrecen los laboratorios de ambos centros (> 35 segundos). En este caso, ninguna de las dos medidas resultó discriminar de manera significativa los valores de TTPa superiores a la normalidad. Pese a ello, se calcularon los puntos de corte de máxima discriminación para, posteriormente, poder ser utilizados en los análisis de las pruebas diagnósticas.

- ANÁLISIS DE EFICACIA DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se realizó un análisis de pruebas diagnósticas con los criterios oficiales facilitados por las casas comerciales de ambos dispositivos. Se calculó el

número de coincidencias, la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo y la precisión (utilizando para este último cálculo, la prevalencia muestral).

Se compararon las medidas relacionadas, tomando como referencia las del ROTEM DELTA® (CT del HEPTTEM >240 segundos, A10 del FIBTEM < 7 mm, A10 del EXTEM < 43 mm) respecto a las del QUANTRA® (CTH > 153 segundos, FCS < 1 hPa, CS < 13 hPa).

Se puede observar en la tabla 5 cómo hay muchas medidas que cargan toda su precisión sobre la especificidad, dejando baja la sensibilidad (por ejemplo, las relaciones A10 del EXTEM y CS, A10 del FIBTEM y FCS o plaquetas y A10 del EXTEM). Del mismo modo, en otras medidas pasa lo opuesto (por ejemplo, los binomios CT del HEPTTEM con el CTH o sangrado y RS en el QUANTRA®). Por otro lado, existen algunos pares con muy pocas coincidencias y poca precisión (por ejemplo, CT del HEPTTEM y CTH o TTPa y CTH).

Por otro lado, en la tabla 6 vemos el análisis de las pruebas diagnósticas según los criterios ROC. Observamos que los puntos de corte logran un mayor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad. No obstante, ocurre en ciertas ocasiones que dicha modificación ha ido en detrimento de las coincidencias y la precisión (por ejemplo, la pareja A10 del FIBTEM con el FCS o el fibrinógeno con el A 10 del FIBTEM). Sin embargo, en otros, ha habido una mejora tanto en el número de coincidencias como en la precisión (por ejemplo, A10 del HEPTTEM con el CTH, plaquetas con el A10 del EXTEM y TTPa con el CTH).

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo compara dos sistemas de estudio de la coagulación basados en test viscoelásticos, el ROTEM DELTA® y el QUANTRA®. En primer lugar, es importante mencionar que la relación existente entre las variables cotejadas, aunque fueron significativas en todos los casos, mostraron una fuerza de correlación diferente en cada una de ellas. Si interpretamos que un coeficiente de correlación mayor a 0,4 y menor a 0,7 se corresponde con una correlación moderada y que si éste es mayor a 0,7 y menor a 0,9 es alta, observamos entre los resultados de nuestro estudio, una correlación moderada para el tiempo de coagulación (CT del HEPTTEM del ROTEM DELTA® con CTH del QUANTRA®) y más fuerte para los parámetros de rigidez del coágulo (moderada para el A10 del EXTEM del ROTEM DELTA® con el CS del QUANTRA® y, alta, para el A10 del FIBTEM del ROTEM DELTA® con el FCS del QUANTRA®).

En nuestro trabajo hemos analizado cómo los dos sistemas son capaces de discriminar las medidas alteradas del laboratorio, es decir, hemos determinado el poder de las medidas a la hora de predecir un bajo fibrinógeno, unas bajas plaquetas o un TTPa alargado en el postoperatorio inmediato de

cirugía cardíaca con CEC. Dicho esto, vemos que, en el caso del fibrinógeno, ambos aparatos obtienen al menos una medida óptima para la discriminación de éste, siendo estas medidas el A10 del EXTEM del sistema ROTEM DELTA® y el FCS del analizador QUANTRA®. Por otro lado, en cuanto a la discriminación de las plaquetas hay que señalar que ésta es claramente peor, siendo la variable que mejor lo predice el A10 del EXTEM, seguida del CS del QUANTRA®. Señalar que ninguna de las pruebas utilizados en este estudio fue capaz de predecir los valores alargados del TTPa.

El presente trabajo, también ha podido realizar un análisis de las pruebas diagnósticas con los criterios facilitados por las casas comerciales. La concordancia entre el A10 del EXTEM y el A10 del FIBTEM con el CS y el FCS, respectivamente, muestran precisiones elevadas, con una elevada especificidad y un alto número de coincidencias, pero la sensibilidad es cero en ambos casos. Al aplicar los resultados de corte obtenidos de nuestro análisis ROC, se objetiva un mayor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, pero no objetivamos una mejoría en la precisión, obteniendo incluso un menor número de coincidencias entre aparatos.

Respecto al CT del HEPTM y el CTH con los criterios comerciales, la correspondencia es muy baja. Sin embargo, con la aplicación de los valores ROC obtenidos de nuestro estudio obtenemos que un sistema predice muy bien el otro. Se obtiene muy buena correspondencia, una gran especificidad, una alta sensibilidad, unos valores predictivos elevados y mucha precisión.

En cuanto a la correspondencia del sistema ROTEM DELTA® y del QUANTRA® de forma individual con los parámetros de laboratorio, llama la atención que los valores proporcionados por las casas comerciales tienen una elevada precisión, sin embargo, tienen muy baja sensibilidad, a expensas de una gran especificidad, lo cual entendemos que podría ser una forma de la propia casa comercial para obtener grandes precisiones. Debido a la prevalencia, les resulta más interesante una mayor especificidad en aras de obtener una mayor precisión.

Posteriormente, es interesante mencionar que al aplicar los valores del análisis ROC, perdemos precisión cuando lo esperable sería mejorar nuestros resultados al proporcionarnos el valor de máxima discriminación. Esto podría deberse a que esta modificación equilibra los valores de sensibilidad y especificidad, disminuyendo, en algunos casos, el número de coincidencias.

Otro de los objetivos de nuestro estudio consistía en la predicción del sangrado a través de la combinación de los diferentes parámetros de ambos sistemas. Se objetiva una baja precisión para ambos aparatos, mejorando discretamente la misma con la corrección tras usar los valores ROC.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, mencionaremos que es esencial diseñar estudios más complejos con los que obtener un mayor número de medidas de ambos sistemas en diferentes momentos del periope-

ratorio de cara a establecer mejores correlaciones y correspondencias. Además, en cuanto a la comparación de los resultados de ambos sistemas con los valores de laboratorio, esta medición no se extrajo en el mismo momento de la medición de ambos sistemas, sino a su llegada a la unidad de cuidados críticos. Esta diferencia de tiempos podría haber modificado parcialmente los resultados.

Es importante añadir que este trabajo se realizó en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con necesidad de CEC programados de forma electiva, por lo que sus resultados no se pueden transferir fácilmente a otras cohortes de pacientes quirúrgicos.

Finalmente, tras analizar los resultados obtenidos en este estudio experimental, sí es posible responder a los objetivos planteados al inicio de este proyecto. Podemos afirmar en concordancia con la literatura publicada que sí existe una correlación, al menos moderada, entre los diferentes parámetros de ambos analizadores. Por otro lado, también se concluye la utilidad de los dispositivos ROTEM DELTA® y QUANTRA® para la predicción de las alteraciones postoperatorias del fibrinógeno y plaquetas, no siendo así para los valores alterados del TTPa. Además, pese a no ser uno de los objetivos de nuestro trabajo, es importante mencionar que el presente estudio no apoya la superioridad de ninguno de los dos métodos empleados para el estudio y monitorización de la hemostasia en el intraoperatorio de cirugía cardíaca, sin embargo, sí que nos orienta en cuanto a una mayor sensibilidad del sistema QUANTRA® y una mayor especificidad del dispositivo ROTEM DELTA® para la detección del sangrado postoperatorio. Dicho esto, podemos afirmar que la combinación de ambas pruebas podría suponer una estrategia eficaz y segura en el manejo de este tipo de pacientes.

6. CONCLUSIONES

1. Las medidas del ROTEM DELTA® con sus equivalentes del QUANTRA® presentan una correlación significativa al menos moderada.
2. Ambos sistemas discriminaron de forma eficaz la baja concentración de plaquetas y/o fibrinógeno en el postoperatorio.
3. La correspondencia del ROTEM DELTA® y del QUANTRA® de forma individual con los parámetros de laboratorio presentan una elevada precisión a expensas de una elevada especificidad.
4. La aplicación de los valores ROC de nuestra muestra para el estudio de la correspondencia del ROTEM DELTA® y del QUANTRA® con los valores de laboratorio empeora la precisión a expensas de un mayor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad.
5. La predicción del sangrado a través de la combinación de los diferentes parámetros presentó una baja precisión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Murphy WG, Davies MJ, Eduardo A. The haemostatic response to surgery and trauma. *Br J Anaesth*. 1993 Feb;70(2):205–13.
2. Hall JE, Hall ME. *Textbook of Medical Physiology* 14th ed. Guyton and Hall. Elsevier. Vol. 1 2020;279-288.
3. M.A. Pajares, J.A. Margarit, C. García-Camacho et al., Vía clínica de recuperación intensifi- cada en cirugía cardíaca. Documento de consenso de la SEDAR, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.11.005>.
4. Dyke C, Aronson S, Dietrich W, Hofmann A, Karkouti K, Levi M, et al. Universal definition of perioperative bleeding in adult cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014; 147(5):1458-63.
5. Deppe A-C, Weber C, Zimmermann J, Kuhn EW, Slottosch I, Liakopoulos OJ, et al. Point-of-care thromboelastography/thromboelastometry-based coagulation management in cardiac surgery: a meta-analysis of 8332 patients. *J Surg Res*. 2016;203(2):424–33.
6. Tanaka KA, Bolliger D, Vadlamudi R, Nimmo A. Rotational thromboelastometry (ROTEM DELTA)-based coagulation management in cardiac surgery and major trauma. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2012 Dec;26(6):1083–93.
7. Raphael J, Mazer CD, Subramani S, Schroeder A, Abdalla M, Ferreira R, et al. Society of Cardiovascular Anesthesiologists Clinical Practice Improvement Advisory for Management of Perioperative Bleeding and Hemostasis in Cardiac Surgery Patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2019 Nov 1;33(11):2887–99.
8. Baryshnikova E, Di Dedda U, Ranucci M. A Comparative Study of SEER Sonorheometry Versus Standard Coagulation Tests, Rotational Thromboelastometry, and Multiple Electrode Aggregometry in Cardiac Surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2019 Jun;33(6):1590-1598.

PREMIO PROFESOR ANTONIO PIÑERO CARRIÓN, DOTADO POR EL PROF. DR. D. ANTONIO PIÑERO BUSTAMANTE CON MIL EUROS Y DIPLOMA ACREDITATIVO, AL AUTOR DEL MEJOR TRABAJO PRESENTADO SOBRE “INVESTIGACIÓN, CLÍNICA O TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LA RETINA”

“POSTERIOR STAPHYLOMA AS DETERMINING FACTOR FOR MYOPIC MACULOPATHY”

Authors:

José M Ruiz-Moreno ^{*,1,2,3}, Mariluz Puertas ^{*,1}, Ignacio Flores-Moreno ^{1,4}, Elena Almazán-Alonso ¹, María García-Zamora ¹, Jorge Ruiz-Medrano ^{1,3}.

1. Puerta de Hierro-Majadahonda University Hospital, Madrid, Spain
2. Department of Ophthalmology, Castilla La Mancha University, Albacete, Spain
3. Miranza Corporation, Madrid, Spain
4. Clínica Suárez Leoz, Madrid. Spain.

*José M Ruiz-Moreno and Mariluz Puertas contributed equally.

*Este documento es una adaptación del artículo original titulado ‘**Posterior Staphyloma as Determining Factor for Myopic Maculopathy**’, publicado en *American Journal of Ophthalmology* (vol. 252, pp. 9-16, agosto de 2023) y disponible en PubMed (PMID: 36868340)., el cual ha sido distinguido con el premio Prof. Antonio Piñero Carrión por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla .

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la influencia del estafiloma posterior (PS) en el desarrollo de la maculopatía miópica.

Métodos: Se incluyeron 467 ojos con miopía alta (longitud axial (LA) ≥ 26 mm) de 246 pacientes. Los pacientes fueron sometidos a un examen oftalmológico completo, incluyendo imágenes multimodales. La presencia de PS se definió como la variable principal, analizando entre los grupos (con PS vs. sin PS) las siguientes variables: edad, LA, agudeza visual mejor corregida (BCVA), los componentes de Atrofia/Tracción/Neovascularización (ATN) y la presencia de miopía patológica severa

(PM). Se estudiaron dos cohortes diferentes (emparejadas por edad y por LA) comparando ojos con PS vs. sin PS.

Resultados: Del total, 325 ojos (69.59%) presentaron PS. Los ojos sin PS eran más jóvenes y tenían una menor LA, componentes ATN menos avanzados y menor prevalencia de PM severa en comparación con aquellos con PS ($p<0.001$). Además, los ojos sin PS presentaron mejor BCVA ($p<0.001$). En el análisis de la cohorte emparejada por edad ($p=0.96$), la media de LA, los componentes A y T, y la PM severa fueron significativamente más altos en el grupo con PS ($p<0.001$), al igual que el componente N ($p<0.005$), mostrando peor BCVA ($p<0.001$). En cuanto a la cohorte emparejada por LA ($p=0.93$), el grupo con PS mostró peor BCVA ($p<0.01$), mayor edad ($p<0.001$), valores más elevados de los componentes A ($p<0.001$) y T ($p<0.01$), así como una mayor prevalencia de PM severa ($p<0.01$). El riesgo de PS aumenta en un 10% por cada año de edad (odds ratio: 1.109, $p<0.001$) y en un 132% por cada mm de crecimiento de la LA (odds ratio: 2.318, $p<0.001$).

Conclusión: El estafiloma posterior está asociado con la maculopatía miópica, una peor agudeza visual y una mayor prevalencia de PM severa. La longitud axial y la edad, en ese orden, constituyen los principales factores asociados con la aparición del PS.

Introducción

La miopía alta afecta aproximadamente a 500 millones de personas en el mundo, con una prevalencia en aumento, especialmente en Asia oriental, donde supera el 20% (1). Se estima que para el año 2050, casi la mitad de la población mundial será miope, y hasta una quinta parte de estos casos corresponderá a miopía alta, lo que supondrá un reto importante para la salud pública (2). Los pacientes con miopía alta tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos maculares debido a cambios en el polo posterior del ojo, lo que puede llevar a la miopía patológica (PM) y, potencialmente, a la pérdida de agudeza visual (3). La PM se ha convertido en una de las principales causas de ceguera legal a nivel mundial, y su incidencia se espera que continúe aumentando en el futuro (4).

El concepto de PM fue definido inicialmente por Curtin en 1977 (5) y posteriormente refinado por Ohno-Matsui et al. (6), quienes propusieron su clasificación basada en la presencia de maculopatía miópica. Según el sistema de clasificación META-PM, la PM se define por la atrofia coriorretiniana igual o más severa que la difusa o la presencia de estafiloma posterior (7). Basándose en el sistema de clasificación ATN (Atrofia/Tracción/Neovascularización), Ruiz-Medrano et al. establecieron que los ojos con una componente atrófica y traccional $\geq A3$ y/o T3 presentan una peor agudeza visual (8). Flores-Moreno et al. determinaron que la longitud axial óptima para la definición de PM y PM severa es de 28 mm y 29.5 mm, respectivamente (9).

El estafiloma posterior (PS) ha sido descrito como una protrusión localizada de la pared ocular con un radio de curvatura menor al de la pared circundante (10), siendo una lesión característica de la miopía alta, aunque no exclusiva (6). Se ha demostrado que los ojos con PS presentan trastornos más graves asociados a la miopía en comparación con aquellos sin PS (11-12).

Este estudio tiene como objetivo determinar la influencia del PS en la aparición y progresión de la maculopatía miópica.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal cumpliendo los principios de la Declaración de Helsinki, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid, España). Se incluyeron pacientes con miopía alta (longitud axial ≥ 26 mm) y calidad de imagen óptima en la tomografía de coherencia óptica (OCT) de barrido de fuente Swept-source (SS-OCT, Topcon Corporation, Japón). Se excluyeron ojos con miopía no axial, cirugías intraoculares previas (excepto cirugía refractiva o de cataratas), enfermedades inflamatorias o vasculares, así como aquellos con configuración macular en cúpula.

Se recopilaron datos demográficos y se realizó una evaluación oftalmológica completa, incluyendo:

- Agudeza visual mejor corregida (BCVA)
- Biometría óptica (IOL Master-500, Carl Zeiss Meditec AG, Alemania)
- Tonometría de aplanación de Goldmann
- Examen del fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta
- Imagen multimodal con fotografía de fondo de ojo, autofluorescencia y angiografía fluoresceínica en casos de sospecha de neovascularización coroidea miópica (CNV).

El sistema de clasificación ATN (8) se aplicó para evaluar la maculopatía miópica en todos los casos. La presencia de PS se determinó mediante oftalmoscopia indirecta, fotografía de fondo de ojo y B-scan radial de OCT, evaluada independientemente por dos especialistas en retina.

Para controlar el impacto de la edad y la longitud axial en la presencia de PS, se crearon dos cohortes emparejadas: una por edad y otra por longitud axial. Se utilizaron pruebas estadísticas para comparar las variables clínicas entre los grupos, con un valor de $p < 0.05$ considerado significativo.

Resultados

Se incluyeron 467 ojos de 246 pacientes, con una edad media de 62.27 ± 13.53 años y una longitud axial promedio de 29.38 ± 2.54 mm. El 69.2% de los pacientes eran mujeres. La BCVA media fue de 0.57 ± 0.33 decimal. En términos de ATN, la media de los componentes

fue: $A=2.28\pm1.0$, $T=0.73\pm0.98$ y $N=0.47\pm0.82$. Se clasificaron 214 ojos (45.82%) como PM severa.

El PS estuvo presente en 325 ojos (69.59%) y ausente en 142 (30.41%). Los ojos con PS presentaron:

- Mayor edad (65.95 ± 11.54 años vs. 53.85 ± 14.01 años, $p<0.001$)
- Mayor longitud axial (30.21 ± 2.50 mm vs. 27.47 ± 1.34 mm, $p<0.001$)
- Peor BCVA (0.49 ± 0.33 vs. 0.75 ± 0.27 , $p<0.001$)
- Mayor gravedad de la maculopatía miópica según ATN ($p<0.001$)
- Mayor frecuencia de PM severa (59.6% vs. 14.0%, $p<0.001$)

El riesgo de tener PM severa fue 9.098 veces mayor en ojos con PS que en aquellos sin PS (OR: 9.098; IC95%: 5.394-15.348, $p<0.001$).

Análisis de regresión logística mostró que el riesgo de PS aumentó un **10% por cada año de edad** (OR: 1.109; IC95%: 1.079-1.139, $p<0.001$) y un **132% por cada mm de incremento en la longitud axial** (OR: 2.318; IC95%: 1.917-2.802, $p<0.001$).

Discusión y Conclusiones

El PS es un factor clave en la progresión de la maculopatía miópica. La longitud axial y la edad son factores de riesgo significativos para el desarrollo de PS, siendo la **longitud axial el principal determinante**, seguido por la edad.

Se concluye que:

1. El **PS se asocia con una peor agudeza visual** y una mayor gravedad de la maculopatía miópica.
2. La **longitud axial es el principal factor de riesgo para el desarrollo de PS**, seguido de la edad.
3. El **riesgo de desarrollar PS aumenta un 10% por cada año de edad y un 132% por cada mm de longitud axial**.

Referencias

1. Koh V, Yang A, Saw SM, et al. Differences in Prevalence of Refractive Errors in Young Asian Males in Singapore between 1996–1997 and 2009–2010. *Ophthalmic Epidemiol.* 2014;21(4):247-255. doi:10.3109/09286586.2014.928824.
2. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology.* 2016;123(5):1036-1042. doi:10.1016/j.ophtha.2016.01.006.
3. Iwase A, Araie M, Tomidokoro A, Yamamoto T, Shimizu H, Kitazawa Y. Prevalence and Causes of Low Vision and Blindness in a Japanese Adult

- Population: The Tajimi Study. *Ophthalmology*. 2006;113(8):1354-1362.e1. doi:10.1016/j.ophtha.2006.04.022.
4. Shimada N, Tanaka Y, Tokoro T, Ohno-Matsui K. Natural course of myopic traction maculopathy and factors associated with progression or resolution. *Am J Ophthalmol*. 2013;156(5):948-957.e1. doi:10.1016/j.ajo.2013.06.031.
 5. Curtin BJ. The posterior staphyloma of pathologic myopia. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1977;75:67-86.
 6. Ohno-Matsui K, Lai TYY, Lai CC, Cheung CMG. Updates of pathologic myopia. *Prog Retin Eye Res*. 2016;52:156-187.
 7. Ohno-Matsui K, Kawasaki R, Jonas JB, et al. International Photographic Classification and Grading System for Myopic Maculopathy. *Am J Ophthalmol*. 2015;159(5):877-883.e7.
 8. Ruiz-Medrano J, Montero JA, Flores-Moreno I, Arias L, García-Layana A, Ruiz-Moreno JM. Myopic maculopathy: Current status and proposal for a new classification and grading system (ATN). *Prog Retin Eye Res*. 2019;69:80-115. doi:10.1016/j.preteyeres.2018.10.005.
 9. Flores-Moreno I, Puertas M, Almazán-Alonso E, et al. Pathologic myopia and severe pathologic myopia: correlation with axial length. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2022;260(1):133-140. doi:10.1007/s00417-021-05372-0.
 10. Spaide RF. Staphyloma: Part I. In: *Pathologic Myopia*. Springer; 2014:167-176. doi:10.1007/978-3-030-74334-5_15.
 11. Fang Y, Yokoi T, Nagaoka N, et al. Progression of Myopic Maculopathy during 18-Year Follow-up. *Ophthalmology*. 2018;125(6):863-877. doi:10.1016/j.ophtha.2017.12.005.
 12. Hayashi K, Ohno-Matsui K, Shimada N, et al. Long-term pattern of progression of myopic maculopathy: A natural history study. *Ophthalmology*. 2010;117(8):1595-1611.e1-4. doi:10.1016/j.ophtha.2009.11.003.

VIAJE INSTITUCIONAL A LA REGIÓN DEL VÉNETO

14-20 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Con el fin de promover la convivencia y estrechar lazos entre los miembros numerarios de la RAMSE se organizó este viaje entre el 14 y 20 de septiembre de 2024, teniendo además como objetivos el difundir el conocimiento de nuestra Corporación y establecer relaciones institucionales con la Universidad de Padua (1222) y varias academias de la región italiana del Véneto.

Nueve académicos numerarios, acompañados de sus esposas, constituyeron el grupo: Dr. Carlos Infantes, Dr. Juan Sabaté, Dr. Felipe Martínez, Dr. Santiago Durán, Dr. Jorge Domínguez-Rodiño, Dr. Hugo Galera, Dr. Manuel Ortega, Dr. José Antonio Milán y Dr. Joaquín Lucena.

El viaje fue todo un éxito de organización y de convivencia, en el que se hicieron numerosas visitas culturales en Padua (capilla Scrovegni, basílica de San Antonio, Jardín Botánico), Vicenza (Academia Olímpica, Teatro Olímpico de Palladio, Villas de Palladio), Valdobbiadene, Possagno (Museo Canova y Gipsoteca), Venecia (exposición de Marco Polo) y Treviso.



El grupo en la basílica de San Antonio de Padua



Aula magna de la Universidad de Padua en el Palazzo del Bo

El día 16 de septiembre hubo un acto institucional en el Rectorado de la Universidad de Padua en el que fueron recibidos por la vicerrectora de Asuntos Internacionales, Prof.^a Cristina Basso, y el Prof. Gaetano Thiene. Se realizó una visita guiada por el Palazzo del Bo (siglo XVI), una de las construcciones renacentistas más bellas de la ciudad y sede del rectorado, incluyendo el Aula Magna, la Sala de los Cuarenta, Anfiteatro Anatómico y Aula de Galileo. Posteriormente se hizo entrega de la medalla y diploma de académico correspondiente internacional a la Dra. Basso y al Dr. Thiene.



Entrega de diplomas y medallas a la Dra. Basso y el Dr. Thiene

Por la tarde fueron recibidos en la Accademia Galileiana di Scienze, Lettere ed Arti por el plano académico y su presidenta, Prof.^a Giovanna Zaniolo. Esta academia fue fundada en 1599 en Padua con el nombre inicial de Accademia dei Ricovrati. Su sede está en la Loggia dei Carraresi, edificio histórico y único que sobrevive de la Reggia Carraresi, gran residencia que fue de los señores de Padua, erigida en el siglo XIV. Se celebró una sesión conjunta de las dos academias en el salón de actos, cuyas paredes están decoradas por frescos de Guariento en la que intervino en primer lugar nuestro presidente, Dr. Carlos Infantes, que expuso la historia de nuestra Academia. A continuación, el Dr. Domínguez-Rodiño dio una conferencia titulada “Sevilla y la primera vuelta al mundo”, tema solicitado por el Prof. Gaetano Thiene, que estableció posteriormente un animado coloquio con el conferenciante. Por parte italiana habló después el académico Gregorio Piaia, con la conferencia “L’Accademia di Padova: una storia quadrisecolare”.



Salón de actos de la Accademia Galileiana, con los frescos de Guariento

La otra institución visitada ha sido la Academia Olímpica de Vicenza, cuyos orígenes se remontan a 1555. Y de la que el Prof. Thiene ha sido presidente anteriormente. En la misma se pudo admirar el Teatro Olímpico de Palladio.

A continuación, se reproduce la conferencia del Dr. Domínguez-Rodiño en la Accademia Galileiana de Padua en la tarde del día 16 de septiembre

“SEVILLA Y LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO”

por el Dr. Jorge Domínguez-Rodiño Sánchez-Laulhé

Sra. presidente de la *Accademia Galileiana*
Sras. y Sres. académicos

Es un gran honor hablar en esta Academia y debo agradecer a mi presidente, Dr. Carlos Infantes, el haber confiado en mí para dirigirme a ustedes. Les diré que soy el académico del área de Historia de la Medicina y también el bibliotecario, aunque mi actividad profesional médica es la Cirugía Ortopédica.

Quisiera decirles que en nuestra academia sevillana hubo un miembro, mi tío el Dr. Gabriel Sánchez de la Cuesta, que en 1953 publicó un libro titulado “Galileo y la Ciencia”, en el cual se habla de dos posibles viajes de Galileo a España, en 1619 y en 1623, con motivo de participar en el concurso instaurado por los monarcas españoles para poder determinar de alguna forma segura la longitud en el mar, la coordinada geográfica tan necesaria para la navegación en los océanos a raíz del descubrimiento de América.

El tema de esta presentación se debe a la sugerencia que nos hizo el Dr. Gaetano Thiene. Pero antes debo advertirles que no tengo ninguna autoridad en esta materia, solo soy un médico enamorado de mi ciudad y de su historia. Por tanto, debo pedir disculpas por mi atrevimiento.



Sevilla en el siglo XVI, Alonso Sánchez Coello. Museo del Prado

Para comprender por qué Sevilla tuvo un destacado papel en esta extraordinaria gesta que fue la primera vuelta al mundo, y por qué fue elegida por Magallanes para la preparación de la expedición, que terminaría Juan Sebastián Elcano, es necesario recordar algo del origen e historia de mi ciudad, y muy especialmente de su puerto, cuya importancia en los siglos XVI y XVII sería enorme. A principios del siglo XVI, cuando Magallanes llegó a Sevilla para preparar su expedición, la ciudad ya era la capital no oficial de un nuevo imperio. Solo habían pasado 25 años desde el primer viaje de Colón, pero Sevilla se había convertido en el centro del mundo. Situada junto al río Guadalquivir, era ya importante desde tiempos musulmanes, estaba bien comunicada con el resto de la península ibérica y lo bastante lejos de la costa como para ser lugar seguro para los barcos. Reunía las mejores condiciones para convertirse en puerta y puerto del Nuevo Mundo

Como decía una periodista local recientemente: “Hay ciudades en las que se puede leer con claridad el libro de su memoria. El pasado está presente en el trazado de las calles, en el perfil de sus edificios, en la huella que se respira en el aire de una tarde. En Sevilla aún se pueden rastrear sus huellas americanas, y las de expediciones como esta de Magallanes, que salieron por el río Guadalquivir. Tenemos el puerto que fue la puerta de América, las Atarazanas donde se curaban los barcos, heridos por la furia de los océanos, o la Lonja de Mercaderes que luego acogió el Archivo de Indias, con los documentos de crónicas del imperio de ultramar”.



Para recordar esta historia les quiero mostrar primero este bello mapa que es de 1771, pero que muestra el casco histórico de la ciudad de forma muy parecida a como fue en la época de Magallanes. Lo mandó hacer el asistente de la

ciudad, el alcalde, que entonces era Pablo de Olavide. Es curioso porque el Este se encuentra arriba, es un mapa “orientado”, como los de la época medieval.

Aunque no cabe duda de que hubo ya un asentamiento fenicio-tartésico llamado Spal unos 800 años a.C., situado en la zona más elevada donde hoy se está Sevilla, a muchos sevillanos como yo, que nos sentimos descendientes de los romanos o, más exactamente, herederos de la civilización latina, nos gusta más la tradición que dice que nuestra ciudad fue fundada por Julio César en el año 49 a.C.

Así lo escribió San Isidoro, el gran doctor de la Iglesia, en su obra “Etimologías”, refiriendo que César le puso el nombre de Colonia Julia Romula Hispalis. Julia en referencia al *nomen* de su familia (la *gens* Julia), Romula que significa pequeña Roma e Hispalis que quiere decir que está construida sobre palos, al igual que lo está Venecia, ya que Hispalis estaba asentada en un terreno cenagoso al borde de lo que entonces era el lago Ligustino, que conectaba a la ciudad con el océano Atlántico.

Esta es una recreación de la situación de la ciudad romana con respecto al río Guadalquivir, en que se ven varios arroyos y el brazo del río que pasaba entonces por lo que hoy es el centro de Sevilla.

Esto lo vemos mejor en el mapa de Olavide. La ciudad romana está aquí marcada en rojo, que era una zona más elevada de 10 a 17 metros sobre el nivel del río. Se llamaba entonces río Betis y su cauce, que veis en azul, era distinto, iba por el eje norte-sur del centro de Sevilla. El puerto estaba en la zona de la actual catedral. Los romanos establecieron un importante comercio a través del río con la plata que se extraía de Sierra Morena y sobre todo con nuestro “oro verde”, el aceite de oliva. Naves pequeñas traían las mercancías por el río desde Córdoba e incluso de más arriba, de Andújar, y ya en Sevilla, otras naves más grandes iban navegando hacia Roma.



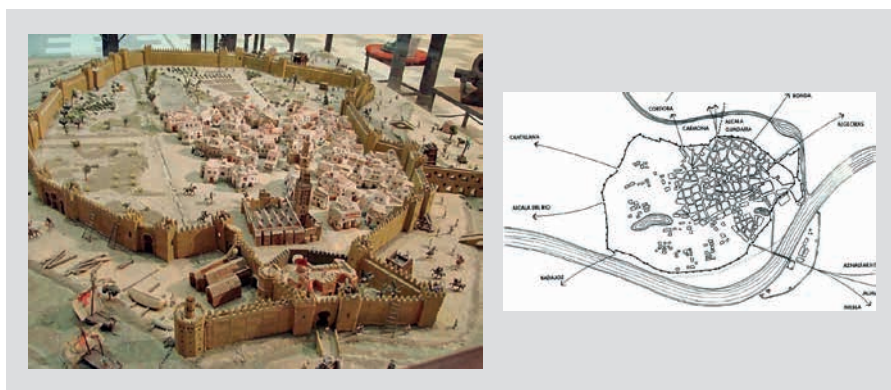
MONTE TESTACCIO
ROMA

Ustedes conocerán seguramente la historia del monte Testaccio de Roma, que es una colina artificial de unos 50 metros de altura y una base de 20000 metros cuadrados formada por la acumulación de millones ánforas

rotas en las que se transportaba el aceite, y que en su mayoría procedían del puerto de Hispalis. Por tanto, podemos decir que Sevilla no hizo el puerto, sino que fue el puerto el que hizo a Sevilla.

En la época de la invasión musulmana el puerto siguió teniendo muchísima importancia, ya que será también estación naval de España para el Islam. Hacia el año mil cambia la fisonomía del río. Una gran riada origina un fenómeno llamado de avulsión que hace que el río se divida en dos brazos. En un periodo de 100 años el brazo del oeste se desplaza hasta su curso actual conformando un meandro, y el brazo oriental se seca.

Ello permite a los musulmanes expandir la ciudad y se configurarán los límites de su actual casco histórico, cuyo perímetro de murallas alcanzará 7 km y 300 m y contaba con 166 torres, la ciudad intramuros tenía una superficie de cerca de 300 hectáreas, siendo ya la urbe más grande de Europa Occidental. El puerto musulmán estaba más al norte, donde la muralla era más cercana, pero a raíz de la construcción del puente de barcas en 1171 para comunicar al barrio de Triana, este será un obstáculo para la navegación y el puerto será trasladado a la zona del Arenal y la Torre del Oro, también de construcción almohade en 1221. Ya en la época del islam existieron unas atarazanas (de la lengua árabe “adar assaná”, la casa de la industria), el lugar donde se construyen barcos.



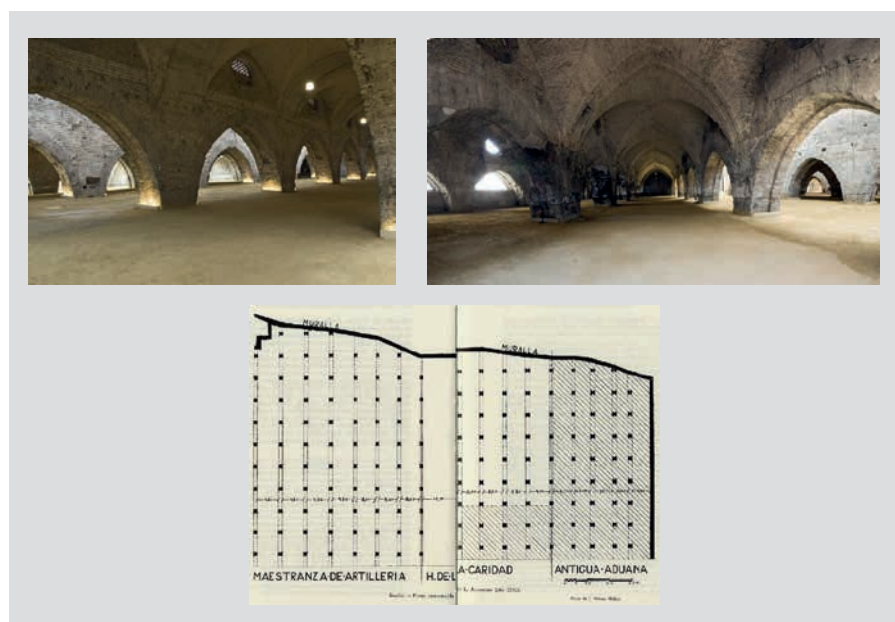
Aquí vemos un dibujo que representa la época de la reconquista cristiana. Al fondo se ven tierras de cultivo, el mar estaba en los límites actuales

Las grandes atarazanas fueron las cristianas que se construyeron en 1252 con el rey Alfonso X El Sabio, que harán a Sevilla y a su puerto la principal base naval de la corona de Castilla. Por tanto, ven ustedes que el gran puerto de Sevilla no aparece de pronto con los viajes a América, con las llamadas Flotas de Indias, que surcaran el Atlántico durante el siglo XVI y XVII principalmente, no, las cosas se hicieron poco a poco, y ya en el siglo XIII era importante el puerto.

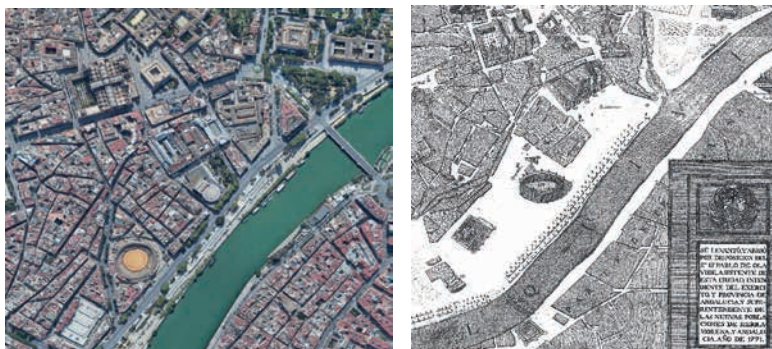
Las Atarazanas son un edificio impresionante cuando se las ve y que ha resistido el paso del tiempo. Actualmente se conservan 7 naves de las 17

que tuvo originalmente. Aquí se construyeron galeras de guerra en la época medieval. Las naves de las Atarazanas tienen unos 100 metros y en cada nave cabían dos galeras de 40 metros de eslora, por tanto hasta treinta y cuatro barcos se podían guardar en ellas.

En realidad las Atarazanas eran un complejo mayor, situado en la zona suroeste de la ciudad constituido por las Atarazanas de las Galeras, ya mencionadas; las Atarazanas de los Caballeros, que era este edificio más al sur, en donde había almacenes de materiales de construcción y posiblemente fue donde estuvieron las atarazanas musulmanas; la Torre del Oro; la Torre de la Plata y la Resolana del río, un lugar donde no se podía construir ya que por aquí se arrasaban los barcos por la arena hacia el río, para guardarlos en invierno y sacarlos en primavera-verano, que era cuando se hacían las campañas militares.



Vean ustedes aquí en estas imágenes, la actual y la del mapa del siglo XVIII, la ubicación de este complejo arquitectónico.



Es por tanto un espacio inmenso de la ciudad, 18.000 metros cuadrados las Atarazanas de las Galeras, unos 10.000 las Atarazanas de los Caballeros y unos 33.000 la Resolana. En total unos 60.000 metros cuadrados, 6 hectáreas, el doble del Arsenal de Venecia a mediados del siglo XIII, que era el arsenal de galeras más importante de Europa. Al año siguiente de la fundación de las Atarazanas se crea el Almirantazgo, nombrando el rey a Ruy López de Mendoza como primer almirante de Castilla.

¿Por qué tenía tanta importancia militar esta base? Porque con ella la corona de Castilla conquista Algeciras y dominó el estrecho de Gibraltar y con ello se hizo posible la navegación segura desde el mediterráneo al norte de Europa. De esa forma las dos zonas más ricas, que eran Venecia y Flandes, podían tener comercio marítimo, mucho más barato que la costosa ruta terrestre que cruzaba los Alpes.



Con el crecimiento de la ciudad de Sevilla empieza a llegar muchos italianos, y sobre todo de Génova (Cristóbal Colón no fue de los primeros en llegar sino más bien de los últimos). Eso explica que la principal calle de la ciudad, lo que hoy es la Avenida de la Constitución, se llamó calle Génova en el siglo XIII. Apellidos como Pinelo, Magnara, Bucarelli, Fantoni, Federighi, incluso Amerigo Vespucci que llegó a ser piloto mayor de la Casa de la Contratación.

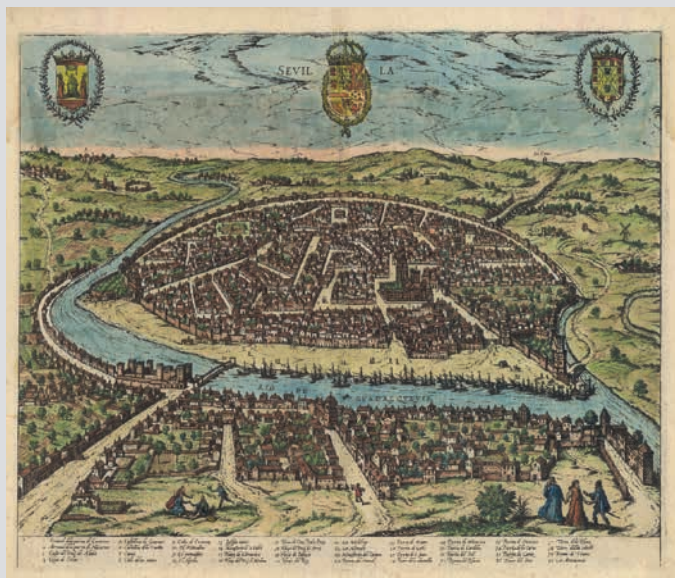
Pero las galeras sevillanas no solo se dedicaron a defender el Mediterráneo, ya que en el siglo XIV participaron en la Guerra de los Cien Años, ayudando al ejército francés. Con ello el astillero medieval tendrá una actividad muy intensa en ese siglo. Las galeras llevaban 180 hombres remando,

que eran todos asalariados, y participaban también como infantería ligera. Llegaron a navegar hasta el Canal de la Mancha, alcanzando e incendiando los arrabales de Londres por el río Támesis.

En 1450 termina la Guerra de los Cien Años y los astilleros sevillanos empiezan a declinar, puesto que ya las galeras no se usan, y el edificio empieza a deteriorarse, porque el mantenimiento es muy caro. Incluso en 1493 se empieza a usar una de ellas como mercado de pescado. Además, los Reyes Católicos deciden trasladar la construcción de galeras al puerto de Barcelona, para guerrear en el Mediterráneo. Sevilla quedaría para que sus artistas decorasen espléndidamente las galeras reales.

Todo hacía pensar que el gran edificio desaparecería, y quizás también el esplendor del puerto, pero sucedió un acontecimiento extraordinario: el descubrimiento de América. Y entonces se crea la Casa de la Contratación en 1503, que inicialmente estará en las naves del sur de las Atarazanas y más tarde pasará al Alcázar. La Casa de la Contratación será el organismo que regirá todo el comercio transatlántico, el comercio de mercancías y el tráfico de personas.

Por tanto, se empieza a dar un uso digno de nuevo al complejo, que queda como base logística y el puerto de Sevilla como sede para la partida, avituallamiento y reparación de las naves de las Flotas de Indias. Adquieren valor de nuevo las Atarazanas porque aquí también se organizarán las grandes expediciones oceanográficas y entre ellas la de Magallanes.



MAPA DE
SEVILLA
1588
G.BRAUN
AND
F. HOGENBERG

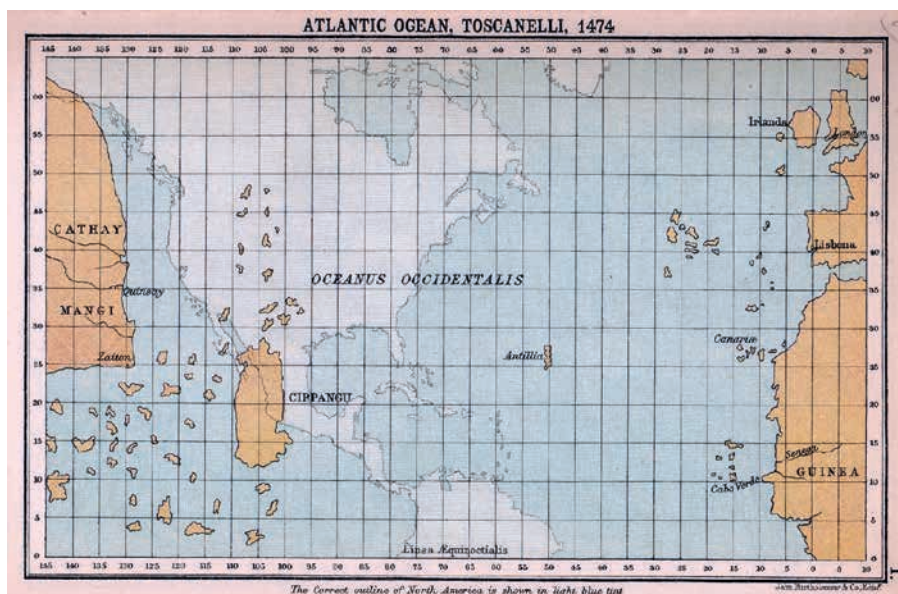
Ya tenemos entonces en pleno siglo XVI la visión clásica de la ciudad y su puerto que nos irán dando muchos pintores. En 1475 es cuando los Reyes Católicos llevan el puerto del emplazamiento norte hasta la zona de la Torre del Oro.

En la orilla de enfrente del río, la oeste, estará el muelle de las mulas o muelas, llamado así porque estaba pavimentado con piedras de molino y en sus arenales se carenaban los barcos con la marea baja.

Fernando de Magallanes había nacido en la villa de Sabrosa, al norte de Portugal, en 1480, en una familia de hidalgos. Se hizo marino y ya en 1505 participó en una expedición portuguesa a la India. En 1509 llegará hasta la península de Malaca junto a López de Sequeira. En 1512 es herido en combate en la costa de Marruecos, quedando cojo para siempre. En 1514 es expulsado del ejército portugués por falsas acusaciones y sometido a consejo de guerra, del que sale finalmente absuelto. Posteriormente acudió al rey Manuel de Portugal solicitando un ascenso y mejora económica de su pensión, que le fue denegada. Por lo que decide, enfadado y resentido, probar suerte en la corte española. Incluso llegó a renunciar a su nacionalidad portuguesa, se hizo súbdito español y transformó su nombre: Magallaes por Magallanes

A España acababa de llegar un jovencísimo rey Carlos I, que aún no era emperador. ¿Qué fue lo que Magallanes ofreció al rey de España?

Pues lo mismo que ya Cristóbal Colón propuso a sus abuelos, los Reyes Católicos: Llegar a Oriente navegando hacia el Oeste. Pero no fue el primero que lo volvió a intentar después de Colón, ya que de 1506 a 1515 se prepararon hasta cuatro expediciones en busca de un paso al océano Pacífico, y todas gestionadas por la Casa de la Contratación, pero todas fracasaron.



Magallanes en cambio estaba convencido de que encontraría un paso para atravesar América. De esa forma se evitaba navegar por la zona de exclusión que se acordó en el Tratado de Tordesillas de 1493, en el que España y Portugal se repartían el mundo.

El hemisferio occidental quedaría para España a partir del meridiano situado al Oeste a 370 leguas de las islas de Cabo Verde. Y el hemisferio Oriental sería para Portugal. El problema y la incógnita surgían en que no se sabía por donde pasaba exactamente el antimeridiano, ya que no se conocía con exactitud la medida de la circunferencia terrestre.

Magallanes explicó al rey que con su viaje podría demostrar que las Molucas estaban dentro del territorio español, y ese era el objetivo de esta expedición: asegurar para España el dominio de estas islas, en las cuales se obtenía el tanpreciado clavo, la especie más valiosa por aquél entonces y casi exclusiva de las Molucas. Era tan valioso el clavo que su precio de adquisición en las Molucas alcanzaba un valor setenta veces mayor en Sevilla, un 7000 por ciento más.

Debemos recordar que las especias y otros productos asiáticos valiosos, ya se traían a Occidente desde tiempo inmemorial por la ruta comercial de la seda, pero que estas mercancías empezaron a escasear y encarecerse desde el dominio del Imperio Otomano que ocupó Oriente Medio, los Balcanes y buena parte del Norte de África. Lo cual era otro motivo para buscar una ruta alternativa.

En esa época se creía que el mundo era más pequeño y por supuesto se sabía que era redondo, ya existían representaciones de globos terráqueos.

Primero Colón pensó que el Oriente, viajando por el Atlántico, estaba mucho más cerca. Y después Magallanes, descubierta ya América, seguía pensando que las Molucas no estaban tan lejos, que el océano Pacífico era más pequeño y era posible atravesarlo navegando.

ATLAS MILLER
1519



Magallanes llegó a Sevilla en octubre de 1517 y fue allí porque era la única ciudad en la que podía desarrollar el proyecto que tenía en mente, puesto que Sevilla era ya el eje principal de cualquier proyecto de ultramar.

Esta es una bonita visión de cómo pudo ser la ciudad en aquella época.

En la ciudad vivían muchos portugueses, incluso de alta nobleza como la familia Braganza que se había exiliado a Sevilla, huyendo del rey Juan II. Magallanes entró en contacto con Diego Barbosa, que era Teniente de Alcaide del Alcázar de Sevilla (el palacio real) y de las Atarazanas desde 1506. Él era una persona muy influyente en la ciudad, y que le acogió en su casa como si fuera su hijo, y con cuya hija Beatriz se casará poco después. Barbosa apoyó la empresa magallánica con todas sus fuerzas e influencias y le puso en contacto con Juan de Aranda que era el “factor” de la Casa de la Contratación. El factor era uno de los tres oficiales que dirigían esta institución.

Magallanes explicó su proyecto de ir a las Molucas a Juan de Aranda, junto a su amigo Ruy Falero, que estaba también en Sevilla, y era cosmógrafo, astrónomo y navegante, y con el cual ya había compartido la situación de las islas de la especiería. Situación de la que tenía referencias a través de cartas de su amigo Francisco Serrao que ya había llegado a estas islas por la ruta portuguesa.

Juan de Aranda le conseguirá una entrevista en la Corte que estaba entonces en Valladolid, y allí expuso su plan a los asesores del rey, quien finalmente lo acepta. El rey decidió financiar totalmente la expedición. Carlos I, a través del obispo Fonseca, presidente de la Junta de Indias y que era como el ministro del Nuevo Continente, firmó un contrato con



PLANISFERIO IV KUNTSMANN 1519

Magallanes, las “Capitulaciones”, en que se reflejaban las condiciones y se fijaban los sueldos. El presupuesto del viaje fue de 8.500.000 maravedíes (unos 3 millones de euros; el viaje de Colón costó 2 millones de maravedíes). El rey dictó las órdenes oportunas a la casa de la Contratación para que se compraran 5 naves y se aprovisionaran para un viaje de dos años. Finalmente, el 20 por ciento fue aportado por capital privado a través de un comerciante castellano llamado Cristóbal de Haro. Este hombre había estado varios años en Lisboa negociando con la pimienta, que los portugueses traían de la India, pero también tuvo problemas con el rey D. Manuel, al igual que Magallanes, y se volvió a España. Además, la pimienta estaba bajando de precio por lo que él tenía que buscar otro producto, y este era el clavo, mucho más valioso. Cristóbal de Haro, por tanto, convenció a Magallanes de presentar al rey esta expedición.

En Sevilla se fue preparando todo en la Casa de la Contratación, pero no fue fácil, sobre todo encontrar a marineros, ya que era un viaje de mucho riesgo. Para completar la lista de 237 hombres hubo que contratar a muchos extranjeros, principalmente portugueses e italianos. El aliciente que tenían estos hombres era el económico, para ello se les adelantaban 4 meses de sueldo y se les daba derecho a una participación en los beneficios, las llamadas “quintaladas”. Cada marinero en el regreso tendría derecho a cargar en el barco 5 quintales de clavo, lo cual representaba un dinero considerable.

Se compraron cinco barcos en Cádiz, que no eran nuevos, y se les hicieron los arreglos necesarios en Sevilla, en el muelle de Triana llamado de las Muelas. Eran cuatro naos y una carabela: la Trinidad, la San Antonio, la Concepción, la Victoria y la Santiago. No eran barcos grandes, la capacidad de carga estaba entre las 144 toneladas de la San Antonio y las 90 de la Santiago. La nave de Magallanes, capitán general de la expedición, era la Trinidad. En la San Antonio, la de más capacidad, iba de capitán Juan de Cartagena, que era un segundo comandante impuesto por el obispo Fonseca, ya que en la Corte había mucho recelo con Magallanes por ser portugués. Magallanes y Cartagena nunca fueron amigos. En la Concepción el capitán era Gaspar de Quesada, y Juan Sebastián Elcano iba de maestro (lo que era el segundo de a bordo). Luis de Mendoza era el capitán de la Victoria y la más pequeña, la carabela Santiago, fue capitaneada por Juan Serrano.

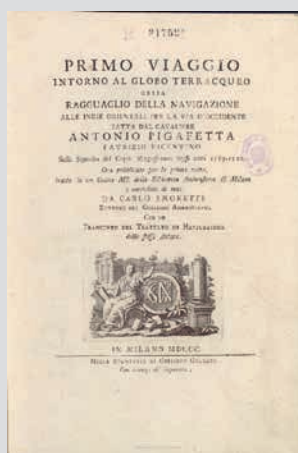
Llega ahora el momento de hablar de un italiano que fue una persona importante en la expedición: Antonio Pigafetta, también conocido como Antonio Lombardo. Su nacimiento pudo ser entre 1480 y 1490, en Vicenza, en la República de Venecia, en una familia noble, culta y acomodada. Estudió Astronomía, Geografía y Cartografía. Lamentablemente no existe ningún retrato que pueda considerarse verdadero de Pigafetta.

Lo que sí sabemos es que era un joven con grandes ansias de aventura y en 1519 se encontraba en España en el séquito del nuncio del Papa, monseñor Chiericati, lo que hizo que entrara en contacto con la Corte del rey Carlos

I y conocer la expedición que se preparaba a las Molucas. Por ello solicitó entrevistarse con Magallanes en Sevilla y este le aceptó como sobresaliente, con la tarea de llevar el diario del viaje. De esta forma se convirtió en el gran periodista de esta gesta.

Aunque también debemos mencionar al otro gran cronista, Francisco de Albo, contramaestre de la nao Trinidad, que escribió el Derrotero del viaje. En este documento se describe el recorrido detallando, casi día a día, la latitud, y con él recientemente se ha podido hacer el mapa exacto de la ruta que siguieron Magallanes y Elcano.

MONUMENTO
A
ANTONIO
PIGAFETTA
VICENZA



El texto de Pigafetta es un buen ejemplo de un relato de viaje que intenta ofrecer información detallada y relevante (geográfica, militar, antropológica, religiosa, comercial, de recursos naturales, etc.). El relato se acompaña de mapas, con el detalle curioso que los presenta con el sur en la parte superior. Pero es incomprensible que no mencione a Elcano ni una sola vez.

Este documento que se conserva en el Archivo de Indias muestra el dinero recibido por Pigafetta cuando regresaron a Sevilla, que fueron 89.250 maravedíes, aproximadamente como un marinero (Elcano cobró 613.250 maravedíes). Pigafetta aparece identificado como Antonio Lombardo.

Hay muchas anécdotas que cuenta Pigafetta, pero para mí la mejor es cuando llegan en el regreso a las islas de Cabo Verde el 9 de julio de 1522, dice así el vicentino: “Para ver si nuestros diarios habían sido llevados con exactitud, hicimos preguntar en tierra qué día de la semana era. Se nos respondió que era jueves, lo que nos sorprendió, porque según nuestros diarios solo estábamos a miércoles, y a mí, sobre todo, porque habiendo estado bien de salud para llevar mi diario, marcaba sin interrupción los días de la semana y los del mes. Después supimos que no existía error en nuestro cálculo, porque navegando siempre hacia el oeste, siguiendo el curso del sol

y habiendo regresado al mismo punto, debíamos ganar veinticuatro horas sobre los que permanecían en el mismo sitio; y basta reflexionar para convencerse de ello”.

¿No creen ustedes que Julio Verne pudo sacar de aquí el maravilloso final de su novela “La vuelta al mundo en ochenta días”, cuando Phileas Fogg creyó haber perdido su apuesta?

La partida de la expedición de Magallanes fue el 10 de agosto de 1519 en el puerto de las muelas en Sevilla. No es mi propósito relatar el viaje, sería imposible, solo un breve resumen del mismo.



La primera escala fue en Sanlúcar de Barrameda en la desembocadura del río.

Tras terminar de aprovisionarse partieron hacia las Canarias y de aquí empujados por los Alisios a la costa de Brasil. Costeando llegaron al estuario del Río de la Plata en diciembre, comprobando que no era el paso esperado al otro Océano. Siguieron rumbo al sur y en abril de 1520 llegan al puerto de San Julián en la Patagonia, donde deciden esperar a que termine el invierno austral, permaneciendo 5 meses. Aquí tendrá lugar el episodio del motín, que terminará con la ejecución de varios amotinados y a Juan de Cartagena que lo dejaron abandonado en las inhóspitas orillas.

En mayo de 1520 pierden la nave Santiago, al estrellarse con rocas de la costa. La expedición continuó hacia el sur y el 21 de octubre de 1520 avistan el cabo de las Vírgenes, la entrada del deseado canal, que terminan de cruzar el 27 de noviembre. Pero en el estrecho la nave San Antonio, la más grande y mejor aprovisionada, se subleva y regresa a España. Así que con solo tres naves surcó Magallanes el mar del Sur, que finalmente llamarían Pacífico.

Tres meses estuvieron sin tocar tierra, sufriendo hambre y escorbuto. En marzo de 1521 llegan a las islas Guam y en abril a las Filipinas, en donde tendrán lugar episodios muy trágicos, ya que en la isla de Mactán muere Magallanes junto a 50 hombres en un combate contra el cabecilla local, y en Cebú tiene lugar la muerte de 30 más en un banquete que resultó ser una trampa.

Al quedar solo 108 hombres deciden quemar la nave Concepción, que era la que en peor estado se encontraba y continuar con la Trinidad y la Victoria, capitaneados respectivamente por Gómez de Espinosa y Elcano, disponiéndose a seguir hasta las Molucas, a donde llegan el 7 de noviembre de 1521. A mediados de diciembre ambas naves intentaron partir cargadas de especias, pero la Trinidad tenía averías graves, y tuvo que quedarse para que se reparara. Se acordó que la Victoria partiría para España. La Trinidad tendría un trágico final al tratar de regresar por el Pacífico y finalmente solo sobrevivieron 4 hombres.

Juan Sebastián Elcano, al mando de la nao Victoria, decidió volver navegando hacia el oeste, aprovechando los vientos favorables, atravesó el Índico, dobló el cabo de Buena Esperanza y, evitando los puertos controlados por los portugueses, navegó hacia el norte hasta Cabo Verde, donde no tuvieron más remedio que parar para buscar comida y agua. Allí los portugueses apresaron a 13 miembros de la tripulación.



“EL DESEMBARCO DE ELCANO EN SEVILLA”

ELÍAS SALAVERRÍA 1922

MUSEO NAVAL MADRID

Finalmente, Elcano llegó con la nao Victoria a España entrando por Sanlúcar de Barrameda, desde donde el barco tuvo que ser remolcado para llegar a Sevilla el 8 de septiembre de 1522, tras 1128 días de viaje y 69.333 Km. recorridos.

Al día siguiente desembarcaron los 18 supervivientes y se dirigieron en primer lugar, descalzos y con cirios en la mano, al Monasterio de la Victoria de Triana para dar gracias a la Virgen de la Victoria.

A continuación, prosiguieron hasta la Catedral para hacerlo ante la Virgen de la Antigua.

El barco llegó cargado con 27 toneladas (524 quintales) de clavo que fueron vendidas por Cristóbal de Haro por 8,6 millones de maravedíes, importe ligeramente superior a lo que costó la expedición.

Quisiera terminar señalando que Elcano fue consciente desde el primer momento de la principal proeza que habían realizado: Haber sido los primeros en dar la vuelta a la tierra y así se lo hace saber por carta al ya emperador Carlos V. Con ello se demostraron las verdaderas dimensiones del nuevo continente, del océano Pacífico y de la circunferencia terrestre, mucho mayor de lo que hasta entonces se creía.

Muchas gracias por su atención

INFORME SOBRE LA CONSERVACIÓN Y MEJORAS REALIZADAS EN EL EDIFICIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

*Dr. Pedro de Castro Sánchez, académico de número y conservador de la
junta de gobierno*

Pleno Ordinario de 3 de diciembre de 2024

Es interés de la junta de gobierno que en este pleno de fin de año recordemos lo realizado en este edificio, tras el arrendamiento de Argote de Molina, hace ahora algo más de un año.

Son muchas y diversas las actuaciones que se han realizado, por lo cual intentare ser lo más breve posible.

Lo primero que hubo que hacer, fue la mudanza de enseres de un edificio a otro.

Os aseguro que se montó un *totum revolutum*, ya que eso incluía todo lo que allí había: biblioteca, mobiliario y en general todos los enseres que en aquel lugar existían.

Para ello tuvimos una gran ayuda y colaboración extraordinaria por parte de académicos y de otras personas, incluyendo especialmente en ese grupo a D.^a Josefa Roso y a las dos secretarías Cristina y Maribel.

A partir de ahí nos hemos venido venido ocupando de la distribución de todos estos enseres en su nueva ubicación.

El fondo de libros antiguos se ha situado en lugar preferente, especial y distinto del resto de la biblioteca.

De forma inmediata se procedió al cierre de las conexiones con la otra casa. A partir de este momento comienza el mantenimiento y mejoras en Abades.

Empezaremos por la fachada y señalaremos que se ha pintado con nuevo color, que se ha considerado el más adecuado para este tipo de edificios; habiéndose situado en la misma, una cerámica sevillana en la cual se identifica la localización de la Real Academia.

En el zaguán de entrada, que también ha sido renovado, se han ubicado cinco directorios, que hacen referencia tanto a la Real Academia como a su fundación, no obviando la señalización, en uno de ellos, de otras sociedades y empresas colaboradoras.

Pasamos a continuación a lo que hemos llamado vestíbulo real, habiendo mejorado su artesanado, pintura y abrigantado su suelo.

En sus paredes se han expuesto cinco lienzos, adecuadamente iluminados, pertenecientes tanto a la realeza de España, como también a personajes de gran relevancia para esta Academia.

En la antesala del salón de actos se ha retirado la mesa central y provisionalmente ha habido que ubicar aquí los pupitres antiguos de la biblioteca, hasta que se lleven en un futuro a la sala del fondo antiguo.

La vidriera, que previamente estaba colocada en el patio de Argote de Molina, se ha trasladado a esta antesala, embelleciendo significativamente este espacio.

Es en este lugar donde se ha realizado un cambio muy importante y necesario, con la instalación de un nuevo ascensor, en el mismo lugar del anterior, pero mucho más amplio, y que ahora llega hasta la tercera planta, tras tenerse que realizar una importante obra de albañilería, facilitando el acceso a la biblioteca, cosa que anteriormente se hacía únicamente por una escalera de difícil acceso.

También facilita la entrada a la zona de terraza, donde se pueden disfrutar de bellas vistas, siendo además un lugar de relax y convivencia.

Volviendo a la planta baja y en la sala anexa al salón de actos, se ha instalado la gran mesa que previamente se retiró de la antesala, creándose así un nuevo espacio para juntas y reunión de comisiones.

En la primera planta se han situado los despachos de las secretarías, lo cual ha precisado de una pequeña obra.

También en esta planta se instalado un despacho para el presidente.

Se ha continuado cambiando distintas puertas de balcones y ventanas que estaban en mal estado, y habrá que continuar.

Actualmente se está iniciando la reforma total del cuarto de aseo de la primera planta.

Refiriéndonos a otro tipo de gestión y tras ponernos en contacto con la empresa responsable de la prevención de riesgos laborales, se le han realizado a las secretarías, por vez primera, los reconocimientos médicos a que obliga la ley.

Otro tema que nos ha preocupado ha sido la situación que se planteaba al cerrar el paso hacia Argote de Molina, ya que con ello solamente se podía entrar y salir, de esta casa, por la única puerta abierta en Abades 12. Esto nos crearía un enorme conflicto en el caso de evacuación urgente, siendo muy peligrosa esta situación. La puerta de Abades 10, siempre cerrada, está ya transitable, y en caso de alarma facilitará la evacuación.

Se han colocado señalizaciones en todas las plantas y escaleras para que sirvan de guía hasta la calle.

Se han aumentados y reubicados los extintores en los sitios que un experto nos indicó.

Paso a comentaros que, ante la posibilidad que se produzca la necesidad de tener que asistir una emergencia médica en nuestras instalaciones, deberíamos tener un botiquín adecuado.

Se ha decidido que su contenido constará de un material para posibles curas, medicación adecuada y un aparataje relacionado con el posible tipo de asistencias a tratar.

Hemos tenido en cuenta que ya contamos con dos desfibriladores, revisados recientemente.

Pensamos que la Real Academia de Medicina debe estar preparada para este tipo de auxilio.

Otras mejoras que se han realizado son:

La colocación en la primera planta de dos nuevos monitores y un ordenador en la biblioteca, así como tres aparatos de aire acondicionado en los mismos sitios.

La megafonía existente en la pequeña sala de actos de Argote de Molina, se ha instalado en la sala de plenos.

Actualmente vamos consiguiendo nuevos medios tecnológicos y entre ellos los necesarios para llevar a cabo reuniones de forma telemática haciéndose posible la asistencia virtual a los plenos y poder votar telemáticamente.

Desde el punto de vista artístico, la universidad Loyola nos ha restaurado la pintura de “La Virgen de los ingleses”, que es un lienzo de autor anónimo, como también se ha restaurado “La Virgen con el Niño”, magnífica talla policromada atribuida a La Roldana y que es pieza escultórica de gran valor que posee la Academia.

Y nada más. Habrá que seguir.

DONACIONES

Se ha recibido una donación de libros antiguos por parte de la académica correspondiente Dra. D.^a María Carmen Echevarría Ruiz de Vargas.

RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES

El día 13 de marzo, en la capilla de los Marineros, se otorgó la Medalla de la Fundación RAMSE, en oro de ley, a la Virgen de la Esperanza de Triana, la cual portó en su saya en la procesión Magna del 8 de diciembre.

Con motivo del centenario de la Hermandad de los Estudiantes se hizo entrega, el 17 de noviembre en la iglesia de la Anunciación, de la Medalla de la Fundación RAMSE en oro de ley a dicha hermandad, a la que pertenecen muchos académicos de nuestra Corporación.

El día 12 de marzo, en la Galería ABC, la RAMSE fue premiada con el Galardón de Divulgación y Conocimiento por parte de la Asociación Española contra el Cáncer

La Fundación Morera Vallejo concedió a la RAMSE y su Fundación, el “Premio Amanecer del Arte y Cultura”, en su categoría de Premio a la Excelencia en la Formación Académica y Divulgación Cultural, en una gala celebrada el 3 de octubre en el Cortijo Gota de Leche.

El 17 de enero fue nombrado el Dr. Felipe Martínez Alcalá decano promotor de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad CEU Fernando III.

El 14 de marzo fue la recepción del Dr. Carlos Pera Madrazo como Académico Correspondiente de Mérito de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

El Dr. José López Barneo ha recibido los siguientes premios en 2024: Premio Nacional de Investigación “Santiago Ramón y Cajal” el 14 de marzo, Premio Nacional de Investigación “Antonio Gallego” el 7 de septiembre y el Premio Nacional de Investigación en Biomedicina “Francisco Cobos” el 30 de octubre.

El Dr. Fernando de la Portilla de Juan fue galardonado el día 30 de mayo con la Medalla de la Ciudad de Sevilla. Fue también designado como Rey Melchor para la Cabalgata de 2025 del Ateneo de Sevilla.

El Dr. Federico Argüelles Arias ha sido acreditado por la Aneca como profesor titular de Universidad (Medicina) y también fue elegido presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva para el período 2025-2028, en el último congreso nacional celebrado en junio.

Ha sido nombrado Miembro de Mérito de la Fundación Carlos III el Dr. Benito Valdés Castrillón, en un acto celebrado en la Facultad de Ciencias de Granada el 7 de octubre.

El 12 de noviembre le fue entregado al Dr. Salvador Morales Conde el Premio Liderazgo Reputacional Sanitario, otorgado por Merco y el Observatorio de Salud, Sanidad y Farmacia, por segundo año consecutivo.

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 y Tesorero: Ilmo. Sr. Dr. D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra

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

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

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
Emmo. y Rvdm. 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 Rvdm. D. Juan José Asenjo Pelegrina, arzobispo emérito de Sevilla, Teología
Ilmo. Sr. D. Jesús Miguel Palomero Páramo, Historia del Arte
Excmo. Sr. D. Pedro González-Trevijano Sánchez, Jurisprudencia
Excmo. y Rvdm. D. José Ángel Sáiz Meneses, arzobispo de Sevilla (ELECTO)

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
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
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. D.^a 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. D.^a Inmaculada C. Herrera Arroyo. T.P. 4 de junio de 2023
Ilmo. Sr. Dr. D. Salvador Morales Conde. T.P. 12 de noviembre de 2023
Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco M. Camacho Martínez T.P. 28 de enero de 2024
Ilmo. Sr. Dr. D. José María Cruz Fernández. T.P. 5 de mayo de 2024

ACADÉMICOS DE NÚMERO EMÉRITOS

Ilmo. Sr. Dr. D. José Luis Serrera Contreras
Excmo. Sr. Dr. D. Pedro Sánchez Guijo
Excmo. Sr. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez
Ilmo. Sr. Dr. D. Joaquín Núñez Fuster
Excmo. Sr. Dr. D. José Peña Martínez

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. Blas Rodríguez de Quesada Tello (Medicina Nuclear)
Dr. D. Juan Sabaté Díaz (Diagnóstico por la Imagen)
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. José Antonio Durán Quintana (Farmacología Clínica)
Dr. D. Carlos Martínez Manzanares (Medicina Interna. Geriatría)
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 C. Herrera Arroyo (Hematología)
Dr. D. Francisco M. Camacho Martínez (Dermatología)
Dr. D. José María Cruz Fernández (Cardiología)

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)

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES INTERNACIONALES

Dr. Edgardo Carosella. (Electo 2015)
Dra. Cristina Basso (Electa 2024)
Dr. Gaetano Thiene (Electo 2024)

NÓMINA DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES

D. Juan Pedro Abaurrea Losada Premios 1980
D. Domingo Acosta Delgado Electo 2024
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-Mensaqué 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. 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^a. Emma Camarero Calandria Electa 2024
 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. Miguel Ángel Colmenero Camacho Electo 2024
 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
 D. Antonio Cortés Moreno Electo 2024
 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. José María Domínguez Roldán Electo 2024
 D. Juan Antonio Domínguez Sanz Premios 1972
 D. Francisco Doña Nieves Premios 1994
 D. Manuel Eugenio Dorado Ocaña Electo 2024
 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
 D. Pedro Manuel Garamendi González Electo 2024
 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 Frassetto 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. 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 Grier 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 Kindelán 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^a. María del Carmen Machuca Portillo Electa 2024
 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
 D. Antonio Millán Jiménez Electo 2024
 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. 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
 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. Rafael Periañez Moreno Electo 2024
 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^a. Isabel Relimpio López Electa 2024
 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 de Santiago 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. Javier Valdés Hernández Electo 2024
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

